LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

SOIXANTE-QUATRIÈME ANNÉE

1891



PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1891

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des Hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIERS-PARIS. — HÔTEL-DIEU. Occlusion intestinale occasionnée par un kyste dermoïde de l'ovaire; laparotomie; extirpation du kyste; guérison. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. Traitement des affections chirurgicales par les injections de lymphe de Koch. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 31 décembre 1890.

L'année, qui vient de s'écouler, laissera le souvenir de ce que peut exciter d'espoirs et laisser de déceptions une publicité exagérée. Au lieu de cette marche sage, mesurée, prudente, qui est la marche de la vraie science, nous avons eu à constater la triste action du reportage médical, qui est la négation même de la science. Nous avons assisté à la fiévreuse exhibition de travaux qui ne devaient pas encore sortir du laboratoire. Nos lecteurs nous ont déjà remerciés de n'avoir pas partagé cet engouement.

Avec le calme que donne une longue vie scientifique, nous avons accueilli avec respect les recherches du docteur Koch. Nous avons analysé avec soin tous les essais de la méthode. En ce moment, nous traversons une période d'insuccès. Nous estimons toutefois que nous devons nous défendre du découragement autant que nous nous sommes défendus d'un enthousiasme irréfléchi. Nous continuerons donc à enregistrer les résultats de l'expérimentation; et nos lecteurs tireront eux-mêmes les conclusions de ces consciencieuses études.

Cette année, nous avons continué l'œuvre si bien accueillie de nos *Revues générales*. Dans notre premier numéro de 1890, nous avons donné le relevé de toutes les Revues générales publiées jusqu'à cette date. Nous y renvoyons le lecteur désireux de posséder la liste exacte de ces monographies, précieuses pour tous ceux qui s'intéressent au mouvement scientifique. Nous nous bornerons aujourd'hui à donner le relevé des Revues générales publiées cette année. Pour faciliter les recherches, nous faisons suivre le titre de chacune de ces Revues d'un chiffre indiquant le numéro du journal contenant cet article.

MÉDECINE

ACHALME (P.) et COURTOIS-SUFFIT. [illegible] des microbes dans [illegible] l'évolution des péritonites aiguës (n° 128).

[illegible]OT (E.). Méningites microbiennes (n° 74).

[illegible]ET (G.). De l'épilepsie envisagée au point de vue de sa [illegible], de son traitement (n° 85).

BLOCQ (P.). Diagnostic des affections qui ont été rapprochées cliniquement (pseudo-tabes, nervo-tabes, etc.) (n° 35).

BOULAY. De la fièvre hystérique (n° 148).

BOULEY. (Voir COURTOIS-SUFFIT).

BRUHL (J.). Du traitement de la péritonite tuberculeuse (n° 123).

CHÉRON (P.). Les hémoglobinuries (n° 55).

COFFIN. Le rein tuberculeux (n° 49).

COURTOIS-SUFFIT (M.). Œdème aigu de la peau (n° 99). — et BOULEY. Traitement de la tuberculose par l'aération continue (n° 60). (Voir plus haut ACHALME.)

GRANDMAISON (F. de). Séméiologie du pancréas (n° 2).

JEANSELME (E.). De l'arrière-gorge et de l'amygdale, en particulier, considérées comme portes d'entrée des infections (n° 11).

KOCH (R.). Sur les recherches bactériologiques (n° 137).

LAFFITTE (J.-B.). Le mal de Bright et les néphrites (n° 108).

LEFLAIVE (E.). Des angines de poitrine (n° 5).

LYON (G.). Diagnostic du cancer de l'estomac (n° 20 et 23). — Les paralysies saturnines (n° 120).

MATHIEU (A.). Les phénomènes chimiques de la dyspepsie gastrique, d'après les recherches de M. le professeur G. Hayem (n° 114).

PLICQUE (A.-F.). L'actinomycose chez l'homme et chez les animaux (n° 77).

RAYMOND (P.). Le lobule de l'insula et ses rapports avec l'aphasie (n° 71). — L'ophthalmoplégie nucléaire extérieure (n° 140).

ROGER. Les infections combinées, infections mixtes et infections secondaires (n° 14).

ROUFFINET. Troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice (n° 43).

SURMONT (H.). La langue noire (mélanotrichie linguale) (n° 102).

THÉRÈSE (L.). De l'atrophie dans la paralysie pseudo-hypertrophique (n° 131).

TISSIER (P.). De l'anémie (n° 32).

CHIRURGIE

BAUDOUIN (M.). Du raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins (n° 143). — Un nouveau mode d'anesthésie : de la chloroformisation à doses faibles et continues (nos 65 et 68).

BLANC (E.). Du meilleur traitement de la plaie utérine dans l'opération césarienne classique (n° 52).

CHIPAULT (A.). De la trépanation rachidienne (nos 88 et 105).

DEMELIN. Le bassin coxo-tuberculeux ou bassin des coxalgiques (n° 111).

GRANDMAISON (F. de). De l'emploi des crayons à la pâte de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites chroniques (n° 9). — Des métrites (n° 29).

LEBLOND (V.). La phlegmatia alba dolens d'origine puerpérale (n° 80).

MORBRET (E.). De l'évolution clinique des salpingo-ovarites (n° 134).

PHOCAS (G.). Le genu valgum (n° 62). — Pathogénie et traitement de la scoliose (n° 146). — Traitement opératoire du pied bot (n° 26).

Pichevin (A.). Du curage de l'utérus (n° 41). — Du traitement chirurgical de l'endométrite chronique (n° 46). — Valeur de quelques méthodes employées dans le traitement des fibromyomes utérins (n° 8).

Poicqué (A.-F.). Étude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs ganglionnaires du cou (n° 17). — Les diverses variétés de chéloïdes et leur traitement (n° 117).

Tuffier. Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire (n° 38).

Valude. De l'antisepsie et des pansements dans les affections chirurgicales de l'œil (n° 96).

Villar (Fr.). Des tumeurs de l'ombilic (n° 32).

Et, maintenant, après avoir remercié nos lecteurs de leur cordiale sympathie, reprenons, sans plus tarder, l'œuvre heureusement poursuivie depuis soixante-trois ans. La science demande une grande patience, une modération parfaite, une loyauté absolue; elle méprise la charlatanerie sous quelque forme qu'elle se présente. C'est en nous appliquant toujours à réaliser ce programme que nous avons obtenu le succès. Tenant pour excellente cette ligne de conduite, nous lui resterons fidèles.

M. Jürgens a fait connaître à la Société de médecine de Berlin le résultat de l'examen nécroptique de deux tuberculeux, auxquels on avait injecté de la lymphe de Koch. Il s'agissait de malades arrivés à une phase avancée, dans un état absolument désespéré, chez lesquels l'injection était faite simplement en vue de rechercher après la mort les modifications produites par le remède.

Les lésions pulmonaires étaient si considérables qu'il était impossible de déterminer les modifications produites par la lymphe. Il faut noter, cependant, l'existence de pleurésies récentes de nature séro-hémorrhagique. Ce n'est pas la première fois qu'un épanchement de ce genre est observé dans des conditions semblables. Faut-il y voir l'effet d'une poussée congestive attribuée à la *kochine*? La chose n'est nullement impossible; elle donne bien lieu à des hématémèses!

Dans l'intestin et dans l'estomac, il était assez facile de se rendre compte des modifications subies. Les ulcérations étaient comme détergées, remplies de granulations rouges. La matière caséeuse, dans les endroits où elle existait encore, était, non pas grisâtre, mais jaunâtre, à la façon du tissu gommeux.

Il y aurait donc, sans doute, par le fait d'une véritable poussée inflammatoire, une modification des lésions de nature à entraîner sur des surfaces libres l'élimination des produits tuberculeux et des bacilles. M. Cornil constate, du reste, que les bacilles paraissent plus nombreux à la surface des lésions tuberculeuses de la peau, mais ils sont entraînés au dehors par le liquide d'exsudation qui suinte à la surface des pertes de substance.

Une semblable poussée inflammatoire paraît s'être faite également dans le rein et dans le foie. Les foyers caséeux du rein sont modifiés de la même façon que les foyers caséeux de l'intestin. Ils sont humides, jaunâtres, transparents, entourés d'une zone d'infiltration embryonnaire.

La moelle des os avait subi une transformation hémorrhagique diffuse et très étendue.

En somme, ce sont les signes histologiques de la congestion et de l'inflammation très vives provoquées par la lymphe de Koch autour des foyers tuberculeux. Dans quelle mesure ce travail d'exsudation et d'inflammation aiguë périttuberculeuse peut-il être utile? Là est toujours la question. Il est bien difficile, *à priori*, que l'on voie là une action bienfaisante si la vitalité des bacilles n'est pas diminuée, ou si l'organisme ne devient pas capable de s'en débarrasser lorsque les tissus ont été stimulés de cette façon. La réaction générale et même locale doit-elle être obtenue? On dit que Koch, lui-même, n'en est plus certain.

En un mot, le problème reste entier. Certains exemples malheureux sont bien faits, toutefois, pour refroidir singulièrement l'enthousiasme des plus confiants. En voici un que nous connaissons bien — et pour cause. Un homme, très vigoureux, de vingt-sept à vingt-huit ans, est inoculé, à des doses très prudentes, pour un lupus érythémateux de la face. Rien dans son passé, dans l'examen de sa poitrine, n'indiquait l'existence de tuberculose pulmonaire. Les quatre premières injections se passent bien, sans incident notable. Le lupus, après la réaction, paraît notablement amélioré, mais un jour, après une nouvelle injection, il survient une hémoptysie abondante. Le crachement de sang persiste, en s'atténuant pendant quelques jours. On trouve alors à l'auscultation des râles sibilants, disséminés dans toute la poitrine. Le malade accuse un peu d'oppression.

S'il s'agit là des effets de congestion révélatrice produite autour de foyers tuberculeux jusque-là latents, c'est merveilleux au point de vue du diagnostic; mais au point de vue thérapeutique? Le malade amaigri a perdu notablement ses forces. Que va-t-il devenir?

Un fait semblable suffirait pour justifier la défiance des médecins; mais il y a eu des cas de mort. On en signale un nouveau. M. Jarisch (de Vienne) a vu succomber, en trente-six heures, une jeune fille atteinte de lupus ulcéreux de la face à laquelle on avait injecté 2 milligrammes de liquide. La température était montée à 40 et 41 degrés, il y eut des vomissements, des selles involontaires, de la somnolence, de la petitesse du pouls. A l'autopsie, on trouva une vive réaction inflammatoire autour des lésions lupiques; les ganglions cervicaux, péritrachéaux et bronchiques, étaient volumineux, vivement injectés et çà et là caséeux. Des ulcérations tuberculeuses se rencontraient dans l'intestin, les unes ulcérées, les autres cicatrisées; elles étaient le siège d'une vive irritation. Les poumons étaient œdémateux, ainsi que la moelle et le cerveau. Il y avait des hémorrhagies capillaires sur la plèvre et sur le péricarde, et en quelques points de la moelle.

Voici donc encore une réaction diagnostique poussée un peu loin. On ne peut jamais être certain de risquer un semblable désastre.

La lymphe est donc doublement dangereuse par ses propriétés toxiques individuelles, et par la réaction inflammatoire qu'elle détermine autour des foyers tuberculeux. Dans ces conditions, il faut évidemment s'abstenir.

M. Lallier, l'interne de M. le professeur Cornil, résume ainsi les résultats obtenus par son maître à l'hôpital Laënnec : « En somme, inutile dans la tuberculose chirurgicale, plutôt nuisible dans la tuberculose pulmonaire, incertaine dans le lupus et la tuberculose cutanée au point de vue curatif, voilà le bilan de la méthode de Koch, tel qu'il ressort des expériences consciencieuses, méthodiques et rigoureusement scientifiques de M. Cornil (1). »

En résumé, nous nous garderions bien de conseil[illegible]

---

(1) *Progrès médical*, 27 décembre 1890.

qui que ce soit de se laisser inoculer. La constitution la plus vigoureuse ne met pas à l'abri d'accidents variés. Il vaut mieux, sans doute, ne pas réveiller certaines lésions latentes qui étaient peut-être en voie de guérison spontanée.

La lymphe de Koch doit donc retourner au laboratoire d'où elle est sortie prématurément.

La morale de tout cela, c'est que la science n'a rien à gagner aux estampilles officielles; il faut, avant tout, qu'elle soit libre, il faut que tout se passe au grand jour, sous la garantie d'un mutuel contrôle. Sans cela, on s'expose à provoquer une *réaction* excessive, bien que légitime.

HOTEL-DIEU. — M. RICARD.

Occlusion intestinale occasionnée par un kyste dermoïde de l'ovaire; laparotomie; extirpation du kyste; guérison.

(Observation recueillie par M. ARROU, interne du service.)

La nommée Julia V..., âgée de vingt-quatre ans, faisant le service de bonne dans un restaurant, n'avait jamais présenté rien de particulier dans ses antécédents pathologiques. D'excellente constitution, elle ne se souvenait pas avoir jamais été malade. Les règles étaient normales, et elle n'avait jamais souffert du bas-ventre. De ce côté, tous les renseignements étaient absolument négatifs.

C'est en pleine santé que le 1er avril, au milieu de son travail journalier, cette jeune femme fut prise de douleurs vives et continues dans la région droite du ventre. Obligée de quitter son travail, elle se fait transporter chez elle en voiture.

Dès le soir, les douleurs abdominales continuant, les vomissements commencent; alimentaires d'abord, ils deviennent bilieux le lendemain, 2 avril; à la fin de ce deuxième jour et dans la nuit, ils prennent l'odeur fécale et deviennent brun jaunâtre. Ces vomissements sont incessants et se renouvellent à chaque tentative de mouvement. Le ventre, très ballonné, est très sensible. La malade est de plus en plus abattue.

La soif est vive, mais chaque gorgée de liquide ingéré est immédiatement rejetée par vomissement.

Le 6 avril, la malade est transportée dans le service de M. Mesnet, à l'Hôtel-Dieu, et transférée d'urgence en chirurgie, salle Notre-Dame, dans le service de M. Verneuil.

A ce moment, elle présente le facies péritonéal le plus caractéristique. Le nez est effilé, les yeux excavés, les traits fortement tirés; les vomissements se répètent plusieurs fois pendant la durée de l'examen. Ils sont nettement fécaloïdes, l'abdomen est très distendu, la moindre palpation arrache des cris à la malade, toutefois, dans la région iliaque droite, la sensibilité paraît plus vive.

L'état général est, d'ailleurs, fort mauvais : les extrémités sont froides, le pouls est si rapide qu'il ne peut être compté. La voix est cassée, presque éteinte.

L'occlusion intestinale était manifeste, mais la cause restait à trouver. Il n'existait pas de hernie apparente, le toucher vaginal faisait reconnaître un utérus mobile et en bonne position, avec des culs-de-sac vaginaux souples, libres et non douloureux. Le doigt engagé dans le rectum permet d'éliminer toute idée de rétrécissement rectal. C'était dans la cavité abdominale même que siégeait l'obstruction, c'est ce qui décida M. Ricard à pratiquer séance tenante la laparotomie.

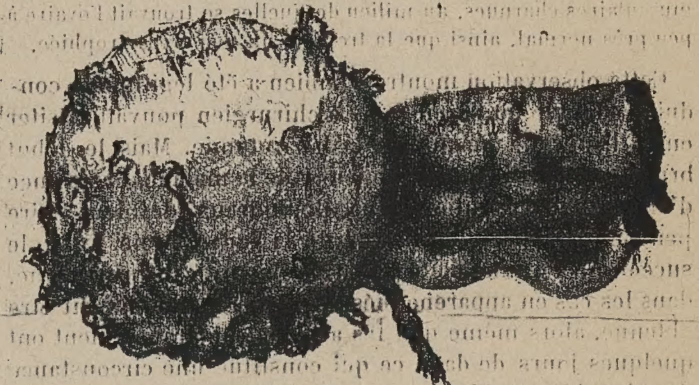
Nous n'insisterons pas sur les préliminaires de l'opération, qui est faite avec l'aide de MM. Arrou et Rochon-Duvignaud, internes du service. L'anesthésie est facilement obtenue et reste bonne jusqu'à la fin.

Une incision est faite sur la ligne médiane, dans l'étendue de 8 à 9 centimètres; elle permet l'écoulement d'un liquide ascitique clair, dans lequel nagent des flocons fibrineux en assez grande quantité. L'écoulement de ce liquide s'est prolongé à diverses périodes de l'opération, et la quantité totale peut être évaluée à trois litres environ.

La main exploratrice est dirigée vers la fosse iliaque droite, où la douleur avait paru plus vive et où, après la résolution chloroformique, le palper avait pu déceler un certain empâtement. Dans cette région, on découvrit immédiatement une tumeur immobile, plus grosse que le poing, et qui, étant donné sa situation et sa forme, aurait pu être prise pour le cæcum distendu et enflammé. Toutefois, la tumeur est située plus près de la ligne médiane que ne l'est habituellement le cæcum.

La main manœuvre difficilement au milieu des anses intestinales distendues et rougeâtres qui remplissent la cavité abdominale, l'incision est alors agrandie, une grande partie du paquet intestinal tend à faire issue par la plaie et est péniblement maintenue par des serviettes bouillies.

Des adhérences, filamenteuses et en forme de brides, relient la tumeur à la paroi abdominale. Après leur section, le face antérieure de la tumeur est dégagée : elle présente une surface blanchâtre d'aspect crétacé, de la largeur d'une pièce de cinq francs. Partout ailleurs la tumeur est cachée par l'intestin auquel elle adhère intimement.



(GRANDEUR DEMI-NATURE)

1. Surface antérieure de la tumeur, d'aspect crétacé. — 2. Ovaire inclus dans un pédicule épais et cylindrique. — 3. Trompe légèrement hypertrophiée. — 4. Adhérences au gros intestin et à la paroi abdominale. — 5. Adhérence intime avec l'intestin grêle.

La décortication est commencée au bistouri et aux ciseaux au niveau de la partie supérieure adhérente à la face inférieure du colon. L'intestin se trouve largement dénudé, une ou deux ligatures sont posées sur les parois. En arrière et en dehors, les adhérences au cæcum sont plus lâches et la libération se fait plus aisément. Ainsi libérée dans les trois quarts de son étendue, la tumeur ne présente plus que deux points d'attache, l'un inférieur, qui sous forme d'un prolongement cylindrique, descend dans le petit bassin, l'autre interne, où dix centimètres d'intestin grêle étaient absolument accollés et fusionnés sur la face interne de la tumeur.

L'adhésion était si intime qu'il fallut faire une véritable dissection de l'intestin avec le bistouri. Cette portion de l'intestin était aplatie et vide. A sa partie inférieure, l'intestin qui y faisait suite était fortement distendu.

Il ne restait plus alors que le pédicule charnu et cylindrique qui descendait dans le bassin jusque sur l'utérus. Il fut sectionné au niveau de la corne utérine, et l'extrémité du pédicule fut étreinte par un double fil de soie en chaîne. De la surface de section s'écoula un peu de matière grumeleuse; on pratiqua une cautérisation au thermocautère.

La toilette du péritoine fut faite à l'aide de compresses de tarlatane. Aucun lavage ne fut pratiqué.

L'opération avait duré trois quarts d'heure. Sur la fin, la malade s'affaiblissait de plus en plus; la respiration était faible, le pouls

imperceptible. On pratiqua successivement quatre piqûres d'éther. La réduction de l'intestin fut assez pénible, mais cependant rapidement faite, grâce à de larges compresses de tarlatane. La plaie abdominale fut fermée à l'aide d'un seul plan de sutures au crin de Florence. La malade, reportée dans son lit, est enveloppée d'alèzes et de boules chaudes. Dans la nuit, on lui donne quelques cuillerées de rhum.

Le 6 avril au matin, la température est encore au-dessous de 37 degrés à 36°8, elle se relève à 37°8 le soir.

Pendant le jour, la malade reste affaiblie, et sa température oscille entre 37 degrés et 37°8. Jamais elle ne dépasse 38 degrés. Rhum, champagne.

Le 8 avril, la température est à 37 degrés le matin, 37°4 le soir, la malade se sent moins fatiguée et a une selle régulière dans l'après-midi. Depuis l'opération nulle douleur, et suppression absolue des vomissements.

Le 15 avril, dixième jour après l'opération, on enlève les fils, la réunion est complète. Entre deux fils existent deux petits bourgeons charnus, rougeâtres, qui, au deuxième pansement (20 avril), ont complètement disparu.

Le 28 avril, la malade, munie d'une ceinture, quitte l'hôpital, entièrement guérie.

L'examen des pièces montre que la tumeur principale était constituée par un kyste dermoïde, contenant une matière sébacée épaisse et blanchâtre, et que le pédicule était formé de portions musculaires charnues, au milieu desquelles se trouvait l'ovaire à peu près normal, ainsi que la trompe, un peu hypertrophiée.

Cette observation montre combien a été légitime la conduite adoptée en pareil cas. Le chirurgien pouvait hésiter entre l'anus de Nélaton et la laparotomie. Mais le début brusque des accidents, l'âge jeune de la malade, l'existence d'un point particulièrement douloureux devaient faire pencher la balance en faveur de la laparotomie. Enfin, le succès qui termina cette tentative chirurgicale prouve que, dans les cas en apparence désespérés, la guérison peut être obtenue, alors même que les accidents d'étranglement ont quelques jours de date, ce qui constitue une circonstance des plus défavorables.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Traitement des affections chirurgicales par les injections de lymphe de Koch.

Je vais résumer très rapidement les résultats que nous avons obtenus chez les 20 malades que, depuis cinq semaines, nous avons traités exclusivement par des injections. Après avoir analysé les principaux phénomènes qu'ils ont présentés, nous pourrons formuler des conclusions motivées sur la méthode et l'apprécier aussi exactement qu'elle peut l'être, à une époque encore rapprochée de ses débuts.

D'après les affections dont ils sont atteints, nos 20 malades doivent être répartis de la manière suivante :

Affectés de tumeurs blanches	5
— de tuberculoses osseuses.	2
— d'adénopathies ganglionnaires tuberculeuses ou suspectes. . .	3
— de tuberculoses laryngées et laryngites suspectes.	3
— d'abcès tuberculeux ou suspects.	5
— de tuberculose des gaines synoviales	1
— de tuberculose de l'épididyme .	1
Total. . .	20

Le tableau suivant nous donne une idée précise sur l'ensemble des résultats :

	Résultats nuls.	Résultats incertains.	Résultats positifs.
Tumeurs blanches	1	2	2
Tuberculoses osseuses	0	0	2
— ganglionnaires . . .	1	0	2
— laryngées	0	0	3
Abcès tuberculeux ou suspects . .	2	2	1
Tuberculose des gaines tendineuses musculaires.	0	0	1
Tuberculose de l'épididyme. . . .	0	0	1
Total. . .	4	4	12

Parmi les tumeurs blanches, il y en avait 2 du coude, 1 de la hanche, et 2 du genou. L'injection fut faite une fois pour le coude, dans un but de diagnostic. On avait fait une résection et la guérison avait eu lieu sans accidents au bout de dix jours. Nous voulions savoir s'il ne restait aucun foyer tuberculeux dans le voisinage. Deux injections à 2 milligrammes n'amenèrent qu'une réaction générale à peine sensible et ne furent suivies d'aucun accident local.

Dans un second cas, l'articulation était tuméfiée de vieille date et remplie de fongosités. La malade est très sensible à l'action du médicament. A chaque inoculation, nous avions des oscillations thermiques de 2 degrés, la jointure rougissait, devenait plus volumineuse. Ces phénomènes disparaissent vite, et, après chaque injection, l'état local est meilleur qu'auparavant.

Le petit malade atteint de coxalgie était dans de déplorables conditions à son entrée ; il est lui aussi très sensible à l'action du médicament; sa température, qui monte de 1 degré après l'injection, s'abaisse parfois de 2 vers la fin de la période réactionnelle : l'état général est meilleur, il a repris de l'appétit et des forces ; l'état local reste à peu près stationnaire.

Les résultats sont plus décisifs dans un des cas de tumeur blanche du genou. L'articulation était volumineus[e], la synoviale était infiltrée de fongosités épaisses, on croya[it] la formation de trajets fistuleux imminente. Après les de[ux] premières injections, la température monte de 37°2 à 38 et à 39°4. La circonférence du genou a diminué de 1 cen[ti]mètre ; on dirait que les fongosités ont, en grande part[ie] disparu et qu'on est en présence d'une simple hydarthro[se]. Dans un autre cas, au contraire, on n'observe pas d'amél[io]ration.

On peut constater les mêmes variantes dans toutes le[s] affections que nous avons mentionnées. Une carie des os d[u] tarse était si avancée, que l'amputation semblait être l[a] seule ressource à laquelle on pût songer. Les injection[s] de lymphe ont été suivies de phénomènes généraux e[t] locaux considérables : élévation thermique de 2 degrés rougeur et tuméfaction du pied. Après ces phénomènes tout disparaît et il reste une amélioration manifeste, à te[l] point que des nombreuses fistules de la région, une seul[e] persiste. Le liquide d'un abcès par congestion consécutif [à] un mal de Pott a perdu le caractère tuberculeux qu'il avai[t] lors d'une première ponction et est devenu séro-sanguinolent.

Les ganglions tuberculeux du cou se tuméfient et semblent se ramollir à chaque injection. Au contraire, on ne constate rien après deux injections, chez un jeune homme affecté d'une adénopathie inguinale chronique, aussi est-on tenté d'en conclure qu'elle n'est pas bacillaire. Trois ma-

tions laryngées nous sont adressés leux; la maladie est encore à la preuve une congestion généralisée de vocales supérieures et inférieures, il des petites ulcérations et une fois un eau des commissures. Chez un de ces des poumons présentent des phénomènes suspects. Après des injections, la réaction générale est insignifiante et il n'y a pas de poussée locale. Malgré cela, il se fait une atténuation des symptômes subjectifs.

MM. Fauvel et Blanc constatent, dans plusieurs examens laryngoscopiques successifs, que les lésions locales ont été favorablement modifiées. Dans le troisième cas, le diagnostic n'est plus douteux : il s'agit d'une tuberculose laryngée accompagnée de périchondrite suppurée, de tuberculose au second degré des deux sommets; état général est mauvais, le malade est amaigri, sans app t; il marche rapidement vers la cachexie. Or, contrairement à ce qu'on aurait pu supposer, la première injection d 2 milligrammes n'est suivie d'aucune réaction; on porte les doses à 3, 4, 5 et 6 milligrammes. Après la deuxième injection, l'amélioration était tellement surprenante que, si l'examen des crachats n'eût toujours révélé la présence des bacilles, nous eussions eu des doutes sur l'exactitude du diagnostic porté. Aujourd'hui l'état est stationnaire. Mêmes résultats dans les abcès tuberculeux.

Nous faisons une série d'injections, chez un malade qui avait présenté, peu de temps auparavant, un gros abcès de la région fessière, que l'on avait ouvert; nous avions gratté, enlevé tout le tissu qui nous paraissait infiltré de tubercules. La plaie s'était réunie par première intention et le malade semblait guéri, malgré cela nous avions des craintes. la première injection, la température monte à 39°4; à la seconde, à 39°2; à partir de la quatrième, elle ne dépasse plus 37 degrés. Nous attendons quelques jours et nous recommençons : nouvelle ascension thermique accompagnée de la formation, au voisinage de l'articulation sacro-coccygienne, d'un abcès qui suit une marche aiguë, s'ouvre spontanément et donne du pus, qui ne présente nullement le caractère des suppurations tuberculeuses.

Que conclure de tout cela? Un fait paraît acquis : la lymphe de Koch exerce une action élective certaine sur les tuberculisés. Ce qu'on a vu chez les gens traités dans le service de Bergmann pour des affections des os, des jointures, des ganglions lymphatiques, nous l'avons constaté chez nos malades de Saint-Louis.

Il est facile de se rendre compte de ce qui se passe lorsqu'il existe des plaies, des ulcérations, des trajets fistuleux. On voit si leur aspect se modifie, si la suppuration augmente ou se tarit, si les caractères du pus changent; quand les fistules se ferment, quand la tuméfaction diminue, quand les douleurs deviennent moins vives : il est impossible de nier qu'il se soit produit une modification locale avantageuse. On est moins renseigné, lorsqu'on est en présence de foyers purulents fermés, de cavités articulaires au voisinage desquelles il ne s'est pas fait d'ouvertures. Il existe, cependant, de sérieuses présomptions en faveur d'une amélioration, quand le volume des jointures diminue et quand les tissus mollasses font place à un tissu plus souple, moins épaissi. C'est ce qui eut lieu pour l'arthrite fongueuse auparavant si bien caractérisée du genou qui paraît se transformer en une simple hydarthrose. Chez une autre malade le liquide extrait par la ponction d'une cavité close ne ressemblait pas au liquide qu'on avait eu dans une évacuation antérieure. Celui-ci était sûrement bacillaire; il a été remplacé par de la sérosité sanguinolente. Même dans ces cas, il est impossible de ne pas voir une modification favorable. Est-elle due à l'intervention chirurgicale antérieure quand on a déjà ponctionné, à la force médicatrice de la nature, à l'action de la lymphe? On ne saurait encore répondre par une affirmation justifiée.

Il est plus facile de se prononcer sur la part qui reviendra aux chirurgiens lorsque tous les problèmes auront été réalisés et que la méthode nouvelle aura pris place dans la thérapeutique. Personne n'a, jusqu'à présent, songé à la déclarer toujours et définitivement curative. Voici ce que Koch et ses élèves ont dit à propos des premiers cas de lupus : « Le terrain modifié cesse d'être pour les bacilles un bon milieu de culture, ils s'étiolent et végètent. Qu'on profite de cette circonstance pour enlever les foyers, et on aura des chances sérieuses d'avoir guéri le malade; par l'injection on a préparé le terrain, fait ce qu'il fallait pour que l'intervention chirurgicale fût salutaire et décisive. »

Je crois que le rôle du chirurgien, souvent indispensable, est plus étendu encore qu'on ne l'a dit. Koch lui-même semble s'être rallié à cette idée. Depuis quelque temps, il applique lui-même sa méthode au traitement de phthisiques dans le service de Sonnemburg. Or, trois fois celui-ci vient d'ouvrir les cavernes pulmonaires. Je crains bien que ces tentatives ne permettent pas d'obtenir de fameux résultats. Nul ne voudrait traiter le tissu pulmonaire comme le tégument externe ou les ganglions lymphatiques. Nul n'oserait exciser toutes les portions envahies d'un poumon tuberculeux, même quand les injections en ont modifié la vitalité. Eût-on cette hardiesse, qu'on serait arrêté par l'étendue même des lésions. Il est rare que l'infiltration se soit faite dans une zone limitée, que tout un lobe, tout un poumon même ne soient pas intéressés.

Quoi qu'il en soit, on peut prévoir, par ces tentatives, que probablement toujours, et dans la plupart des cas, l'intervention chirurgicale sera nécessaire. Elle l'a été chez plusieurs de nos malades améliorés : un trajet se cicatrise, le pus change de nature, mais il suit une voie différente de celle qu'il avait suivie jusqu'alors, il se forme un diverticule, où il stagne tant qu'on est obligé de l'évacuer par une contre-ouverture. De pareils épisodes se produiront dans la plupart des cas analogues. Je ne crois pas que jamais on obtienne une *restitutio ad integrum* extemporanée et absolue, une suppression radicale des sécrétions morbides.

Tant qu'on n'en sera pas là, il faudra toujours enlever les foyers, lors même qu'ils sont presque inoffensifs; il faudra toujours surveiller le processus et se tenir prêt à agir dès que les circonstances l'exigent.

J'arrive à une dernière question que plusieurs de nos collègues ont posée récemment, et à laquelle ils ont répondu par la négative.

L'application de la méthode de Koch à l'homme est-elle légitime? A-t-on le droit de pratiquer un traitement dont on ne connaît guère les résultats que par des expériences de laboratoire? Il en est qui ne le pensent pas. J'avoue que je ne m'attendais guère à ce que cette question fût posée en France. La première fois qu'on a fait chez nous une inoculation de lymphe, cinq cents peut-être avaient été faites en Allemagne et en Autriche. L'inventeur s'était inoculé lui-même avec une dose plus élevée que celle qu'on emploie d'habitude chez les malades. On n'avait aucune

raison, aucun droit de parler d'expériences faites sur l'homme. Il s'agissait simplement de l'application d'un médicament nouveau qui semblait utile. Nous faisions ce qu'avaient fait ceux qui avaient adopté le bromure de potassium, le chloral, l'antipyrine, lorsqu'on avait préconisé pour la première fois ces substances.

Ce qui ne me paraît ni légitime ni rationnel, c'est l'espèce de stérilisation des données scientifiques à laquelle on arriverait si l'on adoptait le principe admis par les collègues dont nous venons de parler. Blâmera-t-on M. Pasteur d'avoir fait bénéficier l'espèce humaine de ses savantes recherches? Elles ont été appliquées par les médecins du monde entier. Il me semble que ce qui était légitime pour la rage l'est pour la tuberculose.

Vous dites qu'on ne peut traiter l'homme que par des substances ou des procédés dont l'emploi a été expérimenté chez l'homme, mais c'est une pétition de principes qui se réfute d'elle-même; si par malheur on l'admettait, on se condamnerait à l'empirisme le plus étroit, à la plus dogmatique des traditions; nous remonterions au temps où la transfusion était interdite par arrêt du Parlement de Paris. L'expérimentation servirait aux recherches spéculatives; à la rigueur, la médecine vétérinaire pourrait en tirer parti, mais elle n'aurait rien à voir avec la médecine humaine.

Ce que nous avons vu ici ne nous laisse aucun doute sur la bénignité des inoculations. Sur 20 malades, nous avons eu douze fois des modifications favorables. Deux autres fois la méthode nous a fixé sur la nature d'une affection douteuse.

Nous sommes donc autorisé à continuer ces recherches que vous-mêmes ne cessez d'encourager.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 décembre 1890, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Papillon, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 15e corps d'armée.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Chauvel et Kelsch; — M. le médecin principal de deuxième classe Derazey; — MM. les médecins-majors de première classe Longet, Dubois et Dogny; — M. le pharmacien principal de première classe Parant.

M. Bernard, médecin-major de première classe de l'armée territoriale.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Billot, Durand, Collin, Lippmann, Gigon, Dubujadoux, Duponchel, Daymard et Longuet.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Descargues, Sommeillier, Troy, Lazare, Gross, Pozzo di Borgo et Janin.

M. Letassier, médecin-major de première classe de l'armée territoriale.

MM. Liermain, officier de santé à Carvin et Tournon, officier de santé à Istres.

— Par décret, en date du 29 décembre 1889, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Kiener, en remplacement de M. Talon, décédé; maintenu médecin chef des salles militaires de l'hôpital mixte de Montpellier.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Roulay, en remplacement de M. Derazey, mis en non activité pour infirmités temporaires; maintenu à l'École d'application de l'artillerie et du génie.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Choux, en remplacement de M. Maurin, décédé; maintenu au 135e d'infanterie; — M. Morer, en remplacement d[e] ... désigné pour le 2e régiment du génie; ... cement de M. Senut, mis en non activité ... raires; désigné pour le ... d'infanterie; ... placement de M. Bouchard..., mis en non ... temporaires; maintenu au 82e d'infanterie ... remplacement de M. Utz, retraité; mainte[nu au Val-de-]Grâce; — M. Voizard, en remplacement de M. Dogny, mis en non activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 35e d'infanterie; — M. Girardin, en remplacement de M. Foulquier, mis en non activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 120e d'infanterie; — M. Boutié, en remplacement de M. Ringeisen, mis en non activité pour infirmités temporaires; maintenu au 101e d'infanterie; — M. Hussenet, en remplacement de M. Gatumeau, mis en non activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 16e d'infanterie; — M. Villiès, en remplacement de M. Roulay, promu; maintenu à l'École de Saint-Maixent.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Lassale, en remplacement de M. Bra[illon] de Bournonville, démissionnaire; désigné pour les hospices de [la] division de Constantine. — M. Pesme, en remplacement de M. Lagrange, démissionnaire; maintenu à l'École de Montreuil-sur-Mer; — M. Samier, en remplacement de M. Choix, promu; désigné pour le 120e d'infanterie; — M. D'Audibert Caille du Bourguet, en remplacement de M. Morer, promu; désigné pour les hôpitaux de la division de Constantine; M. Mazeillé, en remplacement de M. Renaut, promu; maintenu au 5e d'infanterie; — M. Talayrach, en remplacement de M. Bachos, promu; maintenu au 4e zouaves; — M. Forgue, en remplacement de M. Burlureaux, promu; maintenu au 2e régiment du génie; — M. Jacquemin, en remplacement de M. Voizard, promu; désigné par le 114e d'infanterie; — M. Morin, en remplacement de M. Girardin, promu; désigné pour les hôpitaux de la divison d'Oran; — M. Bordes-Pagès, en remplacement de M. Boutié, promu; désigné pour le 5e cuirassiers; — M. Joiré, en remplacement de M. Hussenet, promu; maintenu au 43e d'infanterie; — M. Treillet, en remplacement de M. Villiès, [pro]mu; mainten[u] à l'École du service de santé militaire.

— Par décision ministérielle, en date du 29 décembre 1890, les médecins militaires dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Jeunehomme, pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans; Mazelier, pour la gendarmerie de la Seine; Pagès, pour le 19e d'artillerie; Camus, pour le 41e d'infanterie; Kablé, pour le 4e d'artillerie; Passabosc, pour le 18e d'artillerie; Marmonier, pour le 3e d'infanterie; Bruant, pour le 98e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Amiard-Fortinière, pour le 11e escadron du train; Morand, pour le 24e dragons; Lallemant, pour l'École supérieure de guerre; Dziewonski, pour le 8e dragons; Pozzo di Borgo et Durand, pour la légion de la garde républicaine; Renard, pour le 160e d'infanterie; Petit, pour le 126e d'infanterie; Lacronique, pour les hôpitaux de la division d'Alger et la direction du service de santé du 19e corps d'armée; Radouan, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Briançon; Coste, pour le 14e dragons; Manfredi, Salle et Didier, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Amiel, pour le 95e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Cuvier, pour le 3e chasseurs d'Afrique; Bergasse, pour le 1er hussards; Mahon, pour le 144e d'infanterie; Zipfel, pour le 26e dragons; Baylac, pour le 15e d'infanterie; Ferrand, pour le 2e spahis; Vincent, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe De Langenhagen, pour le 8e d'artillerie; Lenoir, pour le 5e bataillon de chasseurs à pied; Faivre, pour l'hôpital de Bordeaux; Blum, pour le 112e d'infanterie; Bousquet, pour le 108e d'infanterie; Dodieau, pour le 37e d'artillerie; Bourguedieu, pour le 38e d'artillerie; Cadet, pour le 12e hussards.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — REVUE GÉNÉRALE. La rubéole, par M. le docteur E. LEFLAIVE, ancien interne des hôpitaux. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — THÈSES DE PARIS. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 2 janvier 1891.

Par décret, en date du 31 décembre 1890, et sur la proposition de M. le grand-chancelier de la Légion d'honneur, notre très cher Directeur, le docteur Le Sourd, ancien chirurgien de la marine, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Cette distinction couronne trente-cinq années de services militaires et civils, quatre campagnes et une vie consacrée tout entière à la science.

LA RÉDACTION.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Cette dernière séance de l'année a été essentiellement chirurgicale. M. Péan a fait une communication sur les rétrécissements de la valvule iléo-cæcale et sur un procédé opératoire qu'il a imaginé pour y remédier. Ce procédé consiste à créer une dilatation au niveau même du rétrécissement, sans enlever une portion du tube intestinal. Il a donné au chirurgien de l'hôpital Saint-Louis de très bons résultats chez deux malades. Cette opération, peu dangereuse, nous paraît devoir être une précieuse ressource pour ces malades, auxquels on n'avait jusqu'ici à proposer que la résection intestinale ou un anus contre nature.

Après la chirurgie de l'intestin, la chirurgie du foie, qui occupe fort l'Académie depuis quelque temps. M. Le Dentu a communiqué les observations de deux malades chez lesquels il a pratiqué la cholécystotomie, dans le premier cas pour l'extraction d'un calcul unique, dans le second pour l'extraction de calculs multiples coïncidant avec un cancer primitif des voies biliaires. On trouvera au compte rendu le résumé de ces deux observations.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret.

Au moment où nous mettons sous presse, nous apprenons la mort de M. Baillarger, l'un des doyens de l'Académie. Cette mort sera vivement regrettée par tous ceux qui ont connu l'éminent aliéniste.

REVUE GÉNÉRALE

La rubéole.

Par M. le docteur E. LEFLAIVE, ancien interne des hôpitaux.

I

L'histoire de la rubéole n'est pas bien longue, si l'on ne tient compte que des écrits s'y rapportant évidemment; et, déjà, cette maladie a été l'objet de vives discussions. Les auteurs qui en ont parlé jusqu'ici ne sont pas d'accord entre eux, et ils professent à son endroit des opinions très opposées. Ce n'est pas sur des questions de pure théorie, de pathogénie discutable que portent leurs divergences; ce n'est pas sur l'interprétation de certains symptômes que l'accord n'a pu se faire; c'est sur l'essence, c'est sur l'existence même de la maladie que porte le poids de la discussion.

Y a-t-il une maladie nommée *rubéole*? A cette question, la réponse sera presque toujours oui. Qu'est-ce que la rubéole? Là on cesse de s'entendre.

Tout d'abord, on dira qu'en France, on appelle rubéole ce que les Allemands ont nommé *rœtheln*. Mais il est aussi difficile de préciser ce qu'ils ont nommé et nomment ainsi, que ce que nous appelons rubéole. Cette traduction paraît exacte, mais elle n'éclaire pas du tout la question. Il semble que l'acception du mot ait varié, il semble que, sous ce nom de « rœtheln », on ait décrit en Allemagne non seulement une ou plusieurs fièvres éruptives analogues à la rougeole (roséole, rubéole), mais aussi des rougeoles et des scarlatines atténuées ou évoluant simultanément. Toutefois, à propos de la « rœtheln », il paraît se faire, en Allemagne, la même évolution d'opinion qu'en France à propos de la rubéole. Ainsi, par exemple, Rehn a décrit sous ce nom, au Congrès de Cologne de 1888, une épidémie qui a sévi à Francfort-sur-le-Mein en août 1887; cette description est la même, trait pour trait, que celle que nous allons donner plus loin. L'identité est absolue et indiscutable.

Les opinions des auteurs au sujet de la rubéole peuvent se grouper inégalement en quatre classes bien distinctes :

1° La rubéole n'est qu'une rougeole modifiée, atténuée;

2° La rubéole est un hybride de scarlatine et de rougeole;

3° La rubéole est la maladie que l'on a décrite, ailleurs, sous le nom de roséole idiopathique ou épidémique;

4° La rubéole est une fièvre éruptive spéciale, absolument distincte, non seulement de la rougeole et de la scarlatine, mais encore de la roséole idiopathique.

Si, pour examiner le bien-fondé de ces diverses opinions, qui ont eu ou qui ont encore chacune des défenseurs convaincus, nous voulons résumer la doctrine des auteurs en suivant l'ordre chronologique, si nous voulons étudier la question à toutes les phases de son développement, nous serons obligé de remonter très haut, à un temps où l'on parlait déjà de rubéole, et où, cependant, les fièvres éruptives n'avaient pas encore été séparées les unes des autres, comme elles le sont aujourd'hui. Que nous importe qu'au XVIIe siècle on ait signalé la rubéole, alors qu'on ne savait même pas distinguer la rougeole de la scarlatine!

De notre temps, les fièvres éruptives ont été observées de bien plus près et nettement différenciées. Si la question qui nous occupe est encore discutée, c'est qu'elle est peu facile à résoudre et qu'elle nécessite la réunion d'un grand nombre de faits très minutieusement décrits. Pour simplifier la question, nous allons d'abord examiner ce que l'on appelle aujourd'hui rubéole en France. Il nous sera facile d'établir que la rubéole ne se confond pas avec la rougeole, et qu'elle n'est pas un hybride de scarlatine et de rougeole, opinions qui ont chaque jour moins de partisans. Nous comparerons ensuite ce tableau à celui de la roséole épidémique, et nous verrons s'il faut comprendre les deux séries de faits sous une même étiquette et les placer dans le même chapitre de pathologie. C'est là le point délicat.

Au commencement de l'année 1890, à Paris, nous avons pu voir, à côté de la rougeole endémique, un certain nombre de cas de la fièvre éruptive en question. Cette épidémie sans gravité, mais très nette, dont presque tous les médecins ont vu quelques exemples, a été le point de départ de nouveaux travaux et de nouvelles communications que nous allons prendre pour base de cette Revue.

Nous laisserons de côté tout l'historique de la question, pour lequel nous nous bornerons à renvoyer à l'excellente thèse de M. Delastre, inspirée par M. le professeur Bondet, et à celle très intéressante et toute récente de M. Lazard, laquelle reflète les idées très exclusives de M. Gaucher.

Pour décrire la rubéole, nous aurons soin de nous adresser de préférence aux auteurs récents, qui distinguent avec soin la rubéole de toute autre affection déjà connue. Nous étudierons ensuite ce que Trousseau, entre autres auteurs, a désigné sous le nom de roséole idiopathique; sa description sera pour nous le type de cette affection. Nous rappellerons ce qu'on a dit des hybrides de fièvres éruptives. La rougeole nous semble assez connue, et sa symptomatologie assez hors de conteste pour nous dispenser de nous y attarder. Partant de ces descriptions, nous pourrons voir à laquelle, des quatre opinions en présence, nous devons nous ranger.

II

La rubéole est à coup sûr une maladie épidémique; nous venons de le constater cette année d'une manière indéniable et d'autant plus évidente, que c'est là une maladie relativement rare à Paris. Il faut dire que, si la maladie paraît bien plus rare en France qu'à l'étranger, cela tient peut-être à ce qu'elle y est moins connue. On a, cependant, prétendu que les Anglais y étaient plus prédisposés que nos compatriotes, ce qui demanderait de nouvelles preuves.

Elle est contagieuse. Cette étiologie n'est plus contestée aujourd'hui; elle explique d'une façon naturelle l'épidémicité à intervalles et par groupes. M. Roques, dans une revue toute récente, a rassemblé de nombreux exemples de contagion. MM. Bourneville et Bricon en relatent une petite épidémie à Bicêtre, dans un milieu très favorable à l'observation; et, même en dehors de ce milieu, ils ont pu en constater quelques cas, pour lesquels la contagion paraissait bien indiscutable. M. Arnozan rapporte trente cas de rubéole qui se sont simultanément montrés dans un pensionnat de 100 enfants. M. Juhel-Rénoy compare cette contagiosité à celle de la rougeole. La rubéole, à ce point de vue, ne diffère en rien des fièvres éruptives, dans la classe desquelles personne n'hésite à la ranger.

Elle atteint de préférence les enfants de deux à quinze ans; on la rencontre encore souvent jusqu'à vingt-cinq ans; plus tard, elle est exceptionnelle. C'est aussi ce que disent les auteurs étrangers.

Quelle est la durée de son incubation? Ce point est mal éclairci, ce qui ne doit pas nous surprendre, puisqu'il en est encore ainsi pour les trois fièvres éruptives les plus connues. M. Bondet, cité par M. Delastre, indique douze à quatorze jours. M. Gaucher, cité par M. Lazard, donne le chiffre de douze jours; M. Juhel-Rénoy dit quinze jours. Il serait facile de les mettre d'accord en disant que l'incubation dure de douze à quinze jours. D'autres auteurs, cités par M. Layet (1), donnent des chiffres variant de treize à vingt et un jours. Ceux rassemblés par M. Roques vont de quatre à vingt et un jours; mais ses cas personnels lui font admettre le chiffre de douze à quatorze jours. C'est celui qui nous semble le plus probable, étant donné l'obscurité et le peu de précision de la plupart des observations, remontant à quelques années.

La période d'invasion est très courte; elle peut même sembler nulle. On lui attribue généralement une durée de douze à vingt-quatre heures. On signale pourtant des cas où elle s'est accompagnée de quelques symptômes nets, tels que le vomissement; et parfois un malaise vague, des frissons, de la fatigue ont précédé l'éruption de quelques jours. A la récente discussion de la Société médicale des hôpitaux, M. Chantemesse a rapporté un fait dans lequel l'éruption ne s'est montrée que le sixième jour et a été précédée par les manifestations du côté des muqueuses; c'est évidemment un cas exceptionnel.

La rubéole est une maladie qu'on peut regarder comme peu fébrile. La fièvre peut ne pas exister ou passer inaperçue; tels sont les cas de M. Arnozan. On constate souvent 38 degrés ou 38°5 au moment où apparaît l'éruption, et pendant trois ou quatre jours. Il est exceptionnel de noter 40 degrés. En tous cas, le retour de la température à la normale ne se fait pas attendre. MM. Bourneville et Bricon ont donné les tracés de température de leurs malades; le thermomètre a généralement oscillé entre 38 et 39°5; il n'a dépassé 40 degrés que trois fois et pour peu de temps. Il semble, cependant, que les chiffres notés dans cette épidémie de 16 cas sont un peu supérieurs à ceux qu'accusent les autres observations. Cela tient-il à l'épidémie? Cela tient-il aux sujets? Il faut noter que, dans ces dernières observations, il s'agit de températures rectales.

L'éruption est rapide comme extension et variée dans son aspect. Elle commence généralement, mais non toujours, à la face par de petites papules; puis ce sont des taches qui ont la plus grande analogie avec celle de la rougeole, c'est-à-dire

(1) Layet. Des principes qui régissent la prophylaxie des maladies infectieuses transmissibles dans les écoles. *Médecine moderne*, n° 26.

sont vaguement arrondies, peu ou pas saillantes et s'effacent sous le doigt. Cette ressemblance peut être telle que le diagnostic soit impossible par l'aspect seul de l'éruption au visage; cependant, les taches seraient un peu plus larges et un peu plus irrégulières que dans la rougeole. Dans un fait qui nous est personnel, leur coloration nous a paru plus foncée, un peu violacée, moins rose.

Ces macules peuvent s'étendre à tout le corps; mais dans quelques points, sur les côtés du cou et sur les membres en particulier, l'éruption prend volontiers la forme d'une rougeur diffuse, scarlatiniforme. Cette rougeur peut être assez accentuée pour prendre l'aspect framboisé, violacé, presque ecchymotique, et laisser après elle une coloration passagère et brunâtre de la peau.

Les descriptions ne sont, cependant, pas toutes identiques, et il y a certainement quelque variabilité à ce point de vue. Ce qui paraît caractéristique, c'est la réunion de taches qui font penser à la rougeole, et de plaques plutôt scarlatiniformes.

Cette éruption ne s'accompagne d'aucun gonflement des téguments; mais elle donne lieu à une sensation de cuisson désagréable, quoique fort supportable, à des démangeaisons quelquefois vives. Elle se fait le plus souvent en une seule poussée.

La maladie ne se borne pas au tégument cutané, mais elle s'étend aussi aux muqueuses, qu'elle affecte, du reste, assez légèrement : les conjonctives deviennent rouges; il y a du catarrhe nasal, et au fond de la gorge on observe une rougeur uniforme, avec quelque gêne de la déglutition. M. Talamon insiste sur l'importance de l'angine, qui s'accompagne de gonflement des amygdales et d'un peu de dysphagie. Il fait remarquer que, contrairement à ce que l'on constate toujours pour la rougeole, les symptômes catarrhaux du côté des muqueuses suivent l'éruption cutanée et ne la précèdent pas.

Cette angine est loin d'avoir l'intensité de celle de la scarlatine et ne comporte jamais de gravité. La langue ne présente pas autre chose qu'un léger enduit saburral; elle n'a jamais ni coloration intense, ni aspect vernissé, ni aucun signe de desquamation.

Un des symptômes les plus caractéristiques de la rubéole est le gonflement de tous les ganglions lymphatiques du cou, qui se montre en même temps que l'éruption. Ce gonflement est parfois assez marqué pour être visible; il peut devenir douloureux et causer une certaine gêne; mais bien souvent aussi il est peu accentué et peut passer inaperçu. Dans quelques observations, la poussée ganglionnaire a été signalée comme plus générale, et atteignant aussi les ganglions inguinaux.

D'après M. Desplats (1), la tuméfaction apparaîtrait même un peu avant l'éruption. Il semblerait que cette manifestation de la rubéole ait été, chez des sujets prédisposés, le point de départ d'adénites tuberculeuses.

Au bout de quatre ou cinq jours, l'éruption a disparu sans laisser de traces, sauf une légère pigmentation que l'on observe dans les cas intenses, comme nous l'avons dit. La desquamation est le plus souvent nulle; quand elle se produit, elle est toujours médiocre, généralement furfuracée, quelquefois un peu lamelleuse.

Nous n'avons à signaler aucune complication survenant dans le cours de la maladie ou après elle, si ce n'est la suppuration possible des ganglions cervicaux. Cet accident semble, du reste, très rare. La maladie n'a pas de tendances très envahissantes du côté des muqueuses; et si, parfois, elle donne lieu à de la laryngite, plutôt symptôme que complication, elle va rarement au delà et ne cause guère de bronchite. A plus forte raison n'a-t-on pas à redouter de complications pleuro-pulmonaires.

C'est une affection essentiellement bénigne. Ce n'est qu'à l'étranger que l'on a signalé des cas rares où la maladie, ayant pris une forme grave, aurait eu une terminaison fatale. W. Edwards, cité par M. Morel-Lavallée, aurait observé des complications variées et sérieuses. Ces faits paraissent avoir été observés surtout en Allemagne et par les anciens auteurs.

III

Si l'on prend maintenant, comme type de la roséole idiopathique ou infantile, les descriptions qu'en ont données Trousseau dans ses cliniques, Roger et Damaschino dans le *Dictionnaire encyclopédique* (1877), voici en quoi consiste cette maladie.

C'est une affection relativement peu fréquente, frappant aussi bien les enfants qui ont eu la rougeole que ceux qui ne l'ont pas eue. Rayer (1), Valleix (2), Grisolle (3), etc., semblent l'avoir déjà décrite sous ce nom de roséole, et on pourrait peut-être lui rapporter bon nombre de cas rangés sous le nom de *rougeole sans catarrhe de Willan*. Elle est généralement regardée comme épidémique et contagieuse, quoique sa contagiosité soit mise en doute par un certain nombre d'auteurs (Guersant, Blache, Bazin, Delastre).

Son incubation paraît assez longue, de deux à trois semaines. La période d'invasion est marquée par de la fièvre peu intense, avec frissonnements, abattement et quelques troubles digestifs, parfois même des convulsions. Cette période dure de vingt-quatre à quarante-huit heures, au bout desquelles apparaît l'éruption, qui se manifeste sur tout le corps à la fois. Ce sont de petites taches roses assez régulièrement arrondies, nettement séparées par des intervalles de peau saine, disparaissant sous le doigt, et plutôt de coloration moins vive que celles de la rougeole. Elles n'ont pas l'aspect morcelé, irrégulièrement déchiqueté; elles ne s'accompagnent pas de grands placards érythémateux. Cette éruption peut ne pas être généralisée et se borner à une partie du corps. Les taches disparaissent en peu de jours, quelquefois même, dans les cas très légers, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Dans les cas plus intenses, la fièvre, au lieu de s'éteindre à l'apparition de l'exanthème, ne tombe pas, mais se prolonge encore pendant quelques jours, et même pendant une semaine. Au moment de ses maxima, il se fait de nouvelles éruptions de taches, sans que les premières aient disparu.

L'éruption s'accompagne de légères démangeaisons, déjà notées par Valleix et Grisolle. Ce n'est que dans les cas un peu intenses que l'on voit persister, quelque temps après l'éruption, une sorte d'apparence marbrée et se faire une légère desquamation.

Dans la roséole, les symptômes catarrhaux du côté des

(1) Desplats. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1886.

(1) Rayer. *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 1826
(2) Valleix. *Guide du médecin praticien*, 1851.
(3) Grisolle. *Pathologie interne.*

muqueuses sont nuls. « Jamais, dit Trousseau, vous ne verrez dans la roséole le larmoiement, le coryza, la toux de la rougeole. » Roger et Damaschino insistent aussi sur cette absence d'enanthème qui différencie la roséole de la rougeole, et qui, pour Talamon, Lazard, etc., la différencie également de la rubéole.

Les complications de la roséole sont nulles ; nous n'avons pas, dans les auteurs sus-indiqués, trouvé la mention de la tuméfaction ganglionnaire. Le pronostic est des plus bénins.

La description donnée par M. Picot (1) n'est pas aussi nette, ni aussi formelle. Il admet des variétés dans l'aspect de l'éruption, et le tableau qu'il trace de la roséole idiopathique se rapproche bien plutôt de celui de la rubéole.

Nous n'avons pas l'intention de rappeler ici, comme terme de comparaison, la symptomatologie de la rougeole. Elle est trop connue, même dans ses formes les plus bénignes, pour qu'il y ait utilité à le faire. La longueur des prodromes, la précocité du catarrhe, qui ne fait pour ainsi dire jamais défaut, sont les points les plus caractéristiques. Nous avons déjà fait allusion à la rougeole sans catarrhe de Willan, depuis longtemps décrite, et pour laquelle on peut se demander s'il s'agit toujours bien réellement de rougeole, et non de roséole.

Il nous reste maintenant, pour terminer l'exposé des maladies avec lesquelles il faut comparer la rubéole, à dire un mot des hybrides constitués par l'existence simultanée d'une rougeole et d'une scarlatine. Ce sont des faits qui s'observent rarement; Trousseau en avait même nié la réalité, que M. Bez a plus tard démontrée dans sa thèse (2). Pour ne citer que des auteurs français, rappelons les deux cas rapportés par Blache (3), auxquels M. Delastre a joint quelques autres. Cette combinaison pathologique a été rencontrée surtout dans les milieux où l'influence épidémique sévit avec une intensité spéciale, dans les hôpitaux d'enfants en particulier.

Lorsque ces deux maladies règnent à la fois et qu'elles atteignent le même individu, le plus souvent elles se succèdent à bref délai ; mais parfois elles évoluent simultanément, en se mêlant en proportion variable : ce sont deux fièvres contemporaines. La seconde peut se manifester à toute période de la première et en complique le tableau. On ne peut donc pas donner une formule unique, une description constante pour ce mélange, qui ne suit aucune règle précise. On a cependant souvent donné à ce dernier le nom de rubéole en France et surtout celui de rœtheln en Allemagne. Mais il n'y faut pas voir une espèce morbide.

« Les exemples, dit M. Sanné (1), que l'on a produits à l'appui de cette manière de voir sont toujours différents et constituent tantôt une rougeole anomale, tantôt une scarlatine irrégulière, présentant l'exanthème de la rougeole et l'exanthème de la scarlatine, et réciproquement, ou bien un mélange à proportions variables des manifestations cutanées et muqueuses. En présence de cet aspect protéiforme, qui exclut tout type défini, il est bien dificile d'admettre l'existence d'une maladie distincte, *sui generis ;* tout porte, au contraire, à trouver la cause de ces états disparates dans le mélange des éruptions. »

(1) Picot. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article Roséole.

(2) Bez. *De la contemporanéité des fièvres éruptives*. Paris, 1877.

(3) Blache. Rougeole et scarlatine, *Gazette des hôpitaux*, 1870.

(1) Sanné. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Rougeole, p. 406.

Il faut remarquer encore que les cas dans lesquels la rougeole et la scarlatine ont évolué simultanément ont présenté une gravité toute spéciale. Les deux exemples de Blache, entre autres, se sont terminés par la mort. Ce pronostic sombre est bien différent de celui, ordinairement fort bénin, de la rubéole.

IV

Maintenant, à l'aide de ces descriptions, nous allons essayer de répondre à la question posée tout à l'heure. Nous allons examiner successivement les quatre propositions formulées au sujet de la rubéole, pour nous arrêter à la plus vraisemblable.

Peu d'auteurs soutiennent maintenant que la rubéole n'est qu'une rougeole modifiée, atténuée. Cependant, c'est l'opinion donnée par Hebra et Kaposi ; c'est celle que Towsend (de Boston) a défendue tout récemment dans les *Archives of pediatrics* (avril 1890).

Nous n'insisterons pas longuement sur les caractères différentiels de la rubéole, telle que nous l'avons décrite tout à l'heure. Ce sont l'aspect varié de l'éruption, qui se présente en certains points sous forme de placards, les symptômes ganglionnaires, la brièveté de la période d'invasion, l'époque tardive de l'apparition des manifestations du côté des muqueuses dans la rubéole. Il semble y avoir là les éléments d'un diagnostic différentiel qui, dans la dernière épidémie, a été souvent posé d'une manière affirmative. Que la confusion des deux maladies soit parfois facile, c'est possible, mais ce n'est pas là une preuve de leur identité.

Nous insisterons encore moins sur la rareté des complications thoraciques et le peu d'intensité de la fièvre signalés pour la rubéole : ce sont des choses qui se voient également dans les rougeoles bénignes.

Bien plus important, pour la différenciation des deux maladies, est le fait que l'une ne préserve pas de l'autre. C'est ce qui a pu être constaté bien des fois dans la dernière épidémie. On nous a cité bien des exemples analogues au suivant, que nous donnons comme type : quatre enfants appartenant à une même famille contractent simultanément la rougeole ; cette rougeole évolue chez tous normalement et avec une intensité moyenne. Six semaines environ plus tard, deux de ces enfants présentent une nouvelle fièvre éruptive répondant absolument à la description de la rubéole.

Le malade, dont MM. Lecorché et Talamon ont rapporté l'histoire, avait eu la rougeole l'année précédente. Celui dont M. Raymond a fait le sujet d'une clinique avait eu, auparavant, une rougeole bien nette. Près de la moitié des malades de l'épidémie de Bicêtre avaient eu la rougeole antérieurement ; un d'entre eux l'a eue, au contraire, deux ans plus tard, comme nous avons pu le constater personnellement.

Il y a donc des faits très nombreux qui démontrent qu'une rougeole antérieure ne préserve aucunement de la rubéole. On a néamoins prétendu que la seconde maladie n'est qu'une récidive de la première, récidive atténuée et modifiée par suite du terrain défavorable offert à l'agent pathogène. Cette opinion ne s'accorde pas avec l'un des faits que nous venons de rappeler. Elle est difficile à soutenir, à moins d'hypothèse contredisant ce que nous savons

des récidives si rares des fièvres éruptives. Remarquons que, dans les exemples précités, cette récidive se serait faite au bout de quelques mois, de quelques semaines, séparée de la première maladie par un laps de temps juste suffisant pour qu'il ne soit pas possible de penser à une rechute.

D'autre part, il n'y a pas un cas bien observé dans lequel une rougeole ait engendré une rubéole, ou réciproquement. Cela est significatif, quand on sait qu'une rougeole bénigne peut fort bien en engendrer une autre plus grave. Il en ressort évidemment que la rubéole est bien une entité morbide distincte de la rougeole.

M. Talamon consentirait volontiers à admettre qu'entre les deux maladies, il y ait lieu à un rapprochement, non pas au point de vue clinique, mais au point de vue de la nature de l'agent pathogène. « L'hypothèse, dit-il (1), d'une atténuation de la rougeole, sous la forme de rubéole, est naturelle et légitime. Même, à la rigueur, l'idée que le germe morbilleux, une fois atténué, peut conserver ses propriétés acquises en passant d'un sujet à l'autre et ne transmettre que la maladie atténuée, cette idée, dis-je, n'est pas contraire à ce que nous a appris l'étude de l'atténuation des virus. Nous savons qu'on peut expérimentalement créer et entretenir des races de microbes modifiés dans leur virulence primitive, privés en partie de cette virulence et ne produisant que des manifestations légères de la maladie originelle. »

C'est là, ajoute M. Talamon, une hypothèse purement théorique. Il n'en conclut pas moins que la rougeole et la rubéole sont deux maladies aussi autonomes et aussi distinctes que la varicelle et la variole. Cette hypothèse nous semble bien peu indiquée par les faits. Que la variole légère engendre volontiers une variole légère, on le sait, l'agent pathogène conserve à peu près son degré de virulence. Mais rien ne peut nous faire supposer qu'il y ait une simple différence de degré entre les agents pathogènes de la varicelle et de la variole, affections prises comme termes de comparaison. Rien ne nous autorise à soupçonner une parenté plus grande entre la rougeole et la rubéole, dont les épidémies paraissent totalement indépendantes.

V

Que la rubéole soit un mélange de rougeole et de scarlatine, c'est une opinion qui a eu peu cours en France. Gintrac l'a dit, en 1859, et en 1882. M. d'Espine (2) paraissait du même avis. Mais c'est surtout à propos de la rœtheln allemande que cette idée a été émise. Elle est du reste peu soutenable. Nous avons indiqué tout à l'heure l'aspect varié que prennent les cas mixtes de rougeole et de scarlatine, et leur gravité remarquable. Ces faits rares ne peuvent s'observer que dans un milieu où sévit la double épidémie, ce qui est loin d'être le cas pour la rubéole. Ils demandent évidemment pour se produire des sujets qui n'aient pas été, au moins récemment, frappés par l'une ou l'autre de ces maladies. Nous avons vu tout à l'heure qu'au contraire, il n'est pas rare de voir la rubéole se montrer quelques semaines ou quelques mois après l'évolution ordinaire d'une rougeole. Il est vrai que Gintrac croit que ni une rougeole, ni une scarlatine antérieure ne préservent de leur hybride, lequel ne récidive pas. Cette hypothèse n'a guère cours, et elle semble contredire ce que nous savons aujourd'hui dans cet ordre d'idées.

Sans entrer dans la discussion des symptômes qui donneraient lieu à d'importantes objections, il faut remarquer qu'il serait étrange de voir un complexus symptomatique résultant de la coexistence de deux maladies, donner constamment lieu par contagion au même hybride, que les nouveaux malades aient eu ou non l'une ou l'autre des maladies composantes. La rubéole engendre la rubéole : les faits sont là pour le prouver. Comment se fait-il qu'un mélange de rougeole et de scarlatine ne donne jamais lieu soit à l'une, soit à l'autre de ces maladies, pour lesquelles la durée d'incubation est différente, pour lesquelles les conditions de réceptivité sont loin d'être toujours identiques ou tout au moins analogues ? Un cas mixte devrait parfois engendrer seulement l'un des composants. On n'a pas encore pu montrer une rubéole donnant lieu soit à une rougeole, soit à une scarlatine.

Pour mieux nous faire comprendre, servons-nous d'une comparaison. Il n'est pas rare de rencontrer des chancres qui présentent à la fois les caractères des chancres indurés, infectants, syphilitiques, et ceux des chancres simples, mous. Réinoculés sur le même individu ou sur un individu déjà syphilisé, ces chancres donneront lieu à un nouvel accident, différent du premier : ce sera un chancre mou ordinaire. Cela s'explique par l'inoculation syphilitique antérieure du sujet qui s'oppose à la récidive de cette même maladie. Dans les contagions ou inoculations qui proviennent du chancre mixte considéré, il peut y avoir dissociation des deux éléments morbides : la syphilis d'une part, le virus chancrelleux d'autre part. Rien de pareil ne s'observe dans les épidémies de rubéole. Rien n'autorise à penser que l'on ait affaire à un simple hybride.

VI

La rubéole n'est donc ni une variété de rougeole, ni un mélange de rougeole et de scarlatine. Faut-il la confondre avec la roséole idiopathique comme l'ont fait et comme le font encore un certain nombre d'auteurs ? Pour laisser le lecteur résoudre plus aisément cette question, nous avons rapproché les deux tableaux symptomatiques, dont nous allons maintenant comparer les principaux traits.

Les deux maladies sont contagieuses, épidémiques et frappent de préférence le jeune âge. Leur incubation a une durée analogue ; cependant celle de la roséole, si l'on excepte les cas où la confusion a été évidemment faite, paraîtrait un peu plus longue : elle serait plutôt supérieure à deux semaines qu'inférieure. La période d'invasion ne nous offre pas davantage les moyens de faire la distinction, et il faut arriver pour cela à la période d'éruption.

La roséole donne lieu à des taches peu colorées, uniformes, irrégulièrement arrondies, pouvant apparaître sous forme de plusieurs poussées. La rubéole donne lieu à une seule éruption de taches plus larges, assez irrégulières, plutôt plus colorées que celles de la rougeole ; en outre, il existe, en divers points du corps, des placards érythémateux, éveillant aussitôt l'idée de scarlatine. Voilà une première différence. En second lieu, et c'est le point sur lequel les auteurs, qui veulent différencier les deux maladies, insistent le plus, la roséole ne s'accompagne pas d'enanthème ; elle respecte absolument les muqueuses. La rubéole,

(1) TALAMON. *Médecine moderne*, 1890, n° 23.

(2) D'ESPINE, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. ROUGEOLE.

par contre, donne lieu à des symptômes oculo-nasaux et gutturaux, peu intenses à la vérité, mais constants et faciles à observer. Enfin le gonflement ganglionnaire, très fréquent dans cette dernière, n'est pas signalé par ceux qui ont décrit la roséole les premiers et avant toute confusion.

Voilà trois points qui permettent d'établir un diagnostic et qui semblent bien indiquer que l'on a affaire à deux maladies distinctes. Disons en passant que MM. Robinson James (1), J. Lewis Smith et William Squire (2) sont partisans de la séparation de la roséole et de la rubéole. Cheadle et West (3) maintiennent la confusion.

Il serait cependant utile, pour trancher définitivement la question, de pouvoir faire de nouvelles observations et de constater si la rubéole met ou non à l'abri de la roséole. La question semblable est déjà définitivement tranchée pour ce qui est de la rougeole.

Ce sont des maladies relativement rares en France, la roséole surtout; les observations les plus récentes se rapportent à peu près toutes à la rubéole. Chez les auteurs qui maintiennent la confusion des deux maladies, quel que soit le vocable qu'ils adoptent, la description de cette dernière semble s'être peu à peu substituée à celle que Trousseau avait donnée et rendue classique pour la roséole, description qui se trouve encore nettement reproduite à l'article ROSÉOLE de Roger et Damaschino, dans le *Dictionnaire encyclopédique* (1877).

VII

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue tous les auteurs qui ont écrit sur la question, pour indiquer à quelle opinion ils se rattachent. Cependant il en est parmi eux dont nous ne pouvons passer l'opinion sous silence. Nous nous bornerons aux travaux français les plus récents.

M. Jaccoud (4) distingue une *rubéole mixte*, hybride de scarlatine et de rougeole, et une autre *rubéole* spéciale, sorte de fausse rougeole, qui n'est autre que celle dont nous parlons. On peut se demander pourquoi donner à un mélange de deux maladies un nom spécial, surtout quand il a une autre acception.

Sous le nom de roséole, M. Picot (5) paraît avoir fait une confusion, en ajoutant à la description de Trousseau la plupart des caractères de la rubéole. M. d'Espine, nous l'avons déjà dit, paraît partager sa manière de voir; il s'en réfère à la description de M. Picot pour la roséole ; quant à la rubéole, il désigne sous ce nom la concomitance de la rougeole et de la scarlatine.

MM. Bourneville et Bricon ont décrit, sous le titre de : *Roséole idiopathique ou rubéole*, une épidémie qui a eu lieu à Bicêtre, en 1881, et qui a atteint seize personnes. Il est impossible de douter qu'ils n'aient eu affaire aux cas maintenant désignés sous le seul nom de rubéole : l'aspect de l'éruption sommairement indiqué, les symptômes du côté des muqueuses ne laissent pas place au doute. Aussi nous n'avons pas hésité à nous servir de leurs observations pour tracer le tableau de la rubéole. Ces auteurs devraient être placés parmi les plus chauds partisans de l'essentialité de la rubéole et de sa séparation nette d'avec les maladies analogues, s'ils ne maintenaient pas quelque confusion par la phrase suivante : « Nous ne saurions différencier la roséole de Trousseau de la rubéole ou rœtheln des Allemands (1). » Aussi proposent-ils de supprimer le terme de roséole idiopathique, faisant rentrer dans le cadre de la rubéole les faits que les auteurs plus anciens avaient décrits sous ce nom.

(1) R. JAMES. *Brith. Med. Journ.*, 1880.
(2) J.-L. SMITH et W. SQUIRE. Congrès international de médecine de Londres.
(3) CHEADLE et WEST. *Idem.*
(4) JACCOUD. *Journal de médecine et chirurgie pratiques*, 1889, p. 341.
(5) PICOT. Loc. cit.

Dans sa récente Revue, M. Roques ne parle pas de la distinction à établir entre la roséole de Trousseau et la rubéole; il ne soulève pas la question. Il s'en tient au dernier de ces termes. La description qu'il donne est bien la même que celle de MM. Talamon et Lazard. Son silence seul semble montrer qu'il ne croit pas à la nécessité d'une séparation à établir entre la roséole et la rubéole.

M. Longuet néglige aussi de parler de cette différenciation.

Dans la clinique qu'il a consacrée à la rubéole, M. Raymond, rapprochant le cas qu'il venait d'observer de celui publié par MM. Lecorché et Talamon, discute le diagnostic de ces faits. Pour lui, il n'est pas douteux que la rubéole soit distincte de la rougeole et de la roséole. Quoique cette idée ne soit pas courante alors, il se borne à dire à ce propos : « Il n'y a véritablement pas lieu de discuter l'hypothèse d'une roséole fébrile, car rien, dans les caractères présentés par les éléments éruptifs, ne rappelait cette dernière affection. »

De même M. Delastre n'assimile pas la rubéole à la roséole de Trousseau ; il croit la roséole idiopathique épidémique, mais non contagieuse, et il suppose que quelques-uns des faits observés par Trousseau doivent être rapportés à la rubéole légère.

Dans sa Revue des roséoles, M. Morel-Lavallée parle de la rubéole, mais il a soin d'en faire une maladie spéciale, qu'il sépare soigneusement de la roséole idiopathique.

Parmi les auteurs qui ont sur cette question une opinion très tranchée, nous devons encore citer MM. Talamon et Lazard ; ils sont absolument d'avis de faire un chapitre distinct dans les fièvres éruptives et pour la rubéole, et pour la roséole. Ils insistent, d'une façon toute particulière, sur le diagnostic différentiel de ces deux affections.

VIII

Ainsi, pour nous résumer, nous voyons que les auteurs qui font de la rubéole une simple variété de la rougeole sont fort peu nombreux. Il en est de même de ceux qui veulent n'y voir qu'un hybride de scarlatine et de rougeole.

Un plus grand nombre (Picot, Bourneville et Bricon, etc.) la confondent avec la roséole, ou tout au moins ne l'en distinguent pas. La distinction formelle est faite nettement par MM. Raymond, Delastre, Morel-Lavallée, et avec plus d'assurance encore par les auteurs qui en ont parlé le plus récemment, comme MM. Lazard, Talamon, etc.

De l'étude que nous venons de faire, il nous semble résulter que, si la roséole de Trousseau a acquis ses droits au titre d'entité morbide, si elle doit être différenciée des autres fièvres éruptives, à bien plus forte raison il doit en être de même de la rubéole, qu'on peut, moins qu'elle encore, confondre avec une rougeole atténuée ou modifiée, et dont les observations sont plus nombreuses et plus probantes. Il nous semble, en outre, que, si l'on s'en tient à la

(1) Loc. cit., p. 520.

description de la roséole donnée par Trousseau et par les auteurs qui l'ont précédé ou immédiatement suivi, il y a entre elle et la rubéole des différences symptomatiques suffisantes pour caractériser ces deux maladies. Nous avons assez longuement insisté sur ces différences (éruption, symptômes du côté des muqueuses, gonflement ganglionnaire) pour qu'il soit inutile d'y revenir.

Il serait à désirer que l'on puisse observer une épidémie de roséole et une épidémie de rubéole au voisinage l'une de l'autre ; cela lèverait complètement les doutes. La roséole idiopathique paraît avoir été bien rare dans ces dernières années, car toutes les observations de fièvres éruptives maculeuses, autres que la rougeole, publiées en France, semblent se rapporter à la seule rubéole.

Néanmoins, si l'on s'appuie sur les descriptions données par les auteurs classiques d'une part (et rien jusqu'ici n'a permis de mettre en doute leur exactitude), si, d'autre part, on tient compte des faits nombreux et bien observés accumulés en France depuis une dizaine d'années au moins, il nous paraît que l'on est autorisé à tirer les conclusions suivantes : A côté de la rougeole, et tout à fait en dehors d'elle, il existe deux fièvres éruptives distinctes : la roséole et la rubéole ; celle-ci est particulièrement hors de conteste. Ces fièvres éruptives ont généralement des allures bénignes, et leur pronostic, sauf peut-être dans des cas exceptionnels, doit être absolument favorable. Leur symptomatologie est en général suffisamment caractéristique pour permettre d'en poser le diagnostic avec certitude. Leur connaissance doit peut-être faire mettre en doute un certain nombre de cas de récidive de rougeole, qui pourraient être attribués avec quelque probabilité à ces fièvres méconnues. Nous ne connaissons rien encore au sujet des agents pathogènes de la rubéole et de la roséole, ni sur leurs rapports avec celui de la rougeole.

La thérapeutique est des plus limitées. La prescription principale est d'isoler les malades pour éviter de nouvelles contagions. Bien que la bénignité de la maladie et sa brève durée rendent généralement peu graves les infractions à cette règle de conduite, on n'est pas assuré que des exceptions plus redoutables ne puissent se présenter. Mais c'est surtout au point de vue scolaire que la prophylaxie acquiert quelque importance. A ce propos, les circulaires officielles récentes, en France (1), ne parlent pas de la rubéole et ne fixent pas de chiffre pour la durée de l'isolement des écoliers qui en sont atteints. En Angleterre, un règlement qui date de 1886, fixe cette durée à deux semaines à partir de l'éruption.

Indications bibliographiques principales. — Lecorché et Talamon. *Études médicales*, 1881. — Raymond. De la rubéole, *Progrès médical*, 1881, n° 50. — Delastre. *Contribution à l'étude de la Rubéole ou Rœtheln des Allemands*, Thèse de Lyon, 1883. — Longuet. La Rubéole, *Union médicale*, 25 décembre 1883. — Bourneville et Bricon. De la Roséole idiopathique ou Rubéole, *Progrès médical*, 1884, n°s 26, 28 et 29. — Morel-Lavallée. Étude générale sur les roséoles, *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 817. — Arnozan. Une épidémie de Rubéole. *Journal de médecine de Bordeaux*, 15 décembre 1889. — Société médicale des hôpitaux de Paris ; discussion, séances des 21 et 28 mars 1890. — Talamon. La Rubéole et la Roséole, *Médecine moderne*, 1890, n°s 16 et 23. — Roques. De la Rubéole, *Province médicale*, 1890, n° 21. — G. Lazard. *La rubéole en 1890*, Thèse de Paris, 1890.

(1) Layet. Loc. cit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 décembre. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. Quinquaud, qui se porte candidat pour la place vacante dans la section de physique et de chimie ;

2° Un décret ministériel autorisant l'Académie à accepter un legs de 10000 francs, qui lui a été fait par Ricord ;

3° Un travail de M. Dubois (de Lyon) sur une nouvelle méthode de momification du corps humain.

COMMUNICATIONS

Traitement du rétrécissement de la valvule iléo-cœcale. — **M. Péan.** Les rétrécissements de la valvule iléo-cœcale sont rares. On n'en trouve dans la science que huit cas. On peut les diviser en deux grandes classes, ceux d'origine néoplasique, ceux d'ordre inflammatoire. Les rétrécissements néoplasiques de la valvule iléo-cœcale ont été signalés pour la première fois par Kraussold en 1879. Barton en a opéré un second en 1887 ; (il s'agissait d'un épithélioma bien limité à cette valvule). Enfin, Jessop, en 1888, dut à son tour intervenir pour une tumeur maligne de cette région. Les rétrécissements inflammatoires dont les observations ont été publiées sont au nombre de cinq. Ils sont donc plus fréquents que les précédents, contrairement à ce qu'on observe pour les autres portions du tube intestinal, à l'exception du rectum.

Le premier cas a été publié par Maydl, en 1885. Le même chirurgien a eu l'occasion d'en voir un second exemple en 1887.

Un troisième cas a été relaté par J.-M. Barton en 1887 ; nous-même en avons opéré deux autres en 1887 et 1890.

Les chirurgiens qui ont eu à combattre ces rétrécissements ont eu recours à plusieurs procédés ; Maydl, Barton, Jessop firent un anus contre-nature au-dessus du point rétréci ; Barton fit la divulsion digitale ; Kraussold, Maydl et Barton n'hésitèrent pas à pratiquer la résection.

Le procédé que nous avons imaginé consiste à créer, sans enlever une portion du tube intestinal, une dilatation à l'endroit même où existe le rétrécissement. Voici en quoi il consiste.

A quatre centimètres environ au-dessus du pli de l'aine, parallèlement au ligament de Fallope, nous incisons la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'au dessus de l'épine du pubis. Nous sectionnons les aponévroses et les muscles sur une étendue moitié moindre, et nous ouvrons le péritoine pariétal sur une longueur de quatre centimètres. Nous arrivons, de la sorte, sans difficulté sur le cœcum et la partie terminale de l'intestin grêle.

Pendant ce temps, des pinces hémostatiques sont appliquées sur les vaisseaux saignants et des compresses aseptiques sont disposées de façon à empêcher tout liquide suspect de s'introduire dans la cavité péritonéale.

Dès que la valvule iléo-cœcale est à découvert, nous attirons les parties voisines du cœcum et de l'iléon, puis nous lions ce dernier au-dessus et au-dessous avec deux tubes de caoutchouc conduits, à l'aide d'une pince à mors piquants, à travers la portion mésentérique de l'iléon et du cœcum à 8 centimètres de la valvule. Pendant que les anses de ces tubes serrent fortement l'intestin, leurs extrémités libres, au lieu d'être nouées, sont solidement fixées avec des pinces à mors mousses.

Ces liens ne servent pas seulement à faire l'hémostase préventive ; ils ont encore pour effet d'empêcher les matières fécales de circuler à travers la portion intermédiaire de l'intestin pendant toute la durée de l'opération.

Ces précautions prises, nous incisons la paroi intestinale au niveau et de chaque côté de la valvule sur une longueur totale de 8 centimètres. Nous pouvons dès lors, après en avoir lavé la surface interne avec une solution phéniquée de 1 p. 100, appré-

cier l'état de la valvule. Nous constatons qu'elle est transformée en tissu fibreux et qu'elle est hérissée de bourgeons charnus, saillants, qui en rétrécissent considérablement la lumière. Nous le réséquons en même temps que la muqueuse au ras de la musculeuse.

Ceci fait, nous saisissons avec deux pinces les deux extrémités de la plaie intestinale, de façon que l'iléale et la cœcale se touchent et s'adossent.

Par le fait de ce rapprochement, l'incision de l'intestin, de longitudinale qu'elle était, prend d'abord la forme d'un losange, dont deux côtés sont représentés par les lèvres de l'intestin grêle et les deux autres par celles du gros intestin, avant de devenir transversale.

A ce moment, nous suturons l'une à l'autre les lèvres opposées de la plaie intestinale, de façon à en obtenir l'occlusion parfaite.

La suture est faite à deux étages, au moyen d'anses très rapprochées.

Les anses profondes sont en catgut; elles comprennent la muqueuse et la portion voisine de la musculeuse. Les superficielles, en soie phéniquée, comprennent la séreuse et la partie externe de la musculeuse. Les anses sont nouées et coupées au ras. L'étage superficiel est serré de façon que les lèvres de l'intestin se renversent un peu en dedans en s'adossant à elles-mêmes.

La suture terminée, nous retirons les anses de caoutchouc; aussitôt après, nous voyons le sang reprendre son cours dans les vaisseaux et les matières fécales circuler du bout supérieur dans le bout inférieur de l'intestin avec une rapidité incroyable.

Si à ce moment le malade fait un effort de vomissement, il faut empêcher l'intestin de sortir au dehors. Il peut arriver, en effet, si plusieurs anses sortent pendant un effort, que, en les réduisant, deux à trois points de la suture cèdent et laissent échapper un jet de gaz et de matières fécales. En pareil cas, il faut se hâter de laver avec du sublimé au millième la partie souillée et fermer la petite perforation avec quelques anses de soie superficielles et profondes.

Lorsque l'intestin est réduit, il est bon de le saupoudrer d'iodoforme et de le fixer par un point de suture au péritoine pariétal.

La plaie abdominale est ensuite fermée comme à l'ordinaire et couverte d'un pansement iodoformé, sublimé, ouaté, compressif.

Chez les deux malades auxquels nous avons appliqué cette méthode, les suites de l'opération ont été des plus simples. Le premier jour, nous avons prescrit du bouillon, du lait, du cognac, et pendant la nuit des applications de glace sur le ventre. Le deuxième jour, le tympanisme et les douleurs diminuèrent au point que pendant la nuit qui suivit l'opération, le sommeil fut calme.

Les jours suivants, il n'y eut pas de fièvre. L'un de nos malades se trouva si soulagé le cinquième jour, qu'ignorant la gravité de l'opération qu'il avait subie, il profita de l'absence de son gardien pour se lever et se mettre à table. Cette imprudence n'eut fort heureusement aucune conséquence fâcheuse. Le neuvième jour, la plaie abdominale était réunie par première intention. Le douzième jour, le malade commit une nouvelle imprudence : il fit une promenade en voiture sans prévenir personne. Le vingtième jour, il retourna en Egypte complètement rétabli.

Chez nos deux opérés, il n'y a pas eu de récidive.

Les avantages de ce procédé sont les suivants :

1° Il convient aussi bien aux rétrécissements inflammatoires de l'intestin grêle qu'à ceux des côlons et de la valvule iléo-cœcale ;

2° Il n'offre aucun des inconvénients de l'anus contre nature ;

3° Il est d'une exécution facile, puisque le chirurgien opère sur une partie superficielle ;

4° Il exige un nombre d'anses de suture moindre que la résection, ce qui abrège la durée de l'opération et diminue les chances de perforation, de fistule stercorale, d'anus contre nature et de péritonite septique ;

5° Il ne laisse pas à sa suite, comme la résection, un rétrécissement circulaire ;

6° Enfin, point capital, il établit à la place même du rétrécissement une dilatation ampullaire assez vaste pour que les matières fécales y puissent circuler avec la plus grande facilité.

Chirurgie hépatique. — M. LE DENTU communique trois observations de malades atteints d'affections des voies biliaires.

La première, une femme de trente-quatre ans, est atteinte de coliques hépatiques depuis l'âge de huit ans. M. Le Dentu l'opéra par la méthode ordinaire. L'ouverture de la vésicule donna lieu à l'écoulement d'un liquide clair et son exploration permit de reconnaître un volumineux calcul enchatonné dans le canal cystique; l'extraction de ce calcul fut assez difficile; mais, dès qu'il fut enlevé, il s'écoula par la plaie une grande quantité de bile. Immédiatement après l'opération, les matières fécales, jusqu'alors décolorées, redevinrent colorées ; mais cet état ne dura pas, il y eut au bout de quelques jours une décoloration, due probablement au spasme du canal cholédoque. Ce spasme céda à une médication bromurée et la malade guérit.

La seconde malade présentait les signes d'une tumeur du foie, compliquée de coliques hépatiques. Le diagnostic était hésitant entre une lithiase et un cancer des voies biliaires. M. Le Dentu pratiqua la laparotomie. Il trouva une vésicule pleine de calculs et l'exploration manuelle du foie et de la vésicule ne lui révéla rien de particulier. Les calculs furent enlevés, mais, au bout de quelques jours, le malade mourut des suites de l'opération.

L'autopsie montra que le foie contenait des noyaux de cancer de la variété des sarcomes fasciculés.

Si le diagnostic de cancer avait pu être porté, M. Le Dentu n'aurait pas opéré cette malade.

Le troisième malade était atteint d'un ictère chronique; son état général était très mauvais ; on ne fit aucune opération et il mourut.

L'autopsie révéla un cancer de la tête du pancréas oblitérant le canal cholédoque. Dans les cas de ce genre, il n'y a rien à faire lorsque le malade est déjà cachectique ; mais, lorsque l'on voit les malades avant ce moment, on peut, à titre de palliatif, créer une fistule biliaire cutanée, ou une fistule entre la vésicule et la partie supérieure de l'intestin. C'est l'opération à laquelle on a donné le nom de cholécysto-entérostomie.

ÉLECTIONS

L'Académie procède au renouvellement partiel des commissions permanentes pour 1891.

Epidémies. — MM. Leblanc et Cadet de Gassicourt.

Eaux minérales. — MM. Proust et Robin.

Remèdes secrets. — MM. Planchon et Lereboullet.

Vaccine. — MM. Terrier et Dieulafoy.

Hygiène de l'enfance. — MM. Lagneau et Budin.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 décembre 1890. — Présidence de M. HORTELOUP.

RAPPORT

Trépanation primitive du crâne. — M. ROUTIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Claudot, médecin-major au Mans. Il s'agit d'un chasseur à cheval qui, le 13 mars 1890, reçoit un coup de pied de cheval dans la région temporale droite. Il tombe comme une masse sous le coup et, quand on le relève, pousse des cris. M. Claudot constate une plaie avec enfoncement du crâne. Après avoir soigneusement désinfecté cette plaie, débridé les parties molles, il enlève le fragment osseux enfoncé, qui mesurait 5 centimètres de long sur 2 de large. Comme ce fragment se trouvait au niveau de l'artère méningée moyenne, il assure l'hémostase avec un tampon iodoformé et

laisse la plaie ouverte. Celle-ci était cicatrisée, sans complications, trente-sept jours après l'accident.

M. le rapporteur rapproche ce fait de celui qu'il a communiqué lui-même à l'Académie (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 587).

COMMUNICATIONS

Prolapsus rectal; rectopexie. — M. GÉRARD MARCHANT communique une observation de prolapsus rectal qu'il a traité par la rectopexie postérieure, selon le procédé de M. Verneuil, avec certaines modifications qu'indiquait ce cas particulier. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, qui entra dans le service de M. Berger pour un prolapsus rectal de 6 centimètres, prolapsus intermittent, ne se produisant que par suite des efforts de défécation, facilement réductible. Quand il était réduit, l'anus était suffisamment dilaté; le périnée paraissait assez résistant. Le prolapsus était donc causé par un défaut de sustentation. Pour y remédier, on pouvait choisir entre trois moyens : la résection, la fixation ou une anaplastie ayant pour but de refaire un périnée. La résection n'était pas indiquée, puisque le rectum n'était pas altéré, rentrait facilement et n'était le siège d'aucun rétrécissement, ni d'aucun néoplasme. Il y avait donc tout avantage à le conserver. Il n'y avait pas à songer à faire une opération sur le périnée, puisque celui-ci était suffisamment résistant. Restaient donc la rectopexie postérieure ou la colopexie simple, seules opérations indiquées dans ce cas. M. Marchant se décida à pratiquer la rectopexie postérieure, selon le procédé de M. Verneuil (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1168). Il y apporta seulement la modification suivante : Comme il y avait une saillie considérable du rectum en arrière, il diminua la hauteur de ce rectum par une série de plicatures transversales, qu'il fixa par des points de suture au catgut sans comprendre la muqueuse; il fit ainsi trois étages de suture de chaque côté de la ligne médiane. Lorsque M. Marchant eut ainsi diminué la hauteur du rectum, il adossa et fixa la face postérieure de celui-ci à la face antérieure du coccyx, préalablement avivée par une sorte de grattage. Il sutura ensuite le rectum à la peau avec des crins de Florence. Les autres temps de l'opération furent pratiqués, d'ailleurs, comme dans le procédé de M. Verneuil. Les suites de l'opération furent simples, sauf un peu de suppuration à la partie inférieure. La guérison s'est effectuée et maintenue, jusqu'ici, dans les meilleures conditions. Toutefois, il n'y a pas encore assez longtemps (cinq mois) que l'opération est pratiquée pour qu'on soit certain d'être à l'abri de toute récidive.

M. BERGER a été témoin de l'opération pratiquée par M. Gérard Marchant; il a suivi ce malade, qui ne présente plus traces de prolapsus et qui retient parfaitement ses matières. M. Berger ne s'associe pas aux réserves formulées par M. Marchant et considère actuellement cette guérison comme définitive. La récidive serait plus à craindre après une résection, alors qu'il reste une partie du rectum qui peut encore s'invaginer et prolaber. Mais il n'en est pas de même après une fixation, telle que celle qu'a pratiquée M. Marchant. M. Berger croit donc que l'on peut considérer le résultat obtenu comme définitif et il serait tout disposé, le cas échéant, à recourir à ce procédé.

Chirurgie hépatique. — M. TERRILLON est intervenu six fois pour des affections de la vésicule biliaire; il a fait deux incisions exploratrices pour reconnaître les affections du foie; enfin il a fait une ablation partielle du foie.

Les six opérations pratiquées sur la vésicule biliaire sont les suivantes :

Première observation. — Jeune fille de vingt-trois ans, atteinte de tumeur de la vésicule biliaire; laparotomie : extraction d'un calcul libre et d'un calcul contenu dans le canal cystique; établissement d'une fistule biliaire qui persiste deux mois et demi, guérison définitive qui se maintient depuis cinq ans. Cette observation a été l'objet d'un rapport de M. Polaillon à l'Académie de médecine.

Deuxième observation. — Jeune femme de vingt-huit ans, atteinte de péritonite localisée dans la région hépatique et présentant une tumeur fluctuante, tendue, au-dessus de l'ombilic. Ponction exploratrice donnant 700 grammes de liquide peu coloré par la bile. Laparotomie : M. Terrillon trouve la vésicule biliaire adhérente, incise sa paroi et la trouve farcie de sels calcaires jaunâtres dont il gratte la plus grande partie ; il établit une fistule biliaire; les suites opératoires sont parfaites ; le reste de ces sels calcaires s'élimine par suppuration. Guérison en six mois.

Troisième observation. — Femme de cinquante-deux ans, souffrant depuis l'âge de trente ans de coliques hépatiques et portant une tumeur au niveau de la vésicule biliaire; cette malade est dans un état anémique grave, a des poussées d'ictère et des vomissements continuels. M. Terrillon fait la laparotomie, tombe sur une paroi de la vésicule absolument calcaire, pénètre dans la vésicule et y trouve deux cents petits calculs agglomérés les uns aux autres, en enlève la plus grande partie, suture la vésicule à la peau et fait un drainage. La guérison fut lente; la malade a encore une fistulette et elle est opérée depuis sept mois; mais tous les accidents dont elle était atteinte ont cessé et elle a engraissé de 12 livres.

Quatrième observation. — Il s'agit d'une femme qui présentait une tumeur considérable paraissant appendue à la partie inférieure du foie. Une ponction donne 100 grammes d'un liquide légèrement coloré. Laparotomie : on trouve une vésicule biliaire épaisse, adhérente, trois litres de liquide jaune mélangé de mucus, un canal cystique dilaté, mais aucun obstacle appréciable jusqu'à une hauteur de 25 centimètres; lavage et suture de la vésicule à la paroi. Guérison rapide, la fistule s'était fermée après six semaines.

Cinquième observation. — Une religieuse de quarante-deux ans se présente avec de l'ictère, des troubles dyspeptiques, une alimentation défectueuse et porte une tumeur au niveau de la vésicule biliaire; laparotomie : issue de bile pure; on ne trouve rien dans le canal cystique. L'examen de la face inférieure du foie ne révèle aucun obstacle. Établissement d'une fistule par laquelle la bile s'écoule pendant trente jours; mort par épuisement. Il s'agissait probablement d'un obstacle du côté du canal cholédoque. L'opération n'a procuré ici qu'un soulagement momentané.

Sixième observation. — Jeune femme de vingt-cinq ans, présentant tous les symptômes cliniques d'une oblitération de la vésicule biliaire. Laparotomie d'emblée : M. Terrillon trouve une vésicule biliaire libre et lisse ; il ponctionne, retire 200 grammes de liquide coloré et trouve du côté du col de la vésicule un petit calcul. La vésicule étant libre, son col ayant 2 centimètres de longueur, il fait une ligature simple et pratique la cholécystectomie. Il touche le pédicule au thermocautère, réduit et ferme la plaie. Guérison rapide et complète, datant déjà de treize mois.

En résumé, 5 cas de cholécystotomie simple, 4 succès, 1 insuccès. Une cholécystectomie, 1 succès.

Restent deux incisions exploratrices. La première a été pratiquée en 1887, par M. Terrillon, sur un jeune homme de vingt-six ans qui, dans un duel, avait reçu un coup d'épée du côté droit, au niveau du foie. D'après les traces que portait l'épée, on pouvait admettre qu'elle avait pénétré à 6 centimètres. Le jeune homme avait une chemise de flanelle. Il s'écoula seulement quelques gouttes de sang; on pansa la plaie, et comme le blessé ne ressentait aucune douleur, il alla déjeuner avec ses camarades. Jusqu'au vingt et unième jour, aucun accident. Le vingt et unième jour, apparaît un violent frisson. Trois frissons se succèdent dans l'espace de trois jours. Le jeune homme présentait des signes non douteux d'infection. Rien du côté de la plaie. On examina la chemise de flanelle que portait le blessé et on put se rendre compte que la pointe de l'épée avait entraîné un morceau de flanelle.

M. Terrillon, sur la sollicitation de M. Descout, médecin du malade, se décide à pratiquer une laparotomie exploratrice. Il fait une incision de 12 centimètres, sur le rebord des fausses côtes,

à deux travers de doigt au-dessous du niveau de la plaie; il ouvre le péritoine et peut se rendre compte que, si la plaie cutanée est visible, la plaie hépatique ne l'est pas. Il plonge plusieurs fois une aiguille exploratrice dans le foie et ne trouve rien. Le malade ressent du soulagement et reste quelques jours sans frissons. Trois jours après, nouveau frisson bientôt, suivi de mort, trente-cinq jours après la blessure, quatorze jours après le premier frisson. A l'autopsie, on trouva un abcès gros comme le pouce dans l'épaisseur du foie. Les aiguilles exploratrices avaient passé à côté.

La seconde incision exploratrice a été pratiquée par M. Terrillon, en 1888, sur un malade de cinquante ans, qui présentait une tuméfaction considérable du foie. Une première ponction exploratrice avait donné 20 grammes seulement de liquide mélangé de sang et de bile; laparotomie : à peine le péritoine était-il ouvert, qu'on trouve une masse rouge et noire d'une épaisseur de 2 centimètres et demie. La ponction de cette masse donne 300 grammes de liquide bilieux et sanguinolent. L'exploration complète du foie ne révèle aucun obstacle, ni aucune tumeur; on constate seulement une ectasie des canaux biliaires. M. Terrillon referme la plaie. Le malade est très soulagé, mais vers le douzième jour, la tumeur se gonfle de nouveau. On fait une nouvelle ponction, qui donne 250 grammes de liquide. Le malade succombe. A l'autopsie, on trouva un cancer des canaux biliaires au niveau du hile.

La dernière observation relative à la chirurgie du foie (ablation d'un morceau de foie) a été communiquée à l'Académie de médecine par M. Terrillon et doit être l'objet d'un rapport de M. Duplay.

PRÉSENTATIONS

Hernie du poumon. — M. **TUFFIER** présente un malade chez lequel il a fait une cure radicale d'une hernie du poumon. (Rapp. M. Nélaton.)

Salpingite. — M. **REYNIER** présente deux trompes qu'il a enlevées le matin même. Ces trompes offrent tous les caractères d'une phlegmasie chronique. Bien qu'il y eût une saillie fluctuante du côté du vagin, M. Reynier préféra les enlever par la laparotomie plutôt que par la voie vaginale. A moins d'enlever, par cette voie, l'utérus et ses annexes, ainsi que le fait M. Péan, la laparotomie seule permettait de faire l'ablation complète de ces trompes.

La séance est levée.

THÈSES DE PARIS

Étiologie des luxations congénitales de la hanche
par M. A. Pfender.

Cette thèse n'apportera pas un grand jour dans la question si obscure de l'étiologie des luxations congénitales. Elle reconnaît deux grandes classes étiologiques à ces luxations : les luxations paralytiques, seules admises par M. Verneuil, et les luxations congénitales proprement dites. L'obscurité qui plane sur la pathogénie de ces dernières n'est guère éclairée par la thèse nouvelle. Toutefois, un point nouveau paraît avoir été dégagé par M. Pfender, c'est l'association fréquente de la luxation congénitale et de la tuberculose. Aussi, l'auteur se demande-t-il si les deux affections ne présentent pas une parenté dont les lois sont encore inconnues.

En tout cas, dit M. Pfender en terminant, si cette notion, encore peu fondée, n'apporte pas à la pathogénie de l'affection une grande lumière, elle peut, néanmoins, nous garder contre l'apparence de santé que présentent beaucoup de malades, et nous engager à ne pas oublier, quel que soit le procédé de traitement local, de s'adresser énergiquement à l'état général, si séduisant qu'il paraisse.

Des diverses formes de l'ostéomyélite aiguë, par Mirovitch.

C'est là une excellente et très bonne thèse, très travaillée et bien au courant de la question. Elle donne la note exacte de ce qu'il faut entendre aujourd'hui par ostéomyélite. L'auteur y fait voir que l'ostéomyélite n'est pas une entité morbide, comme on le pensait autrefois, et qu'il faut distinguer, ostéomyélite et ostéomyélite. Le fait n'a rien qui puisse surprendre puisqu'il est démontré que l'ostéomyélite est le résultat d'une infection localisée sur le système osseux. Autant il y aura d'agents d'infection, autant il faudra distinguer de variétés d'ostéomyélite. Malheureusement ce diagnostic n'est encore possible qu'au point de vue bactériologique et l'histoire clinique des différentes variétés d'ostéomyélite est encore à faire. Quelques points seulement sont à peine éclairés, mais quand le diagnostic a été posé, à l'aide du microscope, il s'en dégage certaines notions thérapeutiques utiles à connaître.

« Ces différentes formes d'ostéomyélite étant données, le traitement chirurgical doit différer pour chacune d'elles.

Pour la forme à staphylocoques (quatre variétés), l'intervention doit être hâtive, une incision large et la trépanation de l'os s'imposent de bonne heure.

La forme à streptocoques demande à peu près l'emploi des mêmes moyens, pour ne pas dire tout à fait l'emploi des mêmes moyens.

La forme à pneumocoques ne donnant pas de séquestre ni d'abcès sous-périostique, et ayant la tendance à réparation prompte malgré les désordres provoqués par son évolution rapide, se prête moins à une intervention précipitée : une incision doit être faite pour donner issue au pus en se gardant toutefois de toucher aux os le moins possible.

Quant à la forme typhique, caractérisée par l'absence d'exsudat (dans la plupart des cas), par l'absence de séquestre, etc., l'intervention doit être très légère : une incision de peu d'étendue suffit dans la majorité des cas. »

Dans cette intéressante question, il reste encore beaucoup à faire, avant de clore le chapitre. Mais les jalons qui sont actuellement posés indiquent la véritable voie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 décembre 1890, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Beaumanoir, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — M. le médecin principal de la marine Guyot. — MM. les médecins de première classe de la marine Negadelle, Tardif, Prat, Bertrand, Brou-Duclaud, Jabin-Dudognon. — M. Guillabert, médecin civil à Nice.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Gangolphe, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Berne.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Laporte est institué chef de clinique médicale.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le docteur Fournier est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Clermont.* — Un congé est accordé à M. Glangeaud, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le docteur Devaux est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— M. le docteur Regnault, major de l'Hôtel-Dieu de Marseille, est chargé d'une mission aux Indes anglaises, en vue d'y effectuer des recherches d'anthropologie et d'ethnographie.

— M. le docteur A. Trumet (de Fontarce) est chargé d'une mission en Tunisie, en vue de recherches anthropologiques.

— M. le docteur Barety est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Nice.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1891, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par M. le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical*, par M. le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par M. le docteur de Valcourt. — Plus, un calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes ; la liste des docteurs médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires de la Seine ; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins des eaux minérales, les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France ; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales ; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 610 pages, dont 190 de calendrier et 420 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en six cahiers (trimestres à 2 jours par page) et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr. — Le même à 1 jour par page, 3 fr. 50.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; — n° 2, l'agenda divisé en six cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr. ; — n° 4, en maroquin, 7 fr. ; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

16

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33

Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer; — de chaux; Chlorure de sodium; Matières organiques .... } 0.44

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : De 1 a 4 cuillerées a soupe dans un peu d'eau.

Phie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

24

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, rue Victor-Hugo, 14, LYON.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

7

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

62

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres,* etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. *Laroche*

42

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

L'ERGOTINE BONJEAN, soit en solution pour injections hypodermiques, soit en potion, est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs **hémostatiques.**

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour **faciliter travail de l'accouchement,** arrêter les **hémorrhagies** de toute nature (**crachements, pertes de sang,** etc.), contre les **dysenteries** et **diarrhées chroniques,** et enfin pour combattre la **phthisie pulmonaire** et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

99

PERLES DE GAÏACOL

DU Dr CLERTAN

Il peut être avantageux, dans certains cas, de remplacer la créosote par le *Gaïacol,* qui la constitue dans la proportion de 60 à 90 p. 100. On a ainsi un agent défini et, de plus, doué d'une odeur aromatique agréable. Les résultats obtenus sont les mêmes que ceux que donne la créosote. Le *Gaïacol* convient particulièrement aux phthisies lentes qui exigent un traitement de longue durée.

Chaque perle de gaïacol du Dr Clertan contient cinq centigr. de gaïacol, en solution dans l'huile de faîne.

Dose : 3 à 4 par jour. *Prix :* **2 fr. 50** *le flacon.*

Maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses,* des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

23

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

Exiger la source du **Pavillon.**

41

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

29

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée,* diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

13

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds,* on prescrit dans les hôpitaux, a Paris et a Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café **d'ELIXIR de BOLDO-VERNE.**—Dépt. VERNE, phien, Grenoble (France), et ds les princip. phies de France et de l'Étranger.

60

AVIS A MM. LES MÉDECINS

La maison **Pâtre,** à Orléans, fondée en 1840, s'occupe spécialement de la fourniture des médicaments à MM. les Médecins faisant la pharmacie. Elle les livre en qualité irréprochable, aux prix des drogueries de Paris ; les divise au gré du client de manière à lui éviter toute manipulation, les étiquette suivant les indications données, sans autre indication d'origine que sa marque de fabrique (cachet de garantie) et les expédie franco. — Ses laboratoires d'analyse et de fabrication sont à la disposition de MM. les Médecins désirant faire faire des essais. — Prix très modérés. — *Prix courant détaillé sur demande.*

Maison **Pâtre,** à Orléans (Loiret).

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dépt Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. Gros : Dufilho, à St-Cloud.

225

N° 3. — MARDI 6 JANVIER 1891. 64e ANNÉE. MARDI 6 JANVIER 1891. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française



Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL ANDRAL. Deux cas de tremblement hystérique. — La maladie de Thomsen. — Note sur l'extraction des corps étrangers de l'oreille. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 5 janvier 1891.

L'idée d'une *École municipale de médecine* gagne de plus en plus de terrain, et nous ne serions pas étonnés de voir ce rêve, si longtemps caressé par quelques collègues des hôpitaux, passer dans le domaine de la réalité. Jusqu'ici on se murmurait tout bas à l'oreille, que si les hôpitaux prenaient à leur compte, et pour eux, cet enseignement des élèves, si délaissé par la Faculté, ils rendraient, en ce faisant, un bien réel service. Le Conseil municipal, si puissant dans les choses de l'Assistance publique, était des plus favorables à cette idée, mais il se sentait arrêté par une résistance, un peu inexpliquée, du corps médical des hôpitaux. Peut-être y avait-il, parmi les promoteurs et les défenseurs de cette idée, certaines personnalités qu'on voyait d'un œil peu favorable à la tête d'un mouvement, qu'on approuvait en soi, mais à qui l'on eût souhaité d'autres directeurs? En si graves occurrences, les questions de personnes eussent dû être, cependant, de bien minime importance. Actuellement, le corps médical verrait avec plaisir s'organiser, dans les hôpitaux, un enseignement pratique dont Paris est aujourd'hui à peu près dépourvu.

Est-ce que le Conseil municipal a eu la notion bien nette de cet état d'esprit, et plus opportuniste qu'il ne croit être, a-t-il attendu le moment favorable? Nous l'ignorons. Toujours est-il qu'à la suite du rapport de M. Strauss, le Conseil municipal a invité l'administration de l'Assistance publique

A soumettre à l'avis du conseil de surveillance d'une part et des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, d'autre part, le projet de la réorganisation de l'enseignement pratique hospitalier.

Cette fois, le vœu est bien nettement formulé. Il est probable que le conseil de surveillance l'examinera avec toute l'attention qu'il mérite. Quant au corps médico-chirurgical, nous avons dit plus haut que les temps étaient changés et qu'il accueillerait peut-être avec faveur ce qu'il repoussait naguère.

Si cet enseignement rival se dresse bientôt à côté de l'enseignement officiel de la Faculté d'État, celle-ci doit n'en accuser qu'elle seule. Elle a fait jusqu'ici, et elle continue à faire tout ce qu'il faut pour décourager les moindres tentatives de perfectionnement. On peut d'ailleurs en juger.

L'enseignement est, depuis quelques années, divisé à la Faculté en deux parties distinctes : les cours des professeurs qui forment le fond de l'enseignement officiel, et les conférences et cours complémentaires faits par les agrégés. Ces derniers cours étaient destinés, d'après l'arrêté ministériel qui les a institués, à compléter ce que l'enseignement des professeurs pouvait avoir d'insuffisant. C'était beaucoup demander. On escomptait sans doute la bonne volonté et la valeur du corps des agrégés, et le ministre avait la conviction que ces jeunes professeurs trouveraient du côté de leurs aînés et de leurs maîtres un appui et un encouragement qui leur eussent été d'un précieux secours. C'était peu connaître la Faculté, composée d'hommes éminents, sans nul doute, mais profondément indifférents à ce qui touche la chose générale.

On ne peut dire que la Faculté soit hostile aux cours faits par les agrégés, non ; elle les ignore purement et simplement; elle ne les connaît pas, elle ne fait pour eux absolument rien.

Nous citerions tel agrégé, chargé d'un cours, qui n'a, à sa disposition, ni laboratoire, ni instruments, ni animaux indispensables à ses expériences. Et cependant ce sont là les matières premières de son enseignement spécial ! Bien plus, à ces cours, il n'y a pas même de garçon, et le professeur est obligé d'appeler à son aide la bonne volonté d'un de ses auditeurs, pour clouer au tableau, pendant la leçon, les planches qu'il fait dessiner à ses frais. Nous citerions tel autre agrégé qui, ayant besoin de cadavres pour démontrer à son cours les détails d'une opération, se vit refuser une seconde demande, sous prétexte que la première fois, ayant pratiqué l'opération, il avait ainsi détérioré le cadavre.

Voilà toute la bienveillance que la Faculté témoigne à ceux qui sont chargés temporairement d'enseigner chez elle.

Après cela, nous ne serons plus étonnés si les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, consultés par l'Assistance publique, se mettent d'accord avec le Conseil municipal, pour reconnaître comme nécessaire la création d'un enseignement pratique dans les hôpitaux.

HOPITAL ANDRAL. — M. Debove.

Deux cas de tremblement hystérique.

Par le docteur A. Rémond (de Metz).

Les tremblements sont une des manifestations les plus curieuses de l'hystérie; leur étude est toute récente, leur classification date d'hier. On sait qu'on peut s'attendre à tout avec la grande névrose protéiforme, si habile à simuler les diverses modalités symptomatiques des autres névroses ou des affections nerveuses à lésion matérielle appréciable; malgré cela, on est surpris de voir des tremblements hystériques prendre l'aspect de la chorée de Sydenham, de la sclérose en plaques, de la paralysie agitante.

Comme ce sont là des questions tout à fait à l'ordre du jour, comme la connaissance des tremblements hystériques présente une grande importance au point de vue du diagnostic et du pronostic, nous sommes heureux de pouvoir faire connaître la curieuse histoire de deux malades observés dans le service de notre excellent maître, M. le professeur Debove.

Le premier de ces malades était atteint, lors de son entrée à l'hôpital Andral, d'un tremblement tout à fait semblable à celui de la sclérose en plaques.

Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, sans antécédent, personnel ou héréditaire. Il a mené une vie assez agitée; toutefois, il n'a pas fait d'excès alcooliques. Il ne paraît pas avoir contracté la syphilis.

Le 14 juillet dernier, à la revue de Longchamps, il fut renversé par un cheval de dragon. Il eut très peur, et se releva tout effrayé encore du danger réel qu'il venait de courir. Les jours suivants, il ressentit une céphalalgie violente. La parole devenait hésitante, ses mains tremblaient. On lui ordonna de l'iodure; son état ne fit qu'empirer. Le tremblement des mains rendait son travail impossible. Il était raffineur; il laissait tomber les objets qu'il portait, les instruments qu'il maniait. Le tremblement des jambes était assez intense pour compromettre, à chaque instant, son équilibre. Il se décida donc à entrer à l'hôpital. Voici quel était son état, le 13 septembre, deux mois par conséquent après le début des accidents :

C'est un homme bien constitué, d'aspect robuste. La première chose qui frappe en l'examinant, c'est le trouble de la parole, qui est lente, saccadée, hésitante, et qui rappelle, à s'y méprendre, celle des individus atteints de sclérose en plaques.

A l'état de repos, les mains sont immobiles. Si on fait faire au malade la manœuvre classique, qui consiste à porter un verre à sa bouche, la main est agitée d'un tremblement léger au début, mais qui va en augmentant au fur et à mesure qu'elle s'approche de la bouche. Il se frappe violemment le visage; il lui est impossible de boire seul. C'est le tremblement de la sclérose en plaques.

Si on le fait marcher, tout le corps est agité par des tremblements intenses des jambes. Il lui est impossible de faire un pas sans appui; par moments, il est comme projeté par une série de secousses plus fortes les unes que les autres. Le tremblement des membres supérieurs disparaît au repos; les réflexes rotuliens sont un peu exagérés, le phénomène du pied ne se produit pas.

Il n'y a pas de nystagmus; les réflexes pupillaires sont normaux, les pupilles petites, égales.

En explorant la sensibilité, nous trouvons une anesthésie complète et qui occupe l'avant-bras des deux côtés, les mains à l'exception de la paume, et la totalité des membres inférieurs à partir du genou, sauf un point très limité, à la base du gros orteil du côté droit. Cette anesthésie plantaire l'empêche de marcher les yeux fermés; il a besoin de voir le sol pour se tenir à peu près en équilibre; d'ailleurs, sa démarche ressemble un peu à celle d'un ataxique.

Nous trouvons, en outre, de l'anesthésie du pharynx et, au-dessus de l'œil droit, assez loin vers le fond de l'orbite, un point extrêmement douloureux. La compression de ce point est insupportable; elle s'accompagne d'une sensation d'angoisse; le malade ressent constamment à ce niveau une douleur térébrante, qu'il compare à celle que produirait l'enfoncement d'un clou.

Il n'existe pas de rétrécissement du champ visuel, pas d'achromatopsie, pas de troubles génito-urinaires.

En présence d'un tremblement aussi caractérisé, de l'embarras de la parole, de la démarche particulière du malade, on devait penser tout d'abord à la sclérose en plaques.

Toutefois, on constatait bientôt un ensemble de manifestations qui n'appartiennent pas à cette maladie. L'anesthésie des membres et du pharynx, le point douloureux sous-orbitaire, le début brusque à la suite d'une vive frayeur, l'existence même de véritables stigmates, imposaient l'idée de l'hystérie. Ne s'agissait-il donc pas d'un tremblement hystérique à forme de sclérose en plaques? Que manquait-il pour conclure en ce sens? — La guérison rapide. Cette démonstration ne fit pas défaut.

M. Debove prescrivit, avec les précautions les plus minutieuses, 1 gramme de bromure de sodium par jour. Ce traitement anodin fit rapidement merveille. On eut soin d'entretenir le malade de la grande puissance du médicament, de manière à agir sur son imagination. On peut dire qu'en matière d'hystérie, la façon de donner vaut mieux que ce que l'on donne.

Actuellement, le malade est entièrement guéri. La sensibilité a reparu dans les segments des membres qui étaient anesthésiés et le tremblement n'existe plus; la parole est normale. Le malade se tient facilement debout sur une seule jambe, marche les yeux fermés, ne sent plus de « clou » sus-orbitaire. La compression, dans ce point, n'est pas douloureuse. Le 12 octobre, il réclame sa sortie.

Nous n'avons pas obtenu le même succès avec l'homme qui fait l'objet de notre deuxième observation. Il s'agit ici d'un tremblement complexe qu'il est impossible de faire rentrer dans un schème connu, mais qui n'en présente pas moins des caractères très intéressants.

Il y a un an, ce malade éprouva une très grande frayeur. Il est couvreur : un jour qu'il travaillait sur un toit, il est tombé. Une cheminée l'a arrêté au passage, mais il s'était cru perdu et, quand on l'a relevé, il était hémiplégique et aphasique. Transporté à l'hôpital Tenon, il en est sorti guéri au bout de cinq mois et demi.

Il y a quinze jours, il apprit, en rentrant chez lui, que sa femme l'avait quitté pour suivre un amant. Il tomba par terre sans connaissance et, quand il se releva, il s'aperçut qu'il tremblait. Ce tremblement n'a pas cessé d'augmenter depuis ce moment.

Il est actuellement si prononcé, si intense, que le malade ne pourrait se livrer à aucune occupation manuelle. Il ne peut manger seul qu'avec la plus grande difficulté.

C'est un homme de trente-huit ans, petit, mais cependant assez vigoureux. La parole est traînante. Le malade allonge certaines syllabes; il en prononce de travers un certain nombre d'autres, disant, par exemple, *sitx* (pour six), *tiatre* (pour quatre).

Lorsqu'il est étendu, au repos, le bras droit est agité d'un tremblement qui consiste en mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la main sur l'avant-bras, et de l'avant-bras sur le bras. Ce tremblement, à oscillations rapides, rappelle de très près celui de la paralysie agitante; il est continu à l'état de repos et disparaît pendant le sommeil.

De temps en temps il se produit, sans provocation apparente, une secousse brusque du tronc, qui est fléchi en arrière. En même temps, la commissure labiale gauche est attirée en bas. Ces secousses se produisent même lorsque le malade dort; elles le réveillent fréquemment; les intervalles qui les séparent ne dépassent pas trois ou quatre minutes.

Si maintenant nous provoquons un mouvement intentionnel,

le tremblement dont nous venons de parler disparaît dans la main droite, mais il est remplacé, dans la main dont le malade se sert, par un tremblement à oscillations croissantes, absolument analogue à celui de la sclérose en plaques. Au repos, les jambes sont immobiles; la langue ne tremble pas; il n'y a pas de nystagmus.

La sensibilité est abolie sur toute la surface du tronc, à l'exception de deux zones peu étendues, correspondant, la première à la région ovarienne gauche, la seconde à la fesse droite; ces zones ne sont pas hystérogènes.

Le malade se plaint d'un affaiblissement considérable de la vue des deux côtés, d'une diminution de l'ouïe à gauche; il semble y avoir rétrécissement du champ visuel.

Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés; on provoque facilement le phénomène du pied.

Lorsque l'on veut faire marcher le malade, on voit qu'il lui est impossible de se tenir debout sans aide. Le corps est agité de secousses continuelles, dues au tremblement épileptoïde des membres inférieurs. Le tronc est brusquement attiré en arrière par les mouvements de flexion dont nous parlions tout à l'heure.

Ces différents phénomènes se maintinrent pendant les quelques jours qu'il resta en observation. Le 1er octobre, il quitta brusquement l'hôpital.

Dès le premier jour, les troubles sensitivo-sensoriels, le mode de début des accidents, la complexité des phénomènes nous ont permis de poser le diagnostic de tremblement hystérique.

Ces faits ne sont pas, d'ailleurs, absolument rares. Les hystériques peuvent être atteints de tremblements à forme variable, simulant plus ou moins complètement une maladie spéciale. Les tremblements peuvent même être pour un temps les seuls phénomènes par lesquels se traduit la névrose. Il est, dès lors, nécessaire d'étudier tout spécialement leur étiologie et leur évolution pour en établir le diagnostic.

C'est tantôt la sclérose en plaques, tantôt la paralysie agitante qui sont ainsi simulées.

Notre maître M. le professeur Debove (1) a récemment publié, à la Société médicale des hôpitaux, un cas de chorée de Sydenham de nature hystérique, qui fut guéri par la compression des ovaires.

C'était le premier cas de ce genre. Mais les autres formes du tremblement hystérique sont déjà connues, et M. le professeur Charcot (2) a proposé de les grouper dans la classification suivante :

TREMBLEMENT HYSTÉRIQUE.	A. Tremblement non exagéré par les mouvements volontaires.	1° Tremblement oscillatoire à oscills lentes.	Imite la paralysie agitante ou le tremblement sénile.
		2° Tremblement vibratoire à oscillations rapides.	Imite la maladie de Basedow, le tremblement alcoolique, celui de la paralysie générale.
	B. Tremblement existant ou non au repos, provoqué ou exagéré par les mouvements intentionnels, qui ne l'accélèrent pas, mais augmentent l'amplitude des vibrations.	Tremblt intentionnel (type Rendu) intermédiaire, comme nombre de vibrations, entre le n° 1 et le n° 2.	Imite le tremblement de la sclérose en plaques. Imite, encore plus parfaitement peut-être, le tremblement mercuriel (qui d'ailleurs, d'après M. Letulle, serait fort souvent un tremblement hystérique).

(1) Debove. Société médicale des hôpitaux, octobre 1890.

(2) Charcot. *Progrès médical*, 6 septembre 1890.

On voit que nos malades rentrent tous deux dans le deuxième groupe.

Il nous a semblé inutile, étant donné l'état déjà avancé de la question, de reprendre les différentes observations publiées. Toutes rentrent plus ou moins exactement dans le cadre établi par M. Charcot, elles présentent toutes des particularités caractéristiques qui ne permettent pas de nier la nature hystérique du tremblement décrit.

L'étiologie est tout particulièrement intéressante. C'est tantôt une maladie infectieuse (Westphal, Fritz, Clément Bailly, Pitres), tantôt une colère violente (Rigal), tantôt une frayeur vive (Chambard, Greidenberg, Charcot), tantôt, enfin, d'autres accidents hystériques (Rendu, Homolle, Ormerod) qui ont ouvert la scène. L'hystérie a donc été soit créée de toutes pièces, soit simplement ramenée au premier plan, mais c'est toujours l'hystérie.

Le début brusque, surtout sous l'influence d'une vive émotion, la coexistence de manifestations hystériques, stigmates, anesthésie cutanée hémiplégique ou segmentaire des membres, anesthésie pharyngée, points hystérogènes, rétrécissement concentrique du champ visuel, surdité unilatérale, ce sont là autant de points de repère qui permettent de reconnaître la névrose. La complexité des tremblements doit faire également penser à l'hystérie, elle doit en faire rechercher les phénomènes caractéristiques. Mais il est possible que le tremblement ait tout à fait les allures du tremblement spécifique d'autres maladies, qui sont également des névroses ou qui dépendent de lésions anatomiques.

Cela peut être la chorée de Sydenham, par exemple, ou la sclérose en plaques.

Il n'est pas impossible, sans doute, que des lésions anatomiques surviennent chez des hystériques; mais, et c'est là un point capital sur lequel il convient d'insister, il est dès maintenant acquis aux débats que l'hystérie seule, par elle-même, peut reproduire de tous points la plupart des traits du tableau symptomatique de maladies, telles que la sclérose en plaques; que tout alors est hystérique dans les manifestations observées, le tremblement aussi bien que l'anesthésie ou le rétrécissement concentrique du champ visuel, et que tout cela peut disparaître rapidement et complètement avec fort peu de bromure et beaucoup de suggestion.

C'est toujours de l'hystérie qu'il s'agit, de la névrose protéiforme. Elle prouve une fois de plus sa tendance à prendre le masque et l'habit des autres maladies. C'est elle la grande simulatrice.

Cependant, sous toutes ces transformations, on peut toujours la dépister. Avec des aspects différents, c'est toujours le même élément, la même unité morbide. Elle peut, à la rigueur, se superposer à d'autres états pathologiques, elle ne se combine pas à eux; il n'y a pas d'hybrides.

Cette doctrine, si nette et si satisfaisante, si bien d'accord avec les faits observés, n'est pas acceptée par certains auteurs. C'est ainsi que les Allemands font de l'hystérie traumatique une entité névropathique distincte. D'autres médecins, en présence d'un complexus morbide qui rappelle des maladies à lésion connue de la moelle et du cerveau, et de phénomènes d'ordre hystérique, pensent que la maladie à lésion peut, dans certains cas, simuler l'hystérie (1). Pourquoi ne pas vouloir reconnaître l'hystérie lorsqu'on en constate les stigmates ? L'hystérie simule bien

(1) Buzzard. *The Brain*, t. I, 1890.

les autres maladies, elle-même on ne la simule pas. Elle ne prête son masque à personne.

Quoi qu'il en soit de ce point de doctrine, il convient de faire ressortir en terminant combien est importante, en nosologie et en pratique, la connaissance des tremblements hystériques et de leurs divers aspects. Un malade se présente avec les principaux symptômes de la sclérose en plaques, une de ces cérébro-myélopathies si décourageantes pour le médecin ; on serait tenté de formuler le pronostic le plus sombre : il peut suffire d'un peu d'eau claire et de persuasion pour faire disparaître tout cela. Malheureusement la suggestion ne réussit pas toujours.

LA MALADIE DE THOMSEN

La maladie de Thomsen est une affection singulière qui consiste surtout, en clinique, dans une sorte de raideur spasmodique des muscles, au début des mouvements volontaires. Il en résulte une grande gêne dans l'exécution de ces mouvements.

Cette anomalie de la contraction des muscles striés a été décrite, pour la première fois, par Thomsen, en 1876. Thomsen, ainsi qu'un certain nombre de personnes de sa famille, en était atteint. Ce qui l'a décidé à décrire la maladie nouvelle, ce sont les ennuis de son fils pendant la durée de son service militaire. En effet, la contraction exagérée, involontaire, qui se produit au début des mouvements, donne aux individus atteints de cette affection une grande maladresse pour exécuter les divers temps des exercices militaires. Ils font le désespoir de leurs instructeurs. On les menace, on les punit, rien n'y fait. Les médecins, désorientés par ces phénomènes singuliers, croient à la simulation. Les punitions redoublent, mais la salle de police est loin d'amener la guérison. C'est ainsi que Thomsen s'est décidé à faire connaître la maladie dont ont été ou sont atteints un certain nombre de membres de sa famille.

On ne tarda pas à enregistrer des cas semblables. Erb, en particulier, a étudié cette myopathie d'une façon très complète dans des publications successives. En France, en 1883, MM. Ballet et Marie ont publié une observation sous le nom de spasmes musculaires au début des mouvements volontaires. Cette dénomination fait très bien comprendre de quoi il s'agit. Cependant, la synonymie de la maladie est tellement riche qu'on ne la désigne guère que sous le nom de maladie de Thomsen ; la dénomination de myotonie congénitale, due à Strumpell, est souvent aussi usitée en Allemagne. En dehors des leçons de M. Charcot, il faut signaler, en France, le remarquable article de M. Marie dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*.

Enfin, M. Déléage a eu l'occasion d'étudier trois malades atteints de cette rare et curieuse affection dans le service de M. Raymond ; il a pu, comme Erb, pratiquer l'examen histologique des muscles, et il a écrit, en guise de thèse inaugurale, un travail d'ensemble fort complet sur la maladie (1) en question.

Les individus atteints de la maladie de Thomsen éprouvent une raideur marquée qui dure quelques secondes, une minute et quelquefois plus lorsqu'ils veulent exécuter un mouvement. Les masses musculaires se contractent, se raidissent, et cette contraction ne diminue qu'au bout d'un certain temps. Le mouvement désiré ne peut donc pas être immédiatement exécuté, ou bien il l'est mal, avec une véritable maladresse. La chose est marquée surtout pour les membres inférieurs. Rien de frappant comme ce qui arrive en semblable condition à un malheureux conscrit. Au moment où retentit, par exemple, le commandement de marche, les membres inférieurs se raidissent. Il reste fixé au sol ou bien le mouvement ne s'exécute qu'avec une grande lenteur. Parfois le malheureux tombe. Même mésaventure, lorsqu'il s'agit du maniement des armes. La main se contracte sur le fusil ; elle ne le lâche pas au moment voulu. Le bras plié ne s'étend pas tout de suite, étendu, ne se plie qu'au bout de quelques instants.

Les cavaliers ne sont guère en meilleure situation que les fantassins. Ce n'est que par saccades qu'ils peuvent se mettre en selle. Il leur arrive de serrer violemment et involontairement leur monture entre les jambes. L'un d'eux a failli ainsi perdre la vie, son cheval s'étant emballé à fond de train en se sentant ainsi stimulé.

Au bout de quelques instants, la détente a lieu, les mouvements peuvent s'exécuter normalement. Un des malades de M. Raymond était grand amateur de danse. Avant d'entrer dans la salle, il s'entraînait dans un endroit retiré, laissait à la raideur initiale de ses muscles le temps de disparaître, puis alors, il dansait tout comme un autre.

Le spasme involontaire est souvent plus marqué aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Cependant, il peut se constater sur tous les muscles volontaires ; de là, un aspect particulier de la physionomie. Chacune des expressions reste, en quelque sorte, un instant figée sur la face du malade. De là aussi des hésitations dans la parole.

Cette raideur ne se montre qu'au début d'une série de mouvements ; mais elle se reproduit pour la marche si le malade accélère brusquement son allure ou s'il veut changer de direction. Son équilibre se trouve alors sérieusement menacé ; souvent il n'évite de tomber qu'en se cramponnant aux objets voisins, aux personnes à portée.

Tout cela est exagéré encore par l'émotion, par la crainte, par la présence de témoins. Raison nouvelle pour que la situation du jeune soldat soit encore plus mauvaise. La consigne viendra au premier commandement, il le craint, et cela ne manque pas.

Le froid, la fatigue sont encore des circonstances qui rendent le spasme plus facile et plus violent.

Les individus qui présentent ces accidents, sont le plus souvent — il y a quelques rares exceptions — très vigoureusement musclés, en apparence tout au moins. Ils ont des membres énormes, avec des reliefs musculaires considérables. Les muscles se dessinent fortement sous la peau. C'est la réalisation des statues antiques d'Hercule. Il est vrai de dire que ces apparences sont assez trompeuses, et que la force réelle de ces faux hercules est assez modeste : nous en verrons tout à l'heure la raison.

Un des malades de M. Raymond était lutteur forain : sa musculature, énorme, théâtrale on peut dire, le désignait pour cette profession. La raideur spasmodique qui survient au début des mouvements s'est accentuée chez lui sous l'influence des exercices d'entraînement auxquels il se soumettait.

Non seulement les muscles sont gros, bien dessinés, mais ils sont d'une dureté étonnante, au moment de la con-

(1) Fr. Déléage. *Étude clinique sur la maladie de Thomsen.* — Paris 1890, O. Doin.

traction. Ils forment des nœuds d'un relief appréciable.

Tout cela est bien caractéristique. Rien de facile comme de reconnaître la maladie de Thomsen, on pourrait dire tout aussi justement « des Thomsen ».

Le diagnostic serait, cependant, possible, sans renseignement préalable, par le seul examen électrique des muscles, ainsi qu'il ressort des recherches de Erb. C'est lui qui, en cas de doute, lève toutes les difficultés et affirme le diagnostic. Nous empruntons à Erb ses conclusions. « L'excitation mécanique, faradique et galvanique des muscles, est accrue. Avec le courant galvanique, on n'obtient que des courants de fermeture : contractions aussi fortes au pôle positif qu'au pôle négatif, contractions torpides, toniques, avec durée consécutive assez longue (excepté quand on emploie des intensités de courant minima ou des excitations faradiques isolées); dans beaucoup de muscles, des courants faradiques intenses développent des contractions ondulaires et régulières; les courants galvaniques fixes (stabiles) développent des ondulations qui se succèdent dans un rythme régulier. »

L'excitabilité mécanique des nerfs moteurs est diminuée, et celle des muscles est accrue.

A cet ensemble de phénomènes, Erb a donné le nom de *Réaction myotonique.*

Le diagnostic pourrait être fait encore après la mort par l'examen histologique : ce diagnostic posthume s'est, du reste, trouvé réalisé. Erb avait un jour besoin pour ses leçons de préparations de muscles striés : il en emprunte des fragments à un cadavre quelconque. Il trouve les fibres si volumineuses, si riches en noyaux qu'un myotonique seul pouvait en avoir de semblable. On interroge la famille; on recherche si, pendant la vie, il n'y avait pas des phénomènes de spasme, de raideur, au début des mouvements volontaires, et l'on établit, à n'en pas douter, le diagnostic rétrospectif de maladie de Thomsen. N'est-ce pas très curieux?

Les fibres musculaires, dans ces conditions, sont énormes; elles ont une épaisseur deux à quatre fois plus considérable que les fibres normales. Il y a par fibre de six à sept noyaux, tandis qu'à l'état normal on n'en trouve que un à trois. Il suffit donc d'un simple coup d'œil pour reconnaître des fibres semblables. Les noyaux sont entourés d'une mince zone incolore : ils ne sont donc pas directement en contact avec le protoplasma contractile. Enfin, au centre de la fibre musculaire, on a rencontré parfois des vacuoles assez étendues. Le tissu conjonctif interstitiel est peu modifié; un peu épaissi le plus souvent.

M. Déléage a trouvé ces vacuoles sur un grand nombre des fibres musculaires d'un de ses malades. Dans ces vacuoles, on voit de la substance musculaire peu colorée, ou une substance granuleuse non colorée.

Une des caractéristiques de ces fibres, ce serait l'hypertrophie du protoplasma non différencié, et cette hypertrophie amènerait comme conséquence la dégénérescence, l'atrophie de la substance contractile. Il y a exagération de l'enveloppe de protoplasma qui entoure les noyaux. La substance embryonnaire finit par l'emporter sur la substance contractile; il se forme des vacuoles. Les fibres musculaires finissent par s'atrophier; mais comme des fibres voisines ne tardent pas à s'hypertrophier à leur tour, le vide est comblé, la saillie du muscle reste la même.

Cependant, on a parfois constaté une atrophie musculaire cliniquement appréciable, soit sur certains faisceaux d'un muscle, soit sur des masses musculaires entières.

Le travail d'atrophie ne porte pas également sur toute l'étendue de la fibre; la gaine du sarcolemme ne s'affaisse pas. Le ciment protoplasmique intercellulaire est plus épais que dans les fibres normales.

En somme, tout ce travail semble consister en une persistance et une exagération de l'état embryonnaire des fibres musculaires. La faiblesse réelle des malades, faiblesse d'autant plus étonnante qu'ils ont des reliefs musculaires plus marqués, paraît être en proportion de la désintégration de la substance contractile.

Il s'agit, conclut M. Déléage, d'une myopathie familiale, parenchymateuse, que l'on peut opposer aux myopathies interstitielles.

A. M.

NOTE SUR L'EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DE L'OREILLE

Par le docteur Créquy,
Médecin en chef des chemins de fer de l'Est.

Les corps étrangers de l'oreille sont généralement d'une extraction facile, quelle que soit leur nature, lorsqu'on opère immédiatement après leur introduction. Quelques injections tièdes, dirigées méthodiquement, amènent le résultat désiré; mais lorsqu'il s'est passé un certain temps, les parois du conduit auditif se boursouflent et on éprouve fréquemment des difficultés, quelquefois insurmontables.

Il y a quelques jours, je me trouvais en présence d'un cas semblable. Mme X... en se grattant l'intérieur de l'oreille avec une épingle dont l'extrémité était formée d'une grosse perle de verre, s'aperçut bientôt que celle-ci était restée dans le conduit auditif. Ses essais pour la retirer ne firent que l'enfoncer plus profondément. Elle vint me trouver au bout de six heures; une douzaine d'injections à l'eau tiède pratiquées avec une forte seringue à hydrocèle n'amenèrent aucun résultat. En me servant du miroir réflecteur j'eus bientôt la conviction que les pinces, curettes, ou fils de fer recourbés en anse ne pourraient qu'enfoncer davantage la petite boule de verre et rendre son extraction plus difficile.

Cependant, le souvenir de la gravité des accidents observés quelquefois en cas semblable, m'empêcha d'abandonner la partie. Un ingénieur, dont M. le professeur Tillaux a conté l'histoire, s'était introduit dans l'oreille la petite boule d'acier de son porte-plume. Les douleurs provoquées par la présence de ce minime corps étranger furent si vives, si intolérables qu'il finit par se suicider.

Je résolus donc de faire une dernière tentative avec les injections d'eau tiède en modifiant le procédé ordinaire de la manière suivante : je me servis d'un spéculum bivalve que je dirigeai en m'aidant du miroir réflecteur, j'introduisis les valves jusqu'au corps étranger, je les écartai fortement sans me préoccuper de la douleur éprouvée par la malade, je fis diriger vigoureusement l'injection par un aide; la seringue était à peine à moitié vide que la boule de verre tombait, à ma grande satisfaction, dans la cuvette.

J'aurais pu, préalablement, badigeonner l'intérieur du conduit auditif avec une solution concentrée de cocaïne, et, en insensibilisant la muqueuse, rendre l'opération moins douloureuse et plus facile.

C'est là un petit moyen; mais, en pratique médicale, il ne faut pas dédaigner les petits moyens. Une manœuvre très simple peut parfois éviter une opération. Il ne faut évidem-

ment avoir recours aux méthodes sanglantes que quand on ne peut pas faire autrement.

Dans le cas de corps étranger séjournant dans l'oreille depuis un certain temps, il survient une inflammation qui gonfle et œdématie les parois du conduit : en les pressant fortement avec les valves du spéculum, on fait refouler les liquides derrière le corps étranger et la tuméfaction ainsi déplacée lui sert en quelque sorte de repoussoir.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des organes génitaux de la femme (1), par Carl Schrœder; traduit de la 7e édition allemande, par le docteur Lauwers.

L'analyse du livre de Schrœder n'est plus à faire. L'autorité légitime et la compétence reconnue de l'auteur rendent compte du grand succès qui accueillit la publication de son livre. La traduction française, due à un de nos confrères de la Belgique, a, elle-même, eu les honneurs de la réédition. C'est dire suffisamment que la publication de ce livre répondait à un véritable besoin. Contrairement à beaucoup d'ouvrages nés en Allemagne, ce traité est méthodique et sans longueurs. L'auteur y a délaissé les discussions nuageuses, trop chères à ses compatriotes, pour prendre une forme claire et concise. Le diagnostic, les indications thérapeutiques et la technique opératoire ont été l'objet de soins particuliers, et font preuve de la grande expérience personnelle de l'auteur.

L'ouvrage de Schrœder constitue d'ailleurs un des meilleurs livres où ont été s'instruire ceux qui, en France, pratiquent aujourd'hui la gynécologie avec succès.

Manuel d'asepsie. Applications à la chirurgie, à l'obstétrique et à la médecine (2), par le docteur Vinay.

Nos lecteurs connaissent déjà les propriétés désinfectantes et antiseptiques de la chaleur. Ce procédé de désinfection, rapide et sûr, est souvent préférable aux autres agents de l'antisepsie. Il a de plus l'avantage d'être simple, pratique, et à la portée de tout le monde. Dans son manuel, M. Vinay s'est donné pour but d'étudier l'action de la chaleur sur les germes et de faire connaître l'application technique des différents procédés employés.

La première partie de son livre est théorique ; c'est l'étude de l'action des hautes températures sur les différentes bactéries, de l'influence variable de l'état sec ou de l'état humide, de la chaleur sous forme d'air chaud, de vapeur surchauffée ou de vapeur sous pression.

La deuxième partie est consacrée à la technique de la désinfection par la chaleur. C'est la partie principale du livre. L'auteur y a exposé les progrès réalisés dans la construction des étuves ; il a présenté également le résumé de nos connaissances sur la pratique de l'asepsie en chirurgie générale, en oculistique et en accouchement; il a enfin signalé l'importance de la désinfection comme méthode prophylactique, pour les nombreuses maladies médicales qui sont contagieuses, pour la tuberculose principalement.

Avec juste raison, l'auteur a, par places, discuté la valeur antiseptique de certaines substances chimiques et en a réglé les indications. Ce complément était indispensable pour les circonstances nombreuses où l'emploi du calorique est iuterdit.

Le livre de M. Vinay est de ceux qu'on aime bien voir entre les mains des praticiens qui trouveront groupés, dans un petit volume, des travaux jusqu'ici épars dans des publications diverses.

(1) Gr. in-8°, 2e édition française. Prix : 18 francs. — Bruxelles, A. Manceaux.

(2) Petit in-8°. Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Nouveaux éléments de pathologie externe (1), par le professeur Bouchard (de Bordeaux).

L'ouvrage publié par M. Bouchard, avec la collaboration de plusieurs professeurs agrégés de la Faculté de Bordeaux, est, aujourd'hui, complètement terminé par l'apparition du deuxième fascicule du deuxième volume.

Les auteurs ont été fidèles à leur plan primitif. Ils ont écarté systématiquement tout renseignement bibliographique et se sont bornés à exposer clairement et simplement les connaissances chirurgicales actuelles. Ce livre, concis et clair, comptera parmi nos bons traités de chirurgie.

Des traitements des déviations de la taille (2), par le docteur J.-B. Reynier.

Ce livre est l'exposé des recherches personnelles de l'auteur sur l'anatomie, la physiologie pathologique et le traitement des déviations de la colonne vertébrale.

Dans ce manuel, sont condensés les progrès les plus récents de l'orthopédie rachidienne, mais le côté original réside surtout dans l'exposé des diverses méthodes de traitement imaginées par l'auteur.

M. le docteur Reynier s'est proposé de démontrer que l'on peut soigner les déviations de la taille sans aucun appareil, en s'efforçant, par la simplicité des procédés, de mettre ces nouveaux moyens à la portée de tous.

Les maladies de l'oreille et leur traitement (3), par le docteur A. Hartmann; traduit de l'allemand, par le docteur Potiquet.

Lorsque l'on veut, en France, un bon traité de maladies spéciales, on est encore obligé de demander à l'étranger de nous donner ce que nous ne possédons pas en France. Cela se comprend : partout, en Allemagne et en Autriche, les chaires sont spécialisées, et des professeurs émérites sont chargés de l'enseignement; pendant vingt et trente ans, ils se perfectionnent, ils se mûrissent par l'expérience et leurs œuvres jouissent d'une autorité qu'on ne saurait leur refuser. Tant qu'on n'aura pas compris en France que le règne de l'omniscience est désormais fini, il continuera à en être ainsi. Il faut donc remercier M. le docteur Potiquet du soin et de la peine qu'il a pris d'aller chercher en Allemagne et de nous traduire la quatrième édition du livre d'un des meilleurs auristes, dont la compétence est partout reconnue. Le livre d'Hartmann est un livre élémentaire, mais un bon et excellent livre qui n'a pu être fait que par un homme de science et d'expérience possédant à fond ce dont il parle.

Leçons de gynécologie opératoire (4), par Vulliet et Lutaud.

En 1887, les auteurs de ce livre firent, à Paris, un cours de gynécologie opératoire, où les élèves étaient exercés, sur le mannequin, à la pratique des opérations gynécologiques. Ils ont réuni en un volume les principales leçons qui forment l'ensemble de ce cours.

Aujourd'hui, c'est la deuxième édition qui est mise en vente. Plus complète que la première, elle comprend la description des méthodes opératoires, les plus récemment introduites dans la thérapeutique gynécologique. C'est ainsi que sont décrits les différents procédés d'hystéropexie abdominale ou vaginale, le procédé de Lawson-Tait pour la périnéorrhaphie. Le massage gyné-

(1) Gr. in-8°, t. II, fasc. II. Prix : 6 francs; l'ouvrage complet : 24 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

(2) Petit in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

(3) Gr. in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

(4) Gr. in-8°, 2e édit. Prix : 6 francs. — Paris, Maloine.

cologique, la cure des fibromes par les voies naturelles ont été longuement étudiés.

De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique (1), par le docteur Auvard.

Le petit livre de M. Auvard pourrait être intitulé : Des procédés antiseptiques et de leur technique. C'est un ouvrage essentiellement pratique, où l'auteur ne craint pas de descendre dans les détails, si insignifiants en apparence, et si importants en réalité. Il n'a rien négligé pour faire connaître à son lecteur les mille petits dessous de la pratique antiseptique.

La première moitié de son ouvrage est destinée à l'antisepsie en général : antisepsie du personnel médical, de la patiente, des instruments, des objets de pansement, des éponges, de l'eau, du mobilier, des locaux.

La deuxième partie de l'ouvrage traite de l'antisepsie, suivant les cas particuliers, pendant la puerpéralité et en dehors de l'état puerpéral.

A. R.

(1) Petit in-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

— MM. les docteurs Libert (Orne), Levrey (Haute-Saône), ont été élus sénateurs au scrutin d'hier dimanche.

— M. le professeur Laboulbène reprendra son cours le samedi 10 janvier, à quatre heures, avec l' « Histoire de la Tuberculose ».

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 4. — JEUDI 8 JANVIER 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 8 JANVIER 1891. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Necker. Enchondrome de la parotide. — Médecine pratique. Le traitement du zona. — Thèses de Paris. — Académie de Médecine. — Variétés. Des noms propres comme qualificatifs des maladies. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 7 janvier 1891.

M. le docteur Le Sourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux*, profondément touché de la véritable avalanche de cartes, de lettres et de télégrammes qu'il reçoit depuis la nouvelle de sa nomination de chevalier de la Légion d'honneur, prie ses excellents confrères de lui permettre de leur adresser, par la voie du journal, ses remerciements les plus cordiaux.

HOPITAL NECKER. — M. Le Dentu.

Enchondrome de la parotide.

Je viens d'examiner, devant vous, une femme de soixante et un ans, atteinte d'une tumeur volumineuse de la parotide. Les variétés de tumeurs de la parotide sont, vous le savez, extrêmement nombreuses. Les unes : sarcomes, fibro-sarcomes, carcinomes, sont de nature nettement maligne; les autres : adénomes, fibro-adénomes, enchondromes, sont de nature relativement bénigne. Ce sont heureusement les plus fréquentes. Toutefois, ces tumeurs bénignes peuvent elles-mêmes prendre une gravité réelle, soit par leur accroissement local, soit par des dégénérescences qui ne sont pas extrêmement rares. Chez notre malade, en particulier, je pense qu'il s'est agi primitivement d'un enchondrome pur. La lenteur extrême de l'évolution pendant plus d'un an, l'aspect et surtout la résistance spéciale, ferme, élastique, cartilagineuse que conserve encore toute une partie de la tumeur, permettent de porter directement ce diagnostic. Mais depuis deux mois s'est produit une véritable poussée d'accroissement; limitée, d'abord, à la partie moyenne de la région parotidienne, la tumeur s'est rapidement prolongée vers la joue. Actuellement, toute sa partie supérieure est devenue mollasse et presque fluctuante. Il y a donc là une dégénérescence partielle qui modifie notablement le pronostic. Les enchondromes de la parotide subissent, en effet, trois modes particuliers de dégénérescence : kystique, muqueuse, sarcomateuse. La rapidité du développement de la partie antérieure de la tumeur pendant ces deux derniers mois, l'absence de fluctuation nette me font craindre qu'ici ce ne soit la transformation sarcomateuse qui se soit produite. La tumeur n'en reste pas moins opérable; elle doit même être opérée. Si, dans les tumeurs nettement malignes avec généralisation, cachexie avancée, il est, dans cette région périlleuse, préférable de s'abstenir, je crois que, dans notre cas particulier, nous pouvons tenter l'ablation sans dangers excessifs et avec chances d'un succès durable.

Quels sont, dans une ablation de ce genre, les deux accidents sérieux que vous devez toujours prévoir et chercher dans la mesure du possible à éviter ? Ce sont, d'une part, l'ouverture de la carotide externe, d'autre part, la section du nerf facial. La blessure de la carotide externe n'est, si vous êtes suffisamment préparés, qu'un incident sans gravité spéciale. Il suffit de ne pas s'effrayer du volume du jet de sang, de saisir l'artère et de la lier. La section du nerf facial est plus fâcheuse, car elle entraîne une paralysie durable. On a bien conseillé de rapprocher, de suturer au besoin les deux extrémités du nerf sectionné. C'est un moyen très recommandable en théorie, mais le plus souvent impossible à mettre en pratique. Faites donc, à l'occasion, entrevoir, parmi les complications possibles de l'opération, la paralysie faciale.

Sans permettre d'affirmation absolue, la recherche de certains symptômes permet de pressentir les dangers plus ou moins grands de blessure du nerf et de l'artère. Chez notre malade, par exemple, il n'y a pas trace de prolongement pharyngien ; la tumeur, malgré son volume, garde une certaine mobilité ; le pouls de la temporale, du côté atteint, n'a subi aucune modification ; les muscles de la face ont gardé un fonctionnement parfait sans trace de parésie. On peut donc espérer que les rapports avec la carotide et le facial ne sont pas trop intimes, que nous pourrons éviter la blessure de ces deux organes.

Pour les ménager plus sûrement, voici quel doit être le plan opératoire. Vous savez que les enchondromes sont souvent complètement encapsulés. Nélaton avait bien montré qu'en incisant profondément, jusqu'au tissu cartilagineux, on pouvait, la capsule ouverte, énucléer ce tissu avec facilité et enlever des tumeurs extrêmement volumineuses de la parotide, non seulement sans blesser la carotide ni le facial, mais presque sans hémorrhagie. Je n'ose ici compter, en raison de l'accroissement de ces dernières semaines, trouver une capsule complète. Mais, en faisant un grand lambeau aux dépens de la partie supéro-externe des tégu-

ments, en le relevant de façon à attaquer le néoplasme par sa partie postérieure, celle qui s'est le moins accrue dans ces derniers temps, j'espère trouver un enkystement encore suffisant sur ce point pour pratiquer une énucléation, sinon totale, au moins permettant de dégager, sans danger, la plus grande partie de la tumeur.

Ce plan opératoire, indiqué dans ce cas particulier, serait, remarquez-le bien, détestable s'il s'agissait d'une tumeur franchement maligne. En pareil cas, si vous vous décidez à l'opération, il faut, pour avoir une chance de guérison, vous attacher avant tout à tailler en plein tissu sain et chercher, sans souci de la blessure de l'artère ou du nerf, à faire une très large ablation.

Tels sont les dangers immédiats. Les dangers éloignés de l'opération sont d'ordinaire assez faibles. La mortalité, après ces ablations, est minime. C'est ainsi que, sur une statistique de 168 cas d'ablations de tumeurs de la parotide on n'a noté que 5 morts dues, pour la plupart, à des accidents d'infection que l'antisepsie nous permet, aujourd'hui, d'éviter. Et pourtant, chez notre malade, en dehors de l'âge, de la fatigue manifeste, d'une certaine cachexie, il est un point qui me préoccupe et que je dois, comme règle de pronostic général, vous indiquer. Cette femme n'urine guère plus de 800 grammes par jour et sa quantité totale d'urée n'est que de 5gr 638. Je n'oserais formuler une loi absolue, mais je crois que la quantité d'urée est, pour la façon dont seront supportées les opérations un peu sérieuses, un indice toujours important. Vous vous rappelez que, dernièrement, hésitant à opérer un malade profondément cachectique atteint d'épithélioma du rectum, je me suis décidé parce qu'il avait, malgré ses apparences d'épuisement, encore 18 grammes d'urée par vingt-quatre heures. Ce malade a guéri à merveille et se levait moins de quinze jours après que je lui avais fait un anus artificiel dans la région sacrée. Chez notre malade d'aujourd'hui, je me trouve encouragé, jusqu'à un certain point, par ce fait que, si le chiffre d'urée est faible, le chiffre des chlorures — 8 grammes par vingt-quatre heures — se rapproche plus de la normale. Pourtant je fais, malgré tout, quelques réserves.

Voici donc, en résumé, une malade chez qui le diagnostic était d'emblée très simple. Et cependant, au point de vue des indications du procédé du pronostic opératoire, voyez combien il était important de faire un examen complet et minutieux.

—L'opération fut pratiquée d'après le plan opératoire proposé, l'énucléation fut possible pour la presque totalité de la tumeur. Le nerf facial fut respecté et aujourd'hui, huit jours après l'intervention, la malade peut être considérée comme guérie.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement du zona.

Le pronostic et l'évolution du zona sont extrêmement variables. S'il est des cas où l'affection guérit d'elle-même et à peu près sans traitement, il en est d'autres où les indications thérapeutiques deviennent singulièrement délicates à remplir. « Le sujet atteint de zona, surtout dans l'âge avancé, est un malade dans toute l'acception du mot, écrit Besnier (1). Le médecin n'aura pas trop de toute sa sagacité et de toute son autorité pour rester maître de la situation.

Le traitement, pour être complet, doit avoir trois objectifs principaux : l'éruption, la névralgie, l'état général. Cette dernière indication est assez souvent négligée; l'étude des complications du zona et, en particulier, la possibilité des tuberculoses consécutives, montrent toute son importance. »

I

a. Le traitement de l'éruption doit s'attacher avant tout à éviter la rupture et l'ulcération des vésicules d'herpès. Cette rupture augmente, en effet, beaucoup les douleurs; elle prolonge la durée de l'affection; les cicatrices sont après elle plus disgracieuses et plus marquées. Le premier soin sera donc d'éviter tous les topiques irritants, perchlorure de fer, nitrate d'argent, teinture d'iode, collodion, trop souvent employés contre le zona. L'application de ces topiques est extrêmement douloureuse; elle est suivie d'ulcérations suppurantes difficiles à guérir; leurs avantages thérapeutiques sont tout à fait nuls. Les applications humides (cataplasmes de fécule, compresses boriquées) qu'on est souvent tenté d'essayer, au début, pour combattre la sensation de cuisson, doivent être elles-mêmes rejetées. En ramollissant l'épiderme elles facilitent sa chute, et le corps papillaire mis à nu devient d'une excessive sensibilité.

Les applications pulvérulentes constituent un pansement bien préférable. La poudre d'amidon fixée en place par une légère onction avec de l'huile ou de la vaseline suffit dans la plupart des cas. Elle forme une couche protectrice qu'on rend plus efficace encore en la recouvrant d'ouate hydrophile et d'un bandage modérément serré qui met la région à l'abri du grattage. L'amidon peut être mélangé de poudre d'acide borique, de sous-nitrate de bismuth, d'oxyde de zinc, de camphre (un vingtième environ) et dans les formes très douloureuses de faibles doses d'opium pulvérisé ou de morphine. Quand la cuisson est très vive, on peut aussi, au lieu d'huile, employer, pour fixer l'amidon, des badigeonnages avec une solution de cocaïne au centième. La guérison se fait d'ordinaire très simplement sous cette couche protectrice; on se contente de changer chaque jour l'ouate en entraînant les couches d'amidon les plus superficielles. Les croûtes qui se forment bientôt à la surface des vésicules doivent être soigneusement respectées. Tout au plus, quand elles sont parfaitement sèches, leur chute peut-elle être accélérée par un bain.

Il est d'autres cas moins favorables où l'ulcération survient malgré toutes les précautions prises. Le pansement à l'amidon et à l'ouate doit alors être abandonné. L'ouate se colle et frotte sur les vésicules ulcérées déterminant un véritable malaise, surtout chez les sujets impressionnables. Besnier recommande alors particulièrement le liniment oléocalcaire opiacé, appliqué sur des linges fenestrés. Le cérat opiacé de préparation récente et parfaitement propre, le glycérolé d'amidon à la glycérine bien neutre peuvent être appliqués de la même façon. S'il est inutile d'avoir recours aux agents antiseptiques, tout au moins faudra-t-il

(1) Besnier. In *Maladies de la peau*, de Kaposi, traduction française, vol. I, p. 428.

rechercher l'asepsie des pommades et des linges de pansement et s'assurer de leur propreté rigoureuse.

Dans d'autres formes plus graves encore, mais heureusement rares, l'ulcération est précoce et s'accompagne rapidement de gangrènes souvent étendues. La douleur s'atténuant à mesure que le sphacèle progresse, on peut avoir recours au lavage avec la solution phéniquée, la solution de chloral à 1 p. 100, aux pansements avec la poudre de quinquina et d'iodoforme. La poudre de Championnière, composée de parties égales de benjoin pulvérisé, d'iodoforme, de carbonate de magnésie et de poudre de quinquina gris, arrosés, jusqu'à saturation, de teinture d'eucalyptus, constitue aussi un bon désinfectant. Cette forme, qui s'observe surtout chez les sujets âgés, les diabétiques, les alcooliques, s'accompagne d'une dépression profonde de l'état général. A côté des indications locales, l'administration de toniques, vin, café, alcool, quinquina, sera toujours indispensable pour combattre l'adynamie.

b. Par suite de son siège spécial, l'éruption du zona ophthalmique mérite une attention particulière. Dans près de la moitié des cas, elle s'accompagne, en effet, de complications vers l'iris et la cornée. Ces complications surviennent surtout à la période de maximum et de déclin de l'éruption. Elles n'apparaissent parfois que vers la troisième ou la quatrième semaine. La disparition de l'anesthésie cornéenne, qui accompagne toujours l'affection, indique seule la fin du danger. La surveillance devra être particulièrement attentive et prolongée quand l'affection s'est développée sur le territoire du nasal externe et occupe le côté du nez et l'aile du nez. Comment prévenir et comment combattre ces complications? Voici, d'après les notes que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Trousseau, les principales indications et les grandes lignes du traitement.

La vésicule de zona menace la cornée de deux façons différentes : 1° par son ulcération ; 2° par l'infection consécutive de la surface ulcérée, qui produit l'abcès cornéen et l'hypopion. Empêcher l'ulcération est chose impossible, mais l'antisepsie offre des ressources précieuses pour éviter l'infection. Le traitement préventif consistera donc, avant tout, à s'assurer qu'il n'y a pas de foyers septiques de voisinage, de larmoiement, de dacriocystite, d'ozène, de catarrhe conjonctival, et à bien désinfecter, s'il y a lieu, les voies lacrymales et le nez. Dans tous les cas, il sera bon de laver, matin et soir, l'œil avec une solution tiède de sublimé à 1/3000e. Cette solution, à condition de ne pas renfermer d'alcool, sera bien supportée.

Ces soins préliminaires n'empêchent pas la rupture de la vésicule, mais ils permettent souvent à l'ulcère produit d'évoluer sans suppuration. Le traitement consiste alors uniquement dans la continuation des lavages au sublimé, l'application de compresses chaudes, d'acide borique et dans l'instillation d'un collyre à l'ésérine (1), répétée trois fois par jour. Lorsqu'au contraire l'ulcère cornéen suppure, il faut ajouter à ces moyens des cautérisations faites directement sur l'ulcère au galvanocautère. Lorsque le pus a envahi la chambre antérieure (hypopion), la ponction de cette chambre sera faite avec le même instrument. L'anesthésie par la cocaïne facilite beaucoup ces opérations. Aux compresses boriquées chaudes on substituera un pansement antiseptique permanent avec une rondelle de lint au sublimé enduite de vaseline ésérinée. Le pronostic est, avec des soins minutieux, favorable pour la conservation de l'œil, mais il est rare d'éviter une taie de la cornée.

II

a. En dehors des cuissons, des démangeaisons qui accompagnent l'éruption et dont le traitement a été indiqué plus haut, la douleur dans le zona se présente souvent sous forme de névralgies. Ces névralgies semblent d'autant plus fréquentes et d'autant plus pénibles que les sujets sont plus âgés. Chez les enfants, l'évolution du zona est presque indolente. Dans l'âge adulte, la douleur est particulièrement vive chez les sujets nerveux, impressionnables, migraineux. Les douleurs persistent d'ordinaire bien longtemps après la guérison de l'éruption. Dans une observation de Trousseau elles duraient encore quatorze ans, et dans une observation de Blachez, vingt ans après la guérison du zona. Le traitement présente quelques différences pour les névralgies qui accompagnent l'éruption et pour les névralgies qui persistent après cette éruption.

Au moment de la poussée de zona, la nécessité de respecter les vésicules d'herpès entrave un peu le traitement local. En mélangeant la poudre d'amidon d'opium ou de morphine, on peut pourtant obtenir un effet calmant. Les injections sous-cutanées de morphine, faites le plus près possible de l'endroit affecté, ont une action à la fois locale et générale. Comme moyen purement interne, M. Hardy recommande particulièrement les pilules de 1 centigramme d'extrait d'opium alternant avec des pilules à doses égales d'extrait de belladone. Les contre-indications apportées par l'éruption au traitement local ne doivent, d'ailleurs, pas être exagérées. Duhring n'hésite pas, dès cette période, à employer les courants continus sous forme de courants faibles, d'une durée de vingt à trente minutes, appliqués deux fois par jour. En outre du soulagement procuré, cette méthode arrêterait souvent les progrès de l'éruption. De même, M. Bailly (de Chambly) regarde le stypage, appliqué dès le début, comme un moyen de diminuer beaucoup et les douleurs et la durée de la maladie. Notre confrère a bien voulu, dans une lettre du 26 juin, nous résumer la technique de sa méthode : « Dès que l'éruption herpétique se montre, nous écrit-il, j'applique le tampon chargé de chlorure de méthyle sur chaque bouton efflorescent, jusqu'à ce que j'obtienne la congélation (tache blanche en cupule). Je promène le tampon sur tout le trajet du nerf malade et cela une seule fois par jour. Après trois ou quatre stypages, les boutons s'éteignent et se flétrissent. Si d'autres poussées surviennent elles sont traitées de même. On parvient ainsi, avec un maximum de huit séances (la plupart du temps trois à quatre), à guérir un zona qui, généralement, réclame un traitement de trois à quatre semaines.

L'application énergique du tampon, au niveau de l'éruption, est assez douloureuse. Les applications sur le trajet nerveux amènent, au contraire, une sensation de soulagement. On n'a aucunement à craindre de produire d'ulcérations spéciales. Dans un zona survenu chez une femme de soixante-quatorze ans, atteinte de cancer ulcéré du sein, je n'ai point hésité à appliquer la réfrigération à une distance

(1) Hybord, dans sa remarquable thèse sur le zona ophthalmique, recommandait le collyre à l'atropine pour prévenir les adhérences du bord pupillaire et de la capsule antérieure du cristallin. L'ésérine, en rétrécissant considérablement la pupille, remplit ce but. Elle a de plus, sur l'atropine, l'avantage de diminuer la tension intra-oculaire, ce qui atténue le danger de perforation.

très voisine de la plaie cancéreuse et la malade a été rapidement guérie, quoique l'éruption fût large et confluente. »

Le traitement pourrait être parfaitement employé dans le zona ophthalmique. La seule contre-indication à l'emploi de la méthode serait, quel que soit le siège, une éruption très ancienne et profondément ulcérée. Le nombre des observations de M. Bailly s'élève actuellement à trente-deux. Dans toutes, le procédé s'est montré d'une fidélité parfaite et l'auteur le regarde comme la plus importante des nombreuses applications du stypage.

Lorsque l'éruption est complètement cicatrisée, l'électrisation et le stypage restent les principaux moyens contre les névralgies persistantes. L'électrisation peut être employée non seulement sous forme de courants continus, mais sous forme de courants faradiques un peu intenses, faisant révulsion. Dans l'emploi des courants continus, on peut, au lieu de placer les deux pôles aux deux extrémités du nerf, placer la plaque négative à la nuque, la plaque positive au point douloureux (Tripier). On emploiera des courants faibles et longtemps prolongés. Dans les névralgies consécutives au zona des membres, le stypage peut être remplacé par des pulvérisations directes de chlorure de méthyle. On s'attachera à toujours disséminer le jet pour agir en surface et non en profondeur.

Le traitement interne vient souvent utilement en aide au traitement local. Bazin a réussi, dans deux cas très rebelles, par l'usage interne de l'arsenic. Kaposi le préconise également. Le sulfate de quinine a donné également de bons résultats alors même que la douleur n'offrait pas de caractère intermittent. L'antipyrine mérite également d'être essayée. Wilson a vanté les préparations ferrugineuses qui agissent, sans doute, indirectement, par modification de l'anémie. Enfin, chez les sujets névropathes, le traitement hydrominéral et, en particulier, les eaux de Néris et de Plombières constituent un excellent moyen de modifier à la fois l'impressionnabilité générale et la douleur locale.

b. Les névralgies ne sont pas la seule complication que le zona puisse entraîner du côté du système nerveux. On peut, surtout à la suite du zona de la face et des membres, observer des anesthésies persistantes, des lésions trophiques (ulcérations, atrophies musculaires), des paralysies. Parfois même, ces lésions ne se bornent point à la région atteinte et gagnent, par propagation de la névrite, les régions éloignées.

Dans une observation de M. Hardy, un zona thoracique fut suivi de vives douleurs et de paralysie des membres inférieurs; les membres supérieurs se prirent à leur tour et la mort survint par asphyxie. Il importe d'être prévenu de la possibibité de ces complications. Le meilleur traitement paraît être l'emploi précoce et prolongé des courants continus faibles.

Dans un certain nombre de cas, d'ailleurs, le zona n'est qu'un symptôme d'une lésion nerveuse déjà existante. C'est surtout quand l'éruption manque de netteté, qu'elle est constituée par une rougeur diffuse mêlée de vésicules et de bulles (1), quand son évolution est chronique, qu'elle survient par poussées successives, qu'on doit craindre un zona symptomatique d'une lésion nerveuse. Ces lésions sont elles-mêmes fort variées. Les névrites dues à la contusion, à la blessure, à la compression, au tiraillement par cicatrices d'un nerf, sont les plus fréquentes. Elles peuvent aussi résulter d'une lésion de voisinage : cancer, tuberculose, abcès. L'ataxie, enfin, s'accompagne parfois de poussées herpétiques des membres coïncidant, en général, avec des douleurs fulgurantes. Sans doute, l'éruption n'est dans tous ces faits qu'un phénomène accessoire, mais leur connaissance n'en est pas moins importante au point de vue du diagnostic et du pronostic.

(1) Duhring. *Traité des maladies de la peau*, traduction française. p. 418 et suiv.

III

Dans les formes légères de zona, l'état général attire à peine l'attention. Un purgatif pour combattre l'embarras gastrique, quelques doses de sulfate de quinine ou d'antipyrine pour modérer la fièvre constituent toute la prescription. Les formes adynamiques avec éruption gangréneuse qui nécessitent un traitement plus énergique sont rares. Les toniques de toute espèce constitueront les principaux agents de ce traitement. Thompson et Bukley (1) ont cru trouver dans le phosphure de zinc un agent thérapeutique utile dans toutes les formes de zona, pour diminuer la douleur et la durée de l'éruption. Ils le donnent à la dose élevée de 15 milligrammes, dès le commencement de la poussée, et n'hésitent pas à répéter cette dose au bout de trois heures. C'est là une médication bien active dans les cas simples, et qui, dans les formes adynamiques graves, ne serait peut-être pas sans inconvénient.

Mais si les indications générales immédiates restent d'ordinaire assez limitées, le zona offre peut-être une très grande importance, au point de vue des renseignements qu'il peut fournir sur la constitution du sujet. M. Lemonniers (2) (de Flers) a insisté sur la fréquence relative de la tuberculose consécutive au zona. Il a rapporté 6 observations où se retrouvait cette coexistence des deux affections. Dans 1 cas, la tuberculose avait précédé le zona; dans 2 autres, elle était apparue presque en même temps; dans les 3 autres, elle était survenue six mois, huit mois, quatre ans et demi après l'éruption. Le siège de la tuberculose venait dans deux faits établir plus nettement encore la relation : un malade atteint de zona ophthalmique succombait à une méningite tuberculeuse; un autre atteint de zona du sciatique offrait une tuberculose génitale. L'explication théorique de ces faits prête à bien des discussions, mais la coïncidence clinique n'en est pas moins fort curieuse, et si les observations de ce genre se multipliaient elle mériterait, au point de vue du pronostic, une sérieuse attention.

Dr A.-F. P.

THÈSES DE PARIS

De l'amputation des doigts dans la continuité des métacarpiens, par M. Flament.

Cette thèse a été faite sous l'inspiration de M. Guermonprez (de Lille), dont la compétence en pareille matière est aujourd'hui bien connue. Elle ne fait d'ailleurs que confirmer l'opinion courante ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture des conclusions :

« 1° L'amputation des doigts dans la continuité des métacarpiens est indiquée dans tous les cas où, par suite d'une lésion

(1) Duhring. Loc. cit., p. 258.
(2) Lemonniers. *Annales de dermatologie*, 1890, p. 454.

quelconque, ils peuvent être considérés comme inutiles pour le blessé, et même nuisibles au bon fonctionnement du reste de la main ;

2° Les résultats de cette amputation sont excellents au point de vue fonctionnel et de beaucoup supérieurs à ceux de la désarticulation pure et simple des doigts. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 janvier. — Présidence de MM. Moutard-Martin et Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

Des lettres de candidature de MM. Henriot et Galezowski pour la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

M. LE PRÉSIDENT sortant fait un relevé des travaux de l'Académie pendant l'année qui vient de s'écouler.

M. TARNIER, en prenant place au fauteuil de la présidence, remercie ses collègues.

LECTURE

M. FRANCK donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Baillarger, ancien président de l'Académie.

La séance est levée en signe de deuil.

VARIÉTÉS

Des noms propres comme qualificatifs des maladies.

L'*Union médicale du Nord-Est* fait une spirituelle critique de l'habitude que l'on a prise de donner à une maladie le nom de celui qui l'a découverte.

..... La liste de ces maladies à noms propres s'est singulièrement accrue : la nomenclature médicale n'en est que plus embrouillée. Il faut de grands efforts de mémoire pour se souvenir de ces dénominations nouvelles, presque toujours imparfaitement justifiées.

Quelques-uns de nos lecteurs ignorent, sans doute, ce que sont la *maladie de Ritter*, celles de *Concato*, de *Tomaselli*. On peut être un parfait honnête homme et ignorer la *paralysie de Kennedy*, la *tuberculose de Riehl*, le *signe de Worms* ou l'*oreille de Blainville*.

Je conçois très bien qu'un médecin, qui ne fait pas de la neuropathologie son étude préférée, puisse confondre, en fait d'atrophie musculaire, le *type Duchenne* (de Boulogne) avec le *type Charcot-Marie*, le *type Erb* avec le *type Leyden-Mœbius* et le *type Zimmerlin* avec le *type Landouzy-Déjerine*.....

Cette manie d'accrocher des noms propres à des maladies et à leurs variétés, n'est acceptable que quand elle est un hommage désintéressé et sincère, un témoignage d'admiration pour un clinicien à puissante envergure, un Sydenham ou un Laënnec. Ce n'est, hélas ! le plus souvent, que l'effet d'un servilisme mal déguisé pour quelque dispensateur de places et d'honneurs, ou encore une attestation de camaraderie réciproque et d'esprit de coterie.

L'on devrait, en médecine autant qu'en politique, se guérir des individus.

..... Il serait désirable aussi que les savants qui décrivent une maladie lui donnassent un nom clair et facile à retenir. Voici un exemple :

M. le professeur Renaut (de Lyon) a décrit dernièrement la *myocardite segmentaire essentielle chronique* : trois adjectifs pour un seul substantif! Celui-ci ne se plaindra pas. Et savez-vous quels sont les symptômes cardinaux de cette nouvelle maladie? C'est très simple. Nous avons d'abord le *pouls arythmique vrai multiforme* (encore un pauvre substantif auquel on accole trois épithètes), puis l'*effacement du choc précordial localisé*, la *matité rectangulaire du cœur* et, enfin, le *souffle systolique médio-cardiaque*.

Plaignons le malheureux étudiant forcé de débiter cette litanie à un examinateur qui lui demandera la description de la *maladie de Renaut* (de Lyon), et qui le refusera s'il confond avec la *maladie de Raynaud* (Maurice).

En énumérant ci-dessous les principales maladies à nom propre, nous montrons combien est justifiée la critique de notre confrère rémois :

Addison (*maladie d'*). — Maladie bronzée.
Alibert (*maladie d'*). — Mycosis fongoïde.
Aran-Duchenne (*maladie d'*). — Atrophie musculaire progressive.
Astley-Cooper (*hernie d'*). — Hernie crurale à sac multilobulé.
Argyll-Robertson (*signe d'*). — Absence du réflexe pupillaire lumineux.
Basedow (*maladie de*). — Goitre exophthalmique.
Bazin (*maladie de*). — Psoriasis buccal.
Béclard (*hernie de*). — Hernie à travers l'orifice de la saphène.
Bell (*paralysie de*). — Paralysie de la 7e paire.
Bergeron (*maladie de*). — Chorée rythmique localisée.
Boudin (*loi de*). — Antagonisme de l'impaludisme et de la tuberculose.
Boyer (*kyste de*). — Kyste sous-hyoïdien.
Bright (*mal de*). — Néphrite albumineuse.
Brown-Séquard (*syndrome de*). — Hémiparaplégie avec hémianesthésie du côté opposé.
Cazenave (*lupus de*). — Lupus érythémateux.
Charcot (*maladie de*). — Arthropathie des ataxiques.
Charcot (*maladie de*). — Sclérose latérale amyotrophique.
Cheyne-Stockes (*respir. de*). — Respiration urémique.
Cloquet (*hernie de*). — Hernie périnéale.
Colles (*loi de*). — Non-infection de la mère par son enfant syphilitique.
Corrigan (*maladie de*). — Insuffisance aortique.
Corvisart (*facies de*). — Facies asystolique.
Cruveilhier (*maladie de*). — Ulcère simple de l'estomac.
Donders (*glaucome de*). — Glaucome simple atrophique.
Dressler (*maladie de*). — Hémoglobinurie paroxystique.
Dubini (*maladie de*). — Chorée électrique.
Duchenne (*maladie de*). — Ataxie locomotrice.
Duchenne (*paralysie de*). — Paralysie pseudo-hypertrophique.
Duhring (*maladie de*). — Dermatite herpétiforme.
Dupuytren (*hydrocèle de*). — Hydrocèle en bissac.
Dupuytren (*maladie de*). — Rétraction de l'aponévrose palmaire.
E. Wilson (*maladie d'*). — Dermatite exfoliatrice généralisée.
Eichstedt (*maladie d'*). — Pityriasis versicolor.
Erb (*paralysie d'*). — Paralysie radiculaire du plexus brachial.
Erb-Charcot (*maladie d'*). — Tabes dorsal spasmodique.
Fouchard (*maladie de*). — Périostite alvéo-dentaire.
Friedreich (*maladie de*). — Ataxie locomotrice héréditaire.
Gerlier (*maladie de*). — Vertige paralysant.
Gibert (*pityriasis de*). — Pityriasis rosé.
Gibbon (*hydrocèle de*). — Hydrocèle avec hernie volumineuse.
G. de la Tourette (*maladie de*). — Incoordination motrice avec écholie et coprolalie.
Goyrand (*hernie de*). — Hernie inguino-interstitielle.
Graves (*maladie de*). — Goître exophthalmique.
De Græfe (*signe de*). — Dissociation des mouvements du globe de l'œil et de la paupière supérieure.
Guyon (*signe de*). — Ballottement rénal.
Harley (*maladie de*). — Hémoglobinurie paroxystique.
Heberden (*rhumatisme de*). — Rhumatisme des petites jointures avec nodosités.
Hebra (*maladie de*). — Érythème polymorphe.
Hebra (*pityriasis de*). — Pityriasis rubra chronique.
Hebra (*prurigo de*). — Prurigo vrai idiopathique.
Henoch (*purpura de*). — Purpura avec symptômes intestinaux.
Heselbach (*hernie de*). — Hernie crurale à sac multilobulé.

HIPPOCRATE (*facies de*). — Facies agonique.
HOGDKIN (*maladie de*). — Adénie.
HOGDSON (*maladie de*). — Athérome de l'aorte.
HUGUIER (*maladie de*). — Fibro-myomes utérins.
HUTCHINSON (*dent de*). — Dent syphilitique (échancrure semi-lunaire du bord libre).
HUTCHINSON (*triade de*). — Échancrure dentaire ; kératite interstitielle ; otite (syphilis héréditaire).
JACOB (*ulcère de*). — Ulcère cancroïdal.
JACKSONNIENNE (*épilepsie*). — Épilepsie partielle.
KAPOSI (*maladie de*). — Xéroderma pigmentosum.
KOPP (*asthme de*). — Asthme thymique ; spasme de la glotte.
KRONLEIN (*hernie de*). — Hernie inguino-propéritonéale.
LAENNEC (*cirrhose de*). — Cirrhose atrophique.
LANDRY (*maladie de*). — Paralysie ascendante aiguë.
LAUGIER (*hernie de*). — Hernie à travers le ligament de Gimbernat.
LEBER (*maladie de*). — Atrophie optique héréditaire.
LEVERT (*loi de*). — Insertion marginale du cordon avec placenta prœvia.
LITTRE (*hernie de*). — Hernie diverticulaire.
LUDWIG (*angine de*). — Phlegmon sus-hyoïdien infectieux.
MALASSEZ (*maladie de*). — Maladie kystique du testicule.
MÉNIÈRE (*maladie de*). — Vertige labyrinthique.
MILLARD (*asthme de*). — Laryngite striduleuse (spasme glottique).
MORAND (*pied de*). — Pied à huit orteils.
MORVAN (*maladie de*). — Parésie analgésique des extrémités.
PAGET (*maladie de*). — Eczéma précancéreux du mamelon.
PAGET (*maladie de*). — Ostéite déformante hypertrophique.
PARROT (*maladie de*). — Pseudo-paralysie syphilitique.
PARROT (*signe de*). — Dilatation de la pupille par pincement de la peau (méningite).
PARKINSON (*maladie de*). — Paralysie agitante.
PARRY (*maladie de*). — Goître exophthalmique.]
PAVY (*maladie de*). — Albuminurie intermittente.
PETIT (*hernie de* J.-L.). — Hernie lombaire.
POTT (*anévrysme de*). — Anévrysme par anastomose.
POTT (*fracture de*). — Fracture du péroné, par divulsion.
POTT (*mal de*). — Ostéite vertébrale.
RAYNAUD (*maladie de*). — Asphyxie symétrique des extrémités.
RECLUS (*maladie de*). — Maladie kystique de la mamelle.
RICHTER (*hernie de*). — Entérocèle pariétale.
RIVOLTA (*maladie de*). — Actinomycose.
ROMBERG (*signe de*). — Vacillation des ataxiques dans l'obscurité.
ROSENBACH (*signe de*). — Abolition du réflexe abdominal.
SALAAM (*tic de*). — Salutation convulsive.
SŒMISCH (*ulcère de*). — Ulcère infectieux de la cornée.
STŒRK (*blennorrhée de*). — Blennorrhée des voies respiratoires supérieures.
STOKES (*loi de*). — Paralysie des muscles sous-jacents aux séreuses et aux muqueuses enflammées.
SYDENHAM (*chorée de*). — Chorée vulgaire.
THOMSEN (*maladie de*). — Spasme musculaire au début des mouvements volontaires.
THORNWALD (*maladie de*). — Inflammation de la glande pharyngienne de Luschka.
VELPEAU (*hernie de*). — Hernie crurale en avant des vaisseanx.
VOLKMANN (*difformité de*). — Luxation congénitale tibio-tarsienne.
WARDROP (*maladie de*). — Onyxis maligne.
WEIL (*maladie de*). — Typhus abortif avec ictère.
WELS (*facies de Sp.*). — Facies ovarien.
WERLHOFF (*maladie de*). — Purpura hemorrhagica.
WESTPHAL (*signe de*). — Abolition du réflexe rotulien.
WILLAN (*lupus de*). — Lupus à forme tuberculeuse.
WINCKEL (*maladie de*). — Cyanose pernicieuse des nouveau-nés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours s'ouvrira, le 23 juillet 1891, pour l'admission à l'École du service de santé militaire établie près la Faculté de médecine de Lyon.

Peuvent y prendre part les étudiants en médecine ayant au moins quatre inscriptions valables pour le doctorat et ayant subi avec succès le premier examen de doctorat. Ils doivent préalablement justifier qu'ils sont Français ou naturalisés Français et qu'ils ont eu, au 1er janvier de l'année du concours, moins de vingt-deux ans.

Néanmoins, les sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats, qui auront accompli au 1er juillet six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de vingt-cinq ans à cette même date et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves. — Les élèves entrants font partie, à l'École, sans exception aucune, de la 4e division, quel que soit le nombre réel de leurs inscriptions. — Les épreuves écrites auront lieu, le 23 juillet, dans les villes suivantes :

Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours.

Les épreuves orales auront lieu : à Paris (le 24 août), à Lille (le 29 août), à Nancy (le 2 septembre), à Lyon (le 17 septembre), à Montpellier (le 10 septembre), à Bordeaux (le 16 septembre), à Rennes (le 21 septembre).

Le registre d'inscription sera ouvert du 6 juin au 6 juillet 1891 dans les préfectures de chaque département. Les demandes de bourses devront y être déposées pendant la même période par les parents ou tuteurs des candidats.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1890-1891, ouvert le mercredi 7 janvier 1891, sera clos le samedi 24 janvier, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat : les jeudi 8, vendredi 9, samedi 10, mercredi 14 et jeudi 15 janvier.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 et samedi 24 janvier.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle, aux dates ci-dessus indiquées.

La quatorzième inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie).

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du jeudi 15 janvier.

1° Les consignations pour les examens, dont désignation suit, seront reçues jusqu'aux dates ci-après désignées :

Pour le deuxième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 17 mars inclusivement; pour le deuxième examen de doctorat (deuxième partie), jusqu'au mardi 14 avril inclusivement; pour le troisième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 14 avril inclusivement; pour le troisième examen de doctorat (deuxième partie), jusqu'au mardi 19 mai inclusivement; pour le quatrième examen de doctorat, jusqu'au mardi

2 juin inclusivement; pour le cinquième examen de doctorat (première et deuxième partie, jusqu'au mardi 23 juin inclusivement; pour les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 23 juin inclusivement; pour les thèses, jusqu'au mardi 7 juillet inclus.

Officiat. — Pour le premier examen, jusqu'au mardi 17 mars inclusivement; pour le deuxième examen, jusqu'au mardi 5 mai inclusivement; pour le troisième examen, jusqu'au mardi 23 juin inclusivement.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

2° Les élèves ajournés après le 6 juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 9 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses, et ne signeront plus de manuscrits.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Étude sur le traitement des tumeurs blanches du genou dans l'enfance, par M. le docteur A.-F. PLICQUE, ancien interne des hôpitaux. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Étude sur le traitement des tumeurs blanches du genou dans l'enfance (1).

Par M. le docteur A.-F. PLICQUE,
Ancien interne des hôpitaux.

Le traitement des tumeurs blanches a donné lieu, dans ces dernières années, à de nombreuses et importantes discussions. A l'ancienne méthode, appelée assez improprement méthode conservatrice, est venue s'opposer une méthode nouvelle, enhardie par l'antisepsie et demandant avant tout ses ressources à l'intervention chirurgicale. La méthode conservatrice fondait surtout son espoir sur la tendance des fongosités à la guérison spontanée. Elle se contentait d'aider cette tendance par l'immobilisation dans une position favorable, la révulsion, les topiques locaux. Elle cherchait surtout à placer le malade dans les meilleures conditions hygiéniques, comptant sur l'influence heureuse que l'amélioration de l'état général ne manquerait pas d'avoir sur la lésion locale. Les opérations qu'elle acceptait n'étaient que des opérations de nécessité, incision et grattage d'abcès prêts à s'ouvrir. Quand le travail de désorganisation de la jointure se trouvait trop avancé, ce n'est qu'assez exceptionnellement et dans des régions particulièrement favorables, au coude, par exemple, qu'elle préférait la résection à l'amputation. La méthode opposée a surtout en vue, dès le début, le foyer d'infection produit par toute tuberculose locale. Elle s'attache à le supprimer par des opérations diverses, arthrotomie et grattage, arthrotomie et chauffage igné, arthrectomie, résections atypiques, résections vraies. Son espoir est, par ces interventions hâtives, d'une part, de diminuer les dangers d'infection générale, d'autre part, de laisser un membre plus utile que celui qui reste d'ordinaire après la guérison spontanée. L'étude des ressources employées dans ces deux grandes méthodes, de leurs indications et de leurs contre-indications, serait très longue et resterait forcément assez vague, s'il fallait la faire porter à la fois sur les tuberculoses des diverses articulations. Afin de la limiter et de la rendre moins confuse, il nous a semblé préférable de n'aborder cette discussion générale que pour une région et dans des conditions cliniques bien nettement définies : le traitement de la tuberculose du genou chez l'enfant. La fréquence extrême de cette localisation tuberculeuse donne à son traitement une grande importance pratique. C'est, d'ailleurs, sur cette jointure qu'ont été faites la plupart des récentes tentatives opératoires et c'est sur elle qu'a porté particulièrement la discussion.

(1) Les résultats donnés par la méthode de Koch sont encore beaucoup trop incertains, son emploi chez l'enfant est beaucoup trop dangereux, pour qu'elle puisse actuellement entrer en ligne de compte parmi les moyens de traitement. Il suffit donc de la mentionner pour mémoire.

I

Les fongosités tuberculeuses peuvent avoir, dans la tumeur blanche du genou, deux modes différents d'évolution. Elles peuvent tendre, par prédominance de la formation de tissu conjonctif, à se transformer en tissu fibreux ayant, au point de vue local, cet inconvénient d'entraîner la raideur et souvent même l'ankylose complète de la jointure, mais n'en constituant pas moins une véritable guérison. Elles peuvent, au contraire, évoluer vers la suppuration et produire des destructions de plus en plus étendues. Alors même que les fongosités prennent cette marche défavorable, la réparation spontanée, soit après l'ouverture des abcès, soit plus rarement par leur résorption, peut être encore obtenue. Chez les enfants, en particulier, la puissance de réparation locale est souvent merveilleuse, D'autre part, pour peu qu'ils soient dans des conditions hygiéniques favorables, leur résistance à l'infection tuberculeuse viscérale est beaucoup plus considérable que celle de l'adulte. Sauf dans les cas de désorganisation complète de l'articulation où l'amputation devient nécessaire, on peut donc, même à la période de suppuration, fonder quelque espoir sur les divers moyens de la méthode conservatrice (1) : immobilisation dans une bonne position ; révulsion, applications topiques diverses, traitement des abcès, traitement général.

1° L'immobilisation, dans une bonne position, constitue une des parties les plus importantes et souvent les plus difficiles du traitement de la tuberculose du genou. La position en demi-flexion prise d'ordinaire par l'articulation

(1) EYMERY. *Traitement des tumeurs blanches du genou chez l'enfant*, Thèse de Paris, 1876.

malade est, en effet, aussi défavorable que possible. Dans cette position, la pression que les surfaces articulaires exercent l'une sur l'autre, porte sur un point limité et la compression qui en résulte constitue une cause importante de destruction et d'ulcération. De plus, si l'ankylose, terminaison la plus ordinaire, se fait dans cette position, la marche se trouve rendue difficile ou impossible par le raccourcissement. A moins de circonstances favorables, où l'immobilisation peut être faite dès le début, elle doit donc presque toujours être précédée par un redressement préalable.

Ce redressement, quand l'affection n'est pas trop ancienne, s'effectue assez facilement sous le chloroforme. Mais à une période plus avancée, il peut être rendu difficile et même impossible par deux sortes d'obstacles qu'il est de la plus grande importance de bien connaître : les rétractions tendineuses, la déformation des surfaces articulaires. Les rétractions tendineuses, quand ce sont elles qui s'opposent au redressement, sont facilement vaincues par la ténotomie. Faite antiseptiquement, la ténotomie est entièrement inoffensive. La section sous-cutanée des tendons du droit interne du demi-tendineux et même au besoin du demi-membraneux, se fait facilement sur la tubérosité interne du tibia. En dehors, la ténotomie du biceps fémoral au-dessus de la tête du péroné exige, à cause de ses rapports avec le sciatique poplité externe qui longe la face interne du tendon, un peu plus de précaution. Le tendon sera divisé lentement par de petits mouvements de scie de dehors en dedans; on s'arrêtera dès qu'on aura la notion de résistance vaincue. Mais s'il est relativement facile de triompher de l'obstacle opposé par les tendons, l'obstacle constitué par les déformations articulaires est beaucoup plus important. Ce n'est plus alors une flexion simple, c'est une véritable subluxation qui se produit au niveau du genou. Le plateau tibial glisse en arrière et en dehors, ne gardant plus le contact qu'avec la partie postérieure et externe des condyles fémoraux. Une tentative de redressement direct peut être alors dangereuse, en achevant brusquement le glissement et la luxation en arrière. Parfois même, ce brusque déplacement du tibia peut amener la distension et la déchirure de la poplitée dont les tuniques, au milieu des tissus enflammés, n'ont pas toujours gardé la souplesse normale. Quand cette subluxation existe, le redressement doit donc être fait avec des précautions spéciales. On l'opère lentement, progressivement, en faisant précéder chaque mouvement d'extension d'un mouvement de flexion qui ramène en avant le plateau tibial. En même temps un aide, saisissant à pleine main, d'une main, l'extrémité inférieure du fémur, de l'autre, l'extrémité inférieure du tibia, pratique un véritable mouvement de réduction de coaptation.

L'immobilisation est toujours nécessaire après le redressement, tant pour maintenir le résultat que pour modérer l'inflammation consécutive. Le meilleur appareil d'immobilisation est l'appareil plâtré. Cet appareil devra comprendre tout le membre, du pied à la moitié de la cuisse. Il y a, à se contenter d'une simple demi-gouttière s'arrêtant à mi-jambe, un double inconvénient : d'une part, le pied n'est pas soutenu et à la longue prend souvent une position vicieuse en équinisme; d'autre part, les muscles tendant toujours à la rétraction, la partie moyenne du mollet appuie fortement sur le bord inférieur de l'appareil. Il en résulte souvent des excoriations et des escharres. Exceptionnellement chez les tout jeunes enfants qui urinent au lit et dont les urines ramollissent très vite les appareils en plâtre, on pourra préférer les gouttières métalliques. La douleur, pendant les deux premiers jours qui suivent le redressement, sera toujours très vive.

Dans d'autres cas, au lieu d'effectuer le redressement brusque, il y a quelque avantage à rechercher le redressement progressif au moyen de l'extension continue. Mais ce n'est que dans les tumeurs blanches, tout à fait au début, très enflammées, très douloureuses, mais sans aucune menace de subluxation, que l'extension continue peut présenter des avantages. Le redressement brusque offrirait peut-être le danger d'augmenter encore les phénomènes inflammatoires. L'extension continue agissant d'une façon plus lente est, au contraire, à condition d'employer des poids modérés au début et qu'on augmente graduellement, remarquablement supportée. Toutefois, si le redressement du membre ne se dessinait pas nettement au bout de quelques jours d'extension par les poids, la crainte de voir la raideur devenir de plus en plus difficile à vaincre devrait faire passer sur les contre-indications tirées de l'état inflammatoire; c'est au redressement sous le chloroforme qu'il faudrait encore avoir recours.

2° La révulsion ne doit, qu'assez exceptionnellement et seulement dans les formes nettement aiguës, être faite par les vésicatoires. Les exulcérations que ceux-ci laissent sont, en effet, loin d'être toujours sans inconvénients. Les cautérisations constituent un moyen d'une grande énergie, surtout lorsqu'elles sont faites par la méthode de Bonnet. Bonnet attachait une grande importance à ne pas faire des pointes de feu superficielles et rapides. Il voulait que l'articulation fût, comme il le disait, chauffée. Aussi pratiquait-il lentement des raies sur toute la région. Il repassait le cautère à plusieurs reprises dans les mêmes raies en se gardant bien, d'ailleurs, de l'enfoncer profondément et de sectionner toute la peau. Il ne s'arrêtait que lorsque ces raies avaient pris une teinte jaune dorée et qu'il y voyait suinter des gouttelettes graisseuses. Une séance de cautérisation ainsi faite n'exigeait pas moins d'un quart d'heure. Le procédé de M. Richet, qui pratique par l'ignipuncture des cautérisations allant jusqu'au centre même des fongosités, est plus énergique encore. La tige fine de platine qui forme l'extrémité terminale du cautère est introduite en traversant la peau, les tissus sous-jacents, la synoviale à une profondeur de 4 à 5 centimètres dans l'articulation. Les extrémités spongieuses des os peuvent être, elles aussi, avantageusement pénétrées. Le cautère doit être chauffé au rouge cerise, enfoncé et retiré vivement de façon à éviter les escharres étendues dont la chute pourrait entraîner des fistules. Chaque séance comporte quatre ou cinq de ces cautérisations profondes. Les séances sont répétées à un intervalle de quinze jours à trois semaines environ. Tous ces procédés ont, chez l'enfant, cet inconvénient de ne pouvoir être guère mis en pratique qu'après l'anesthésie par le chloroforme. Les applications répétées de teinture d'iode constituent un moyen de révulsion moins énergique d'application mais moins difficile et qui ne laisse pas d'offrir une certaine efficacité. Ces applications ne devront jamais être poussées jusqu'à l'exfoliation et l'exulcération de la peau.

L'emploi de la compression ouatée a été souvent associé à ces divers procédés d'immobilisation et de révulsion. Cette compression, à la condition de rester modérée, ne peut qu'offrir des avantages pour diminuer l'inflammation consécutive.

3° Le nombre des topiques préconisés contre les tumeurs blanches est considérable. Parmi les topiques appliqués simplement sur la peau, un seul, l'onguent mercuriel (1), employé dans le pansement de Scott, paraît avoir une valeur réelle. La question des injections interstitielles antiseptiques mérite d'être également discutée.

Le pansement de Scott se fait de la façon suivante : La peau de la région est soigneusement lavée et nettoyée à l'eau tiède; elle est ensuite légèrement frottée avec une petite éponge trempée dans l'alcool camphré, jusqu'à ce qu'elle soit rouge et chaude. On la recouvre ensuite d'une compresse de flanelle sur laquelle on a préalablement étendu une mince couche d'une pommade composée d'onguent mercuriel et de cérat de savon camphré à parties égales. Cette compresse de flanelle est soigneusement appliquée sur l'articulation par une série de bandelettes de diachylon, assez longues pour faire le tour de l'articulation, larges de 3 à 4 centimètres, entrelacées et imbriquées les unes aux autres. Un point important est que la compresse de flanelle soit assez grande pour entourer elle-même tout le genou, de façon à ce que le diachylon ne vienne nulle part en contact avec la peau, ce contact pouvant, à la longue, produire des excoriations. Scott complétait son appareil au moyen de quatre valves de cuir, recouvertes d'emplâtre de savon, et qui, se moulant sur le membre, assuraient son immobilité. Un appareil silicaté remplira le même but, tout en étant moins coûteux.

Le pansement, ainsi appliqué, est renouvelé tous les quinze jours environ. Il est tout à fait exceptionnel qu'il détermine d'irritation cutanée ; il est rare aussi qu'il détermine de la stomatite. L'action essentielle du pansement paraît tenir à l'effet antiseptique de l'onguent mercuriel. M. Lucas-Championnière a, en effet, obtenu des résultats assez satisfaisants de ce pansement, en le réduisant à sa plus simple expression : application d'emplâtre mercuriel, sans compression, par les bandelettes de diachylon et même sans appareil d'immobilisation. Les résultats du pansement de Scott sont très favorables, non seulement dans les tumeurs blanches non suppurées, mais dans celles qui offrent des abcès ouverts ou non ; il peut être, dans ces cas, utilement employé aussi comme traitement complémentaire des opérations chirurgicales : grattage et curage. Toutes les fois, pourtant, qu'il existe une solution de continuité de la peau, par fistules ou par incision, la surveillance, au point de vue de la stomatite, doit être plus grande ; il est bon aussi, quand il existe de la suppuration, de changer d'appareil tous les trois ou quatre jours au moins.

Les injections antiseptiques n'ont pas donné les résultats que leur emploi pouvait théoriquement faire espérer. Ces injections ont été faites tantôt à travers les trajets fistuleux, tantôt par des piqûres faites dans les fongosités. Un grand nombre d'antiseptiques, iodoforme, acide phénique, teinture d'iode, etc., ont été essayés sans que les effets en fussent bien marqués. Si l'on songe, d'ailleurs, aux difficultés que l'on éprouve pour modifier, par les antiseptiques, les tuberculoses cutanées autrement accessibles que les fongosités articulaires, on ne saurait s'étonner de ces insuccès. Chez l'enfant, d'ailleurs, la prédominance qu'offrent souvent les lésions osseuses sur les lésions synoviales, vient encore diminuer les chances de succès de ce mode de traitement. Les injections antiseptiques seront donc, chez lui, réservées au traitement des abcès par congestion, parfois à la désinfection des trajets fistuleux. Les injections interstitielles dans les fongosités non suppurées seront rarement mises en usage.

4° L'apparition d'abcès est toujours un phénomène sérieux au cours de la méthode conservatrice. Parfois, il est vrai, il s'agit de simples abcès de voisinage, sans communication directe avec l'articulation, qui guérissent par la ponction et une simple injection d'éther iodoformé. Mais le plus ordinairement, le pus occupe la synoviale elle-même, sa production dépend souvent de lésions étendues des épiphyses. Attendre la résolution spontanée de ces abcès serait illusoire et dangereux. C'est à une large incision suivie du curage du foyer qu'il faut avoir recours. Mais ce curage, pour être complet, conduira souvent à enlever une partie de la synoviale, à évider les extrémités épiphysaires atteintes. L'opération se rapprochera, dès lors, beaucoup des arthrectomies et des résections atypiques qui seront décrites plus loin. Mais là encore, la différence essentielle entre les deux méthodes subsiste ; le curage de l'abcès, à quelques sacrifices qu'il ait entraîné, n'a été qu'une opération tardive et de nécessité, au lieu d'une opération précoce et voulue.

Si, d'ailleurs, l'abcès est trop étendu, si les lésions osseuses sont trop prononcées, c'est souvent à l'amputation de la cuisse qu'il faudra se résigner. La conduite la plus sage est même de n'entreprendre jamais l'incision d'un abcès intra-articulaire, sans avoir les instruments nécessaires pour pratiquer au besoin, soit la résection, soit l'amputation. Il faut également prévenir la famille de ces éventualités possibles, pour avoir, à l'avance, l'autorisation toujours indispensable. Les suites opératoires de ces amputations sont très simples et la mortalité, quand il n'existe pas de tuberculoses viscérales étendues, est extrêmement faible. Les enfants finissent d'ordinaire par se servir, avec une grande habileté, de leur membre artificiel. Mais ces amputations, par la mutilation grave qu'elles entraînent, ne constituent qu'une ressource ultime.

5° Tous les moyens locaux qui viennent d'être étudiés sont de la plus haute importance. Ils ont une large part dans la guérison et ce sont eux seuls qui assurent la guérison avec un membre en bonne position et à peu près utile. Mais pour avoir une chance vraie de succès, ils doivent toujours être secondés par le traitement général. Il serait banal d'insister sur les moyens hygiéniques (grand air, soleil, exercice, distraction, bonne nourriture) et médicamenteux (huile de foie de morue, iode, arsenic, quinquina, etc.), qui peuvent constituer ce traitement. On doit cependant insister sur l'utilité du traitement marin qui paraît constituer, tant par les bains de mer que par le simple séjour dans l'atmosphère maritime, le plus puissant des modificateurs hygiéniques de la scrofule. Sur 241 tumeurs blanches non suppurées du genou, traitées à l'hôpital de Berck, le nombre des guérisons a été de 179, soit 74,3 p. 100 : 14 enfants ont été améliorés, 38 réclamés par leurs familles avant la fin du traitement. On ne compte que 10 insuccès, dont 7 morts (2,8 p. 100). Les résultats dans les tumeurs blanches suppurées sont encore fort beaux : sur 69 cas, on trouve 47 guérisons (68 p. 100) et 4 améliorations ; 19 enfants ont été réclamés, 1 n'a eu aucune amélioration, 7 ont succombé (9,8 p. 100). Ces résultats n'ont été d'ailleurs obtenus que par un séjour prolongé. La durée

(1) Bresson. *Traitement de la tuberculose articulaire et osseuse par l'emplâtre mercuriel*, Thèse de Paris, 1889.

moyenne de ce séjour ne s'élève pas à moins de cinq cent trois jours dans les formes non suppurées, de six cent quatre-vingt-neuf jours dans les formes suppurées. L'action du traitement maritime est donc réelle, mais d'autre part, à cette action tonique, doit toujours se joindre le traitement chirurgical.

Cette nécessité du traitement local a été parfois méconnue. Quelques optimistes ont regardé le séjour de la mer comme une sorte de panacée suffisante pour toutes les tuberculoses. « On ne saurait, comme l'écrit très justement M. Cazin (1), demander au traitement marin de redresser une ankylose ou de dissoudre un séquestre invaginé ou intra-articulaire. Mais le remontement de l'organisme, obtenu par quelques mois de séjour, permet d'intervenir et d'intervenir avec un résultat qui, sans l'adjuvant hygiénique, se fût transformé en désastre. »

Quand la guérison aura été obtenue par les divers moyens qui viennent d'être indiqués, de grandes précautions devront être prises au point de vue général et au point de vue local, pour éviter toute rechute. C'est encore à l'hygiène qu'il faudra, avant tout, s'adresser pour modifier l'état général. Au point de vue local, la marche ne sera permise que tardivement, progressivement, quand il n'y aura plus ni douleurs spontanées, ni point douloureux à la pression. Un appareil de soutien (genouillère ou appareil silicaté) sera pendant longtemps employé pour prévenir les entorses. Les diverses manœuvres que l'on pourrait être tenté d'essayer pour combattre l'ankylose totale ou partielle : massage, mouvements, ne seront employés qu'avec une réserve excessive. Dès le début du traitement, il est utile que le médecin signale et fasse accepter comme favorable cette possibilité de la terminaison par ankylose. S'il négligeait cette précaution, il risquerait de se voir amèrement reprocher un résultat, au fond très favorable et obtenu avec beaucoup de peine et de soins. L'atrophie musculaire, si fréquente après les tumeurs blanches, sera combattue par les frictions stimulantes et surtout par les courants continus. Ce traitement accessoire aura souvent, au point de vue des fonctions du membre, les plus heureux résultats. Le traitement hydro-minéral, par les eaux salines ou sulfureuses (2), a été enfin préconisé par les uns, attaqué par les autres. Il paraît ne devoir être, à la suite des tuberculoses articulaires, employé qu'avec beaucoup de réserve.

II

Les partisans les plus convaincus de l'intervention chirurgicale hâtive dans les tuberculoses articulaires reconnaissent eux-mêmes la possibilité des guérisons par la méthode conservatrice. On pourrait, en effet, dans les tumeurs blanches, distinguer trois grandes formes : 1° la forme légère qui n'est, en quelque sorte, qu'une simple menace, qui ne suppure pas et qui évolue rapidement vers la guérison ; 2° la forme sérieuse, plus tenace, s'accompagnant souvent de suppuration, mais où les dégâts restent encore limités ; 3° la forme grave, avec suppurations et destructions étendues. En réalité, la discussion relative à l'intervention chirurgicale ne peut porter que sur la deuxième de ces formes. Il est évident que, dans la première, les symptômes sont trop peu menaçants pour qu'on n'emploie pas la méthode conservatrice. Il est également évident que, dans la troisième, il n'y a plus qu'à discuter le mode d'ablation, résection plus ou moins étendue ou amputation. Mais c'est dans la deuxième forme que la situation se trouve souvent embarrassante. Ne faut-il pas, sans courir les risques d'un traitement long et difficile, essayer de supprimer rapidement le foyer d'infection ? Un certain nombre d'opérations : résections, arthrotomies avec drainage, arthrotomies avec cautérisation, arthrectomies, résections atypiques, ont été proposées pour arriver à cette suppression du foyer local, tout en conservant le membre. Quelles sont leur technique opératoire, leurs indications spéciales et leur valeur ?

1° La résection typique du genou offre le double avantage d'une opération bien réglée, relativement facile, et d'une ablation bien complète des fongosités osseuses et articulaires. Elle fut, il y a une quinzaine d'années, fort en honneur. Chez l'adulte son emploi peut encore être proposé. Mais chez l'enfant elle présente un inconvénient grave bien indiqué par M. Ollier. En supprimant le cartilage épiphysaire, elle entraîne pour l'avenir l'accroissement du membre. Ainsi que l'a fait remarquer Petersen (1), ce n'est pas au bout d'un an, ni même de deux ou trois, que le raccourcissement qui en résulte se manifeste beaucoup ; on ne peut apprécier toute son étendue qu'une fois la croissance complète. Petersen ayant fait, à dix-sept ans, l'autopsie d'un jeune homme opéré six ans avant de résection du genou, trouva entre les deux membres une différence de 12cm5. Le fémur du côté opéré avait à lui seul 7 centimètres de moins que le fémur du côté sain. Hoffa, Kœnig, Kocher (2) ont de même rapporté des observations où le raccourcissement, presque nul pendant trois ou quatre ans, prenait ensuite des proportions de plus en plus grandes.

Alors même que le cartilage n'est point enlevé dans quelques résections très limitées où l'ablation se réduit à une mince tranche osseuse, l'irritation de voisinage qu'il subirait du fait de la section, suffirait souvent à entraver ses fonctions et à amener le raccourcissement. M. Ollier, par suite de cette grave contre-indication, recommande de ne faire jamais de résection du genou avant l'âge de douze ans. Sa pratique doit être adoptée.

2° L'arthrotomie avec drainage a été rarement pratiquée et n'est plus guère qu'un souvenir. Son effet se réduit à l'évacuation des sécrétions et elle ne pourrait guère être utile que dans quelques arthrites fongueuses nettement suppurées. Compter sur l'irritation que produit le séjour du drain, sur les irrigations antiseptiques que l'on peut pratiquer pour modifier les fongosités, est illusoire. « Si quelques rares arthrites fongueuses, écrit M. Jalaguier (3), ont guéri dans ces conditions, c'est que l'organisme lui-même, ainsi qu'il arrive parfois en matière de lésions tuberculeuses, s'est débarrassé spontanément des produits infectieux. »

3° L'arthrotomie avec cautérisation ignée, proposée particulièrement par M. Ollier et par l'École de Lyon, constitue un des moyens les plus puissants de modifier les tuberculoses articulaires. L'articulation doit être ouverte très lar-

(1) Cazin. *Influence des bains de mer sur la scrofule des enfants*, Paris 1885, pp. 205-206.

(2) Grimauld. Traitement hydro-minéral dans la tuberculose osseuse et articulaire, Congrès international d'hydrologie, *Progrès médical*, 1889, vol. II, p. 343.

(1) Petersen. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1887, vol. XXXIV, p. 444.

(2) Petersen. Loc. cit., p. 855.

(3) Jalaguier. *De l'arthrotomie*, Thèse d'agrégation, Paris 1886, p. 131.

gement. Le danger, dit M. Ollier (1), ne vient jamais de ce qu'on l'ouvre trop, il vient de ce qu'on ne l'ouvre pas assez. Les fongosités sont cautérisées, labourées en tous sens. Les extrémités spongieuses des os sont elles-mêmes traversées, « tunnellisées » par le fer rouge. Cette tunnellisation permet d'évacuer les foyers morbides, sans compromettre la longueur du membre et la solidité de la charpente osseuse. S'il existe un foyer nécrosique, l'os doit être, en plus de cette cautérisation, évidé à la curette et à la gouge. Il faut, dans cet évidement, chercher à conserver aux surfaces la forme la moins défavorable à l'accolement à la soudure définitive. On doit, en effet, rechercher l'ankylose, la mobilité n'étant qu'un accident, ou, pour mieux dire, un insuccès.

M. Vincent (2) ne se contente pas seulement des cautérisations locales. Pour terminer l'opération, après avoir labouré les fongosités et tunnellisé les os, il chauffe et dessèche toute l'articulation au moyen d'un cautère de gros volume chauffé au charbon, qu'il promène dans les diverses traînées faites. L'articulation tout entière se trouve bientôt portée à un degré de chaleur qui est intolérable au doigt et qui doit faire périr les micro-organismes. Si le pansement est bien aseptique, si l'immobilisation est bien faite, la réaction inflammatoire est très limitée. Ces procédés mixtes d'arthrotomie avec évidement et cautérisation semblent être, des divers modes d'intervention, ceux qui s'appliquent le mieux à la forme de tumeur blanche, la plus commune chez l'enfant, la tumeur blanche à début osseux.

4° L'arthrectomie, préconisée par Volkmann (3), a pour but d'exciser la synoviale et les ligaments envahis par les fongosités, en respectant, autant que possible, les extrémités osseuses. Voici comment M. Jalaguier décrit ce procédé : « Volkmann ouvre la cavité articulaire par une incision transversale qui permet de prime abord de s'assurer si un simple drainage ou un râclage peuvent suffire, ou s'il est nécessaire de pratiquer l'arthrectomie. Dans ce dernier cas, on agrandit l'ouverture et on scie transversalement la rotule. Des crochets attirent en haut et en bas les parties molles auxquelles adhèrent les deux moitiés de la capsule recouverte de fongosités. A l'aide du bistouri et des ciseaux, on extirpe en totalité la synoviale et les ligaments. »

Mais chez l'enfant, une ablation ainsi limitée à la synoviale et aux ligaments, sera très rarement complète. Ainsi que l'a bien montré M. Lannelongue, les tuberculoses articulaires de l'enfance débutent presque toujours par les os; l'envahissement de la synoviale n'est que consécutif. Celle-ci excisée, on se trouve donc en présence des foyers osseux. Sans doute, ainsi que le fait remarquer Petersen, ces foyers sont ainsi mis très nettement à jour et il est possible de les attaquer, soit à la curette, soit à la gouge. Mais l'opération cesse alors d'être une arthrectomie simple. Elle se rapproche, sauf l'emploi de la cautérisation ignée, des arthrectomies de M. Ollier; elle se rapproche également des résections atypiques.

5° En réalité, c'est à une résection atypique, à une opération de nécessité plutôt que vraiment réglée, que devront toujours revenir les interventions chirurgicales dans les tumeurs blanches du genou chez l'enfant. L'incision destinée à aborder l'articulation sera variable. Tantôt elle sera unique, latérale, portant sur le côté où les lésions paraissent le plus graves. Tantôt à cette large incision il sera nécessaire d'ajouter, ainsi que le recommande M. Lannelongue (1), des incisions petites et multiples sur tous les points déclives, de manière à ne laisser échapper ni clapier ni trajet purulent. Relativement à la synoviale et aux ligaments, on pourra souvent se contenter d'un curage énergique; leur incision, dans d'autres cas, sera nécessaire; les foyers osseux seront soigneusement grattés et évidés. M. Heurtaux (de Nantes), après cet évidement, cautérise énergiquement au chlorure de zinc. M. Ollier regarde ce moyen comme plus aveugle que le feu rouge, sans être plus efficace.

Ces résections atypiques constituent donc un curage aussi complet que possible du foyer tuberculeux. Le désir de faire une ablation complète ne doit toutefois pas entrainer à des ablations osseuses trop étendues. Il ne faut pas craindre de laisser des extrémités irrégulières (2). La réparation n'en aura pas moins lieu. La guérison, ainsi que le montre une observation intéressante citée par M. Kirmisson (3) à la Société de chirurgie, est même possible après des opérations restées forcément assez incomplètes. L'emploi des antiseptiques peut enfin offrir une ressource pour modifier les fongosités tuberculeuses laissées par l'opération. M. Périer (4), après l'arthrotomie et le curage, touche tout l'intérieur de l'articulation au naphtol camphré. Souvent même il met, au lieu de drain, une mèche de gaze salolée trempée dans le naphtol camphré. Cet antiseptique énergique est peu toxique et son emploi est possible, même chez l'enfant. Avant de commencer l'intervention, il est bon de prendre les précautions signalées déjà à propos du traitement des abcès dans la méthode conservatrice et relative à la nécessité où l'on peut se trouver de substituer, séance tenante, une amputation au curage primitivement projeté. Quand il existe des abcès étendus, une précaution préliminaire (5), fort utile, est d'amener, autant que possible, leur asepsie en pratiquant quelques jours à l'avance des injections d'éther iodoformé qui en modifient le contenu. Après l'opération, une attention toute spéciale est nécessaire au point de vue de la position du membre en extension. La surveillance des appareils inamovibles appliqués, devra être faite avec beaucoup de soin. Parfois même il sera nécessaire de pratiquer la ténotomie des tendons fléchisseurs pour lutter contre leur rétraction. Phelps (6) regarde cette tendance à la rétraction comme si difficile à combattre, qu'au cours de ses résections du genou il pratique toujours cette ténotomie des tendons. Une surveillance attentive permettra d'ordinaire d'éviter cette opération supplémentaire. Bien qu'un certain nombre d'arthrectomies ou de résections partielles du genou aient pu être pratiquées avec succès sans drainage, le drainage, dans ces opérations, n'en doit pas moins constituer la règle générale. C'est surtout dans les arthrites fongueuses suppurées qu'on ne peut guère espérer arriver à une asepsie telle, qu'elle mette à l'abri de toute exsudation et permette de renoncer à l'usage du drain. Toutefois, il semble que l'on s'attache,

(1) Ollier. *Revue de chirurgie*, 1885, p. 177.
(2) Vincent. *Revue de chirurgie*, 1884 ; et Forestier. Thèse de doctorat, Lyon 1885.
(3) Volkmann. *Centralbl. f. Klin. Chir.*, 1885, n° 9, p. 137.

(1) Jalaguier. Loc. cit., p. 139.
(2) Quénu. Société de chirurgie, séance du 4 décembre 1890.
(3) Kirmisson. *Ibidem.*
(4) Périer. Thèse de Reboul, Paris 1890, p. 94.
(5) Barette. Congrès de la tuberculose, séance du 30 juillet 1888 (soir).
(6) Phelps. *New-York Med. Record*, 31 juillet 1886.

aujourd'hui moins qu'autrefois, au drainage intra-articulaire. Un simple drainage extra-articulaire, en ayant soin que l'extrémité des drains affleure l'ouverture de la synoviale, est d'ordinaire suffisant. Comme pansement, le pansement ouaté de Guérin, combiné avec un pansement antiseptique sur la plaie, donne d'excellents résultats. Le pansement de Scott peut être aussi très utilement employé. L'immobilisation doit être rigoureuse. Bien que, dans quelques cas exceptionnellement heureux, les opérés aient conservé l'usage partiel de leur jointure avec un membre utile, on ne saurait compter sur ce résultat. La cicatrisation obtenue, un appareil de soutien maintenant le genou rigide doit être encore porté pendant deux ou trois ans, pour prévenir les entorses et les déformations. Faute de soins ultérieurs (1), ces déformations peuvent, à la longue, devenir telles, qu'elles obligent à pratiquer plus tard l'amputation.

III

Tels sont les procédés des deux grandes méthodes de traitement des tumeurs blanches articulaires. Quelle est leur valeur respective au point de vue du membre et de la perfection des guérisons obtenues? Les statistiques, relativement à cette difficile question, sont nombreuses, mais rien n'est plus délicat que de les interpréter. D'une part, presque toutes les formes bénignes de tuberculoses articulaires sont traitées par la méthode conservatrice; d'autre part, les formes graves sont plutôt soumises à l'opération. A titre de document, il est néanmoins intéressant de comparer la statistique de l'hôpital de Berck avec une autre statistique importante de Willemer (2). A l'hôpital de Berck, M. Cazin (3) emploie la méthode conservatrice. De 1875 à 1885, il n'a pratiqué que six résections. La moyenne des guérisons obtenues dans des conditions, il est vrai, extrêmement favorables de milieu, n'en est pas moins, comme on l'a vu, de 74,3 p. 100 dans les tumeurs blanches non suppurées, de 68 p. 100 dans les tumeurs blanches suppurées.

Dans la statistique de Willemer, sur 76 malades âgés de moins de dix ans au moment du début de la tuberculose, 38 (51 p. 100) ont été traités à une époque plus ou moins éloignée du début, 4 par des résections atypiques, 34 par des résections typiques. Les interventions chirurgicales ont donc été plus nombreuses que les traitements sans intervention. Or, le chiffre des guérisons parfaites n'est que de 38 (50 p. 100). Les guérisons incomplètes avec fistules sont au nombre de 13 (17 p. 1000), 11 malades sont portés comme non guéris, avec un membre inutile (15 p. 100), 2 ont dû être amputés après des résections (3 p. 100), 11 autres (15 p. 100) ont succombé, dont 7 après les résections. Il est vrai que les conditions hygiéniques des malades de Willemer étaient peu favorables. Dans des conditions meilleures, Willemer croit que les opérations auraient pu être évitées dans les trois quarts des cas.

Au point de vue de la mortalité, la méthode conservatrice, pratiquée raisonnablement, paraît avoir l'avantage. Les enfants résistent bien mieux que les adultes à l'infection dont ils sont menacés par le foyer tuberculeux local. La statistique de Willemer doit, à cet égard, être encore citée.

Sur 76 malades ayant moins de dix ans au moment du début, le nombre de généralisations viscérales ultérieures est de 11 (15 p. 100). Sur 49 malades ayant de dix à vingt ans, ce nombre s'élève à 10 (20 p. 100). Après vingt ans, sur 49 malades il atteint 18 (37 p. 100). Dans de bonnes conditions hygiéniques, le danger d'infection sera donc relativement minime chez l'enfant. Il y a à cet égard de grandes différences entre le foyer tuberculeux (1) et le foyer cancéreux, que les partisans des opérations hâtives ont souvent comparés l'un à l'autre. L'infection générale est loin d'être fatale dans la tuberculose; sa guérison spontanée est loin d'être impossible. D'autre part, malgré l'antisepsie, les opérations dans les tuberculoses articulaires ne sauraient être regardées comme bénignes. Elles exposent parfois, ainsi que l'a montré M. Verneuil (2), aux généralisations par auto-inoculation. De plus, une antisepsie complète dans ces interventions sur des foyers déjà suppurés, chez des enfants qu'on est souvent forcé de panser fréquemment, les pièces de pansement se trouvant mouillées par l'urine, n'est pas toujours atteinte. Or, la moindre lacune dans l'antisepsie peut, sinon amener des complications mortelles, au moins forcer souvent à pratiquer l'amputation consécutive.

Au point de vue de l'utilité du membre, les deux méthodes doivent être comparées sous le rapport de l'atrophie musculaire, du raccourcissement, de l'attitude, de la mobilité ultérieure de l'articulation. La méthode conservatrice, avec son traitement longtemps prolongé, expose peut-être davantage à l'atrophie des muscles, mais il est rare que cette atrophie suffisamment soignée soit définitive. Le raccourcissement lié à l'atrophie est le même dans les deux méthodes; les opérations qui intéressent le cartilage de conjugaison sont, à cet égard, beaucoup plus graves. La position dans l'extension n'est guère moins difficile à maintenir après opération que sans opération. Enfin, si l'on élimine quelques cas, exceptionnellement heureux, l'ankylose de l'articulation reste la règle dans l'un comme dans l'autre des traitements.

La méthode conservatrice assurant des résultats aussi favorables, avec des dangers moindres, doit donc être préférée dans la tumeur blanche du genou chez l'enfant. Mais avec la sécurité que donne l'antisepsie, ce serait, d'autre part, une lourde faute de laisser évoluer sans intervention des tumeurs blanches suppurées, jusqu'au moment où l'étendue de la destruction articulaire ne laisse plus d'autre ressource que l'amputation, où souvent même la dégénérescence amyloïde du foie et du rein ne permet même plus cette suprême ressource. On ne peut que répéter, en terminant, le sage conseil de M. Lannelongue (3) relativement à la coxo-tuberculose : « Il y a une juste mesure à garder entre la précipitation des chirurgiens qui opèrent prématurément pour obéir à une règle formulée d'avance et sans fondement, alors que le malade peut guérir par la méthode conservatrice et un atermoiement indéfini qui fait attendre, pour intervenir, que la vie soit sérieusement compromise. » Si à la ressource locale que donne toujours l'opération on peut joindre des conditions hygiéniques favorables, on aura, si grave que soit la tuberculose, de sérieuses chances de succès.

(1) Wright et Sollier. Excision of knee joint, *Ann. of Surgery*, 1889, vol. X, p. 411.
(2) Willemer. *Deuts. Zeitschr. f. Chir.*, 1885, vol. XXII, p. 268.
(3) Cazin. Loc. cit., p. 487 et p. 205-206.

(1) Ollier. *Traité des résections*, vol. I, p. 448.
(2) Verneuil. *Revue de chirurgie*, 1883, p. 841.
(3) Lannelongue. *Coxo-tuberculose*, Paris 1886, p. 185.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bergès (de Goutz); Piachaud (de Genève); Ronzier-Joly (de Clermont-l'Hérault).

— MM. Laffitte et Thiroloix, internes des hôpitaux, reprendront leurs conférences d'internat le jeudi 15 janvier, à trois heures précises, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Chomel).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 6. — MARDI 13 JANVIER 1891. 64e ANNÉE. MARDI 13 JANVIER 1891. — Nº 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôtel-Dieu. Quelques cas de dyspepsie gastrique. — Thèses de Paris. — Société de Chirurgie. — Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 12 janvier 1891.

On trouvera plus loin le résumé d'une communication préliminaire, faite à la Société de dermatologie par M. Vidal, au nom de la commission d'étude des médecins de Saint-Louis, sur le traitement du lupus par la lymphe de Koch. M. Vidal n'a parlé que des irrégularités de la réaction générale, des dangers des injections de lymphe et des précautions à prendre pour éviter les accidents toxiques.

Albuminurie, congestion pulmonaire, tendance au collapsus cardiaque, endocardite, myocardite, tuméfaction de la rate, éruptions cutanées, anémie rapide et dépression générale très marquées, on reconnaîtra là une série de phénomènes bien souvent signalés. Il est d'autant plus difficile de prévoir et d'éviter ces accidents, que les différents individus réagissent d'une façon très différente sous l'influence des mêmes doses et, chose plus grave, que, chez un même individu, la susceptibilité peut être plus prononcée à la troisième injection qu'à la seconde.

Dans ces conditions, on doit féliciter les savants dermatologistes de Saint-Louis d'agir avec prudence, de n'employer que des doses très faibles, et de les espacer plus qu'on ne le faisait auparavant. Est-ce suffisant pour mettre à l'abri de tout danger ?

Les doses nécessaires pour provoquer une réaction locale peuvent mettre immédiatement la vie en danger. D'autre part, on ne sait pas, on ne peut pas savoir ce que deviendront ultérieurement les individus anémiés et déprimés par les injections.

Les bénéfices tirés de l'emploi de la lymphe de Koch sont-ils si grands et si évidents dans le lupus qu'on puisse passer outre et courir le risque des accidents toxiques connus et des accidents ultérieurs possibles, mais encore inconnus ? Nous saurons dans un mois, officiellement, ce qu'en pensent les médecins de Saint-Louis.

En attendant, on est tenté de se demander si le meilleur moyen d'éviter les accidents ne serait pas encore de renoncer à l'emploi d'une substance d'une action toxique d'autant plus dangereuse qu'on peut, plus difficilement, en prévoir les effets.

Un professeur de la Faculté, mis en possession d'un flacon de lymphe, a eu, tout d'abord, l'idée de ne faire que des injections d'une quantité extrêmement faible (1/10e de milligramme et même moins), mais de répéter ces injections d'une façon suivie et prolongée. Peut-être y a-t-il là l'idée première d'une méthode à la fois utile et inoffensive. Après y avoir bien réfléchi, le professeur en question a rendu le flacon sans vouloir s'en servir. Rendre le flacon est peut-être encore le parti le plus sage.

Nous ne demandons pas mieux que de penser le contraire, n'ayant tendance ni au dénigrement systématique, ni au découragement injustifié ; mais il faut qu'on nous démontre que le remède de Koch peut être utile, sans danger, ou que tout au moins les risques qu'il fait courir sont compensés largement par les avantages de son emploi.

Nous attendons donc avec impatience la communication promise sur les expériences faites à l'hôpital Saint-Louis par des médecins dont nous apprécions le savoir et le caractère.

HOTEL-DIEU. — M. Proust.

Quelques cas de dyspepsie gastrique.

I

Dans la salle des femmes, il y a eu, depuis quelques semaines, plusieurs malades présentant des types différents de dyspepsie gastrique qu'il peut être intéressant de comparer entre eux.

Au nº 3 est morte une femme de trente-neuf ans, dont l'histoire pathologique, longue et complexe, est des plus curieuses. Cette malade, autrefois polisseuse de camées, était une fidèle cliente du service. Dans le polissage des camées, on emploie une poudre à base de plomb. C'est ainsi qu'il y a douze ans, elle fut atteinte de coliques saturnines et, ultérieurement, d'atrophie musculaire généralisée ; elle fit à Lariboisière un premier séjour de dix mois ; elle en sortit guérie. L'électrisation a paru lui être très utile.

Elle y revint il y a quatre ans, atteinte pour la première fois d'accidents gastriques graves. Depuis quelque temps, elle avait des vertiges, des étourdissements, de la céphalée, du ballonnement de l'abdomen après le repas. On reconnut l'existence d'un degré marqué de dilatation de l'estomac ; elle fut soumise à divers traitements : à l'ipéca à faibles doses, au régime sec, etc. Elle sortit très améliorée, se considérant même comme guérie, au bout de deux mois et

demi, et devint bientôt enceinte. Elle accoucha un peu avant terme ; ses jambes enflaient depuis quelque temps sous l'influence de la marche ; il y avait un peu d'albumine dans l'urine. Cette albuminurie disparut bientôt après l'accouchement prématuré.

Cependant l'estomac se comportait bien ; les phénomènes attribuables à la gastrectasie ne reparaissaient pas. Bien qu'assez faible, que facilement fatiguée, cette femme faisait le dur métier qui consiste à porter des échantillons de maison en maison.

Trois ou quatre mois avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle commença à tousser, ses crachats, à plusieurs reprises, furent sanguinolents. Elle eut des vomissements, non point seulement des vomissements causés par les quintes de toux, mais aussi des vomissements spontanés, précédés de douleurs assez vives à l'épigastre. Parfois ces vomissements survenaient à jeun, plus souvent encore presque immédiatement après les repas. Dans le cours de la digestion, il y avait des renvois, des aigreurs, de la pesanteur au creux épigastrique, un malaise général très pénible, de la céphalalgie. Des vertiges intenses survenaient souvent dans la rue ; souvent aussi, il y avait des crampes dans les jambes, des fourmillements dans les mains. Le sommeil était agité, troublé par des cauchemars pénibles. L'ensemble du tableau rappelle de très près les accidents attribués par M. Bouchard à la dilatation de l'estomac : ils sont certainement susceptibles d'être expliqués par des phénomènes d'auto-intoxication.

Mais n'anticipons pas. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on trouve cette malheureuse femme amaigrie, pâle, cachectique. L'émaciation des membres est très prononcée ; sur la peau des jambes, des squames de fausse ichtyose cachectique.

A l'auscultation, on trouve des craquements humides aux deux sommets, en avant et en arrière : il s'agit donc de foyers de tuberculose en voie de ramollissement.

La langue est sèche, ce qui est rare dans la tuberculose pulmonaire, où, comme le faisait remarquer Lasègue, la langue est habituellement humide et nette. Il existe un état nauséeux presque constant ; des vomissements surviennent quatre et cinq fois par jour, glaireux, alimentaires ou non. Les aliments, quels qu'ils soient, sont fort mal tolérés. Très souvent, ils sont rejetés presque immédiatement. La malade tousse d'ailleurs fort peu et ce ne sont pas les quintes de toux qui amènent l'expulsion des aliments : il est bon de le bien établir, puisque la malade est phthisique.

L'abdomen est légèrement rétracté. A la pression au creux épigastrique, on provoque une assez vive douleur. Il n'y a du reste pas de tumeur, pas de rénitence ; il n'y a pas d'adénopathie cervicale, et l'on peut, selon toute vraisemblance, éliminer l'idée d'un cancer gastrique. Il n'y a jamais eu de vomissements noirs, et l'aspect de la malade n'est pas celui d'une cancéreuse. Il n'y a jamais eu de dégoût particulier pour la viande.

Par la succussion digitale pratiquée à la façon de M. Bouchard, on constate du clapotage à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Par la succussion totale, faite suivant le procédé hippocratique, on perçoit un bruit de flot à timbre manifestement amphorique.

La sonorité gastrique, déterminée par la percussion, paraît mesurer 22 à 24 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Il n'y a aucun doute, il existe là une dilatation considérable de l'estomac.

Un repas d'épreuve, consistant en 250 grammes de thé léger et 60 grammes de pain, fut donné un matin. Le contenu de l'estomac fut extrait, par simple expression, au bout d'une heure. L'examen en fut fait par MM. A. Mathieu et Rémond (de Metz), par le procédé qui leur est personnel. L'acidité totale était très faible : 0,56 au lieu de 1,50 à 2 p. 1000. Les acides organiques formaient plus de la moitié de cette acidité, 0,36 ; il n'y avait pas d'acide chlorhydrique libre. L'acidité minérale n'était donc que de 0,20. C'est là un chiffre très bas, le plus bas qu'aient jamais rencontré MM. A. Mathieu et Rémond. Du reste, il n'y avait pas de peptone dans le suc gastrique.

Il y a quelques années, l'absence des réactions qualitatives de l'acide chlorhydrique, eût amené à penser au cancer de l'estomac ; mais on sait maintenant que l'acide chlorhydrique libre peut faire défaut dans bien des cas où il n'y a pas de cancer stomacal ; et, du reste, il n'y en avait chez aucune des quatre malades examinées du service, et trois d'entre elles n'étaient certainement pas cancéreuses. La question est maintenant définitivement jugée.

Une digestion semblable, que l'on peut considérer comme à peu près nulle, peut se voir dans la gastrite atrophique, et même chez des personnes qui ne paraissent avoir que des phénomènes de dyspepsie nervo-motrice, et chez lesquelles tout le travail digestif s'exécute dans l'intestin.

Ce qui dominait ici, c'étaient les fermentations acides. Les conditions étaient donc excellentes pour donner lieu aux accidents attribués par M. Bouchard à l'auto-intoxication. A cet ordre de phénomènes appartiennent les vertiges, les étourdissements, les crampes dans les jambes, et les véritables crises de tétanie fruste que nous avons pu observer à plusieurs reprises.

Y avait-il une lésion organique de cet estomac si dilaté, d'un fonctionnement si insuffisant ? On pouvait penser à la gastrite généralisée atrophiante, cause habituelle de cet affaiblissement extrême du pouvoir digestif de l'estomac même dans le cancer. Malheureusement, l'autopsie n'a pu être faite, et l'observation est par cela même restée incomplète. Malgré cela elle est intéressante parce qu'on voit la dilatation de l'estomac survenir chez une femme fortement touchée par l'empoisonnement saturnin, rester muet pendant plusieurs années, puis réapparaître avec des accidents graves, locaux et généraux, au moment où se montrent les premières manifestations de la tuberculose pulmonaire. Cette tuberculose, chose curieuse, a évolué absolument sans fièvre.

Ici encore se pose le problème si intéressant des rapports de la dyspepsie et de la phthisie pulmonaire, que M. Bouchard a résolu en subordonnant la tuberculose à la dilatation de l'estomac.

Quoi qu'il en soit, cette malade était atteinte d'une forme grave de dilatation et il paraît certain, en tout cas, que l'auto-intoxication d'origine gastrique est venue donner sa note dans l'ensemble des manifestations pathologiques. La dilatation de l'estomac, l'absence d'acide chlorhydrique libre, la disparition complète du pouvoir chlorhydropeptique, ce sont là des conditions excellentes pour l'apparition de fermentations qui se traduisaient dans le cas particulier par la prédominance de l'acidité organique sur l'acidité minérale.

THÈSES DE PARIS

Traitement de la blennorrhagie par le salol, par M. BARRAUD.

M. Dreyfous faisait, l'an dernier, à la Société médicale des hôpitaux, une communication dans laquelle il annonçait les bons résultats qu'il avait retirés du salol dans le traitement de la blennorrhagie. M. Barraud a expérimenté l'action de ce médicament sur les nombreux malades qui fréquentent l'hôpital du Midi, et les résultats de ses observations sont loin d'être favorables à la méthode nouvelle. L'auteur n'a pas osé rompre complètement avec les publications antérieures, mais la lecture de ses observations est peu faite pour encourager, et voici les conclusions principales de sa thèse :

« L'action du salol dans la blennorrhagie ne doit pas être reregardée comme absolument nulle ; elle est minime, mais réelle cependant.

Le salol ne nous a pas paru avoir d'action analgésique spéciale sur la douleur de la blennorrhagie.

Mais, en somme, le salol ne présente pas d'indications absolues. Si on veut l'employer, ce sera à la période aiguë, dans le but d'influencer favorablement la marche de cette période; et encore faudra-t-il ne pas s'attendre à des résultats éclatants. »

Si ces conclusions sont exactes, et il faut avouer qu'elles le paraissent, le salol doit disparaître de la thérapeutique des blennorrhagies, étant donné le grand nombre de médicaments si utiles et si efficaces dont le médecin dispose contre cette infection.

L'ostéomyélite de la colonne vertébrale, par F. TOURNADOUR.

La colonne vertébrale, pour être un siège d'élection de la tuberculose osseuse, n'échappe pas pour cela aux autres infections. Les différents agents infectieux des ostéomyélites peuvent se développer dans ses différents segments et donner lieu aux formes cliniques diverses de l'inflammation osseuse.

Comme sur les os longs, l'ostéomyélite vertébrale présente des allures différentes à sa phase aiguë ou à sa phase chronique.

Dans la plupart des cas, l'ostéomyélite vertébrale est justiciable d'une intervention chirurgicale, qui, hardie et complète, peut donner les résultats les plus favorables. Ces interventions sont de même ordre que celles décrites, et que nos lecteurs connaissent pour en avoir lu la description dans l'excellente revue de M. Chipault (1).

Rôle de la vessie pendant l'accouchement et la délivrance, par M. A. VIGOUROUX.

La rétention d'urine pendant l'accouchement et la délivrance peut produire des résultats tellement graves pour la mère et l'enfant, que nous croyons devoir reproduire les conclusions mêmes du travail de M. Vigouroux :

« Tout accoucheur appelé auprès d'une femme au début du travail, ou à n'importe quel moment, doit s'enquérir du temps écoulé depuis la dernière miction, et de la façon dont ses mictions se sont accomplies pendant la grossesse. L'accoucheur ne doit pas se contenter des réponses de la parturiente, mais pratiquer un examen attentif des organes génito-urinaires.

Une petite quantité d'urine contenue dans la vessie suffit à amener des désordres graves; l'accoucheur doit vider naturellement ou artificiellement la vessie. S'il est toujours utile de vider la vessie, même dans l'accouchement naturel, il est de la plus haute importance de la vider quand il est nécessaire de pratiquer une opération obstétricale : version, application du forceps, opération césarienne, etc. »

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, pp. 809 et 969.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 janvier 1890. — Présidence de M. HORTELOUP.

DISCUSSION DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUR LE FOIE

M. MARCHAND rapporte l'observation d'une jeune femme de vingt-sept ans, qui ressentait, depuis deux mois, des douleurs vives dans la région hépato-gastrique. Le début de la maladie fut accompagné de frissons et de fièvre. L'état général était très mauvais, et un amaigrissement considérable était rapidement survenu. Au moment ou M. Marchand vit la malade, il constata dans la région hépatique une tuméfaction douloureuse à la pression. La laparotomie médiane montra le foie volumineux et lisse, mais sans trace aucune de fluctuation. L'abdomen fut refermé, et la malade succombait treize jours après. L'autopsie montra qu'il existait, dans ce foie volumineux, une dizaine de petits abcès dont la grosseur ne dépassait pas celle d'une noix, abcès qui paraissaient être développés aux dépens des ramifications de la veine porte.

RAPPORTS

Kyste dermoïde sublingual. — M. DELENS analyse un travail de M. Schmit (de Versailles) sur les kystes dermoïdes sublinguaux. Ce mémoire, en comptant les cas publiés dans les travaux de M. Ozenne et M. G. Marchant, réunit trente faits connus, dont un personnel à l'auteur.

Dans ce dernier cas, il s'agit d'un soldat qui, depuis trois semaines, avait remarqué dans la région sus-hyoïdienne la présence d'une tumeur arrondie qui avait acquis assez rapidement le volume d'un œuf de dinde. De consistance ferme, de forme sphérique, de situation médiane, quoique débordant un peu à gauche, sans adhérences à la peau, tels étaient les signes présentés par cette tumeur. Lorsque le maxillaire était abaissé, elle formait, sous le plancher de la bouche, une saillie mollasse d'apparence jaunâtre.

L'extirpation fut faite par la voie buccale. La poche ne présentait aucune adhérence au squelette de la région, fait qui mérite d'être noté. M. Schmit insiste aussi sur le développement rapide de cette tumeur, dont le contenu absolument caractéristique révélait la nature dermoïde et qui, malgré son origine congénitale, ne s'était développée qu'après la vingtième année.

M. Delens pense qu'en analysant les signes présentés par la tumeur, M. Schmit eût pu porter d'emblée son diagnostic de kyste dermoïde sublingual, au lieu de celui de grenouillette sus-hyoïdienne qui fut admis et qui fut infirmé au cours de l'opération.

M. G. MARCHANT dit que ce développement tardif des tumeurs congénitales est un fait aujourd'hui bien connu. Ce qu'il y a de particulier dans l'observation de M. Schmit, c'est l'absence d'adhérence du kyste au squelette de la région. M. Marchant, dans le travail qu'il a fait à ce sujet, a démontré que ces kystes pouvaient être divisés en deux groupes, au point de vue de leurs attaches osseuses : les uns, s'insérant sur l'os hyoïde et méritant le nom d'ad-hyoïdiens; les autres, aux apophyses géni du maxillaire inférieur, et s'appelant ad-géniens.

On peut enlever ces kystes par la voie buccale; cependant, dans ce cas, il n'est pas rare de voir des accidents inflammatoires se développer dans la plaie chirurgicale. Aussi dans les kystes à saillie sus-hyoïdienne fort nette, ou à insertion hyoïdienne, l'intervention par la région cervicale est-elle préférable à tous les points de vue.

M. BAZY dit qu'il a opéré ainsi deux de ces kystes dermoïdes, par la région cervicale. Au point de vue de la facilité opératoire, il n'a eu qu'à se louer d'avoir choisi cette voie.

COMMUNICATIONS

Extirpation d'un volumineux anévrysme inguinal enflammé. — M. BAZY a opéré, en novembre 1889, un homme

de quarante-trois ans, qui, depuis trois ans, portait une tumeur anévrysmale de l'aine droite. Dans les deux mois qui précédèrent l'intervention, à la suite de fatigues et de marches forcées, la tumeur avait augmenté de volume et s'était enflammée. Le malade avait de la fièvre, s'affaiblissait de jour en jour et souffrait cruellement.

Dans un premier temps opératoire, une large incision permit de lier l'artère iliaque externe au-dessus du sac anévrysmal ; par une deuxième incision au-dessous de l'anévrysme, le chirurgien fit la ligature de l'artère et de la veine fémorale. La dissection extérieure du sac anévrysmal fut des plus pénibles et s'accompagnait d'un suintement sanguin abondant et difficile à arrêter. Force fut d'ouvrir la tumeur, qui fut vidée de près de 800 grammes de caillots. Malgré les deux ligatures préalables faites au-dessus et au-dessous du sac, une violente hémorrhagie eut lieu par le fond du sac et fut arrêtée par une pince hémostatique. L'extirpation fut alors achevée et la plaie superficielle en partie réunie.

La guérison survint sans aucun accident ; aussi M. Bazy pense-t-il qu'en pareil cas, l'extirpation de l'anévrysme est préférable à la ligature.

M. **BERGER** croit qu'il ne faut pas accuser la ligature de tous les accidents qu'on enregistrait autrefois. Les faits récemment observés prouvent que la ligature faite au-dessus et au-dessous du sac est fréquemment efficace et, en tous cas, nullement dangereuse. L'inflammation et la suppuration que les observations anciennes signalent, sont dues à une opération défectueuse au point de vue antiseptique et nullement au procédé opératoire employé. Or, étant donné la facilité de la ligature, comparée à l'opération laborieuse, difficile et dangereuse de l'extirpation, il n'y a pas, en général, à hésiter dans le choix de l'intervention.

MM. **PEYROT** et **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** partagent en tous points l'avis de M. Berger.

M. **BAZY** répond que, s'il a préféré l'extirpation à la ligature, c'est qu'il a été déterminé, dans son choix, par le mauvais état général du sujet, le volume énorme de l'anévrysme et son état d'inflammation. Il a pensé que, dans ce cas, la ligature eût été impuissante.

LECTURE

Traitement des abcès du foie. — M. **PEYROT** lit l'observation d'un jeune homme de vingt-huit ans, qui fit, à l'âge de huit ans, une chute sur le côté droit et séjourna au lit pendant quelques semaines. Plusieurs années après, il eut, en Californie, de la dysentérie, pendant trois mois. Revenu en France, il ne présenta aucun accident jusqu'en juillet 1890.

A partir de cette époque, le malade commence à ressentir des douleurs dans le flanc droit, puis, de temps en temps, des frissons, de la fièvre, des troubles digestifs et à ces phénomènes s'ajoute un amaigrissement notable.

Au mois de décembre dernier, on constate une tuméfaction de la région hépatique, au niveau de laquelle une ponction exploratrice donne issue à du pus. Quand M. Peyrot vit le malade, il existait une vaste collection purulente, formant voussure au-dessous des fausses côtes.

Sur le point le plus saillant de la tuméfaction, à 1 centimètre du rebord des fausses côtes, il pratiqua une incision verticale de 5 centimètres, ouvrant ainsi largement le foyer, dont il est sorti 2 litres de liquide purulent environ, puis on fit, dans la poche, des irrigations avec une solution phéniquée. Mais, pendant ces manœuvres, comme il n'existait pas d'adhérence entre la paroi de l'abcès et la paroi abdominale, le parallélisme entre l'incision tégumentaire et l'incision hépatique s'est trouvé détruit par suite du retrait et de l'ascension de la poche vidée de son contenu.

Ce fut en vain qu'on essaya de ressaisir les lèvres de l'incision hépatique, et à cause des douleurs que provoquaient ces recherches, il fut nécessaire d'endormir le malade, après quoi la paroi de l'abcès put être reprise et suturée à l'ouverture abdominale. Des lavages abondants furent de nouveau pratiqués dans la poche et, après y avoir placé deux gros drains, on recouvrit l'abdomen d'un large pansement antiseptique.

Dans les jours qui suivirent cette opération, il n'y eut à noter qu'un léger degré de fièvre, qui parut ne devoir être attribuée qu'à de la bronchite, car aucun phénomène de la péritonite — malgré la chute probable dans le péritoine d'une certaine quantité du liquide purulent — ne s'est montré ; après un écoulement bilieux, de jour en jour moins abondant, il fut possible de supprimer le drainage le quinzième jour et bientôt la guérison fut définitive.

Quelques auteurs, et Laveran en particulier, ont montré que ces abcès du foie étaient parfois dépourvus de micro-organismes infectieux. Le microscope et les expériences démontrèrent qu'il en était ainsi dans le cas présent. Le pus recueilli a été soigneusement examiné ; on n'y a découvert aucune trace de micro-organismes, des ensemencements ont été faits sans aucun succès et des inoculations chez le cobaye n'ont donné que des résultats négatifs. On peut denc en conclure que les microbes de la suppuration font souvent défaut dans le liquide de ces abcès hépatiques et que c'est là la raison pour laquelle il n'y a souvent aucune inoculation infectieuse du péritoine.

M. **BOUILLY** a eu un accident semblable, dont la relation est consignée dans la thèse de M. le docteur Caravias. Après avoir fait l'incision de l'abdomen et du kyste purulent, la paroi de ce dernier s'est retirée en haut et en arrière et les deux incisions ont cessé de se correspondre ; il y avait entre elles un intervalle notable, qui permettait de voir le foie s'élever et s'abaisser, et la différence de niveau des incisions était telle que les tubes à drainage, une fois placés, avaient pris une direction couchée, presque verticale. Malgré un épanchement du pus, horriblement fétide, dans la cavité péritonéale, aucun accident n'est survenu, et le malade a bien guéri.

Toutefois, depuis ce jour, M. Bouilly prend la précaution de fixer la poche purulente à la lèvre inférieure de l'incision cutanée, avant d'en faire l'ouverture.

M. **PÉRIER** dit que, dans un cas d'abcès du foie, opéré par lui, il a fait la suture préalable du foie aux lèvres de l'incision cutanée. Ce n'est qu'après cette suture qu'il ouvrit le parenchyme hépatique. L'opération, ainsi faite, fut simple et facile.

M. **CHAUVEL** dit que, comme ses collègues, il n'a jamais trouvé d'adhérences fixant le foie aux parois abdominales. Malgré cela, il proscrit les sutures susceptibles de déchirer le tissu friable du foie, ou si elles tiennent, de créer des adhérences préjudiciables dans l'avenir.

M. **ROBERT** a observé au Tonkin beaucoup de ces abcès hépatiques. Ils ne se présentent plus, comme chez nous, sous forme d'une grosse collection, en général unique, mais bien sous forme de foyers multiples de tissu ramolli et puriforme. La pratique habituelle consistait à opérer ces abcès en deux temps. D'abord, on incisait les parties molles, jusqu'au foie, le lendemain on pratiquait une ou plusieurs ponctions à l'aide du trocart. Une amélioration passagère suivait, en général, l'évacuation d'un des foyers purulents. Mais le plus souvent, on le comprend, ces ponctions ne parvenaient pas à trouver et à vider tous les foyers, et les malades succombaient presque tous. M. Robert ne se rappelle que deux cas de guérison.

M. **CHARVOT**, sur deux cas qu'il a observés en Algérie, a observé deux guérisons et cependant aucune suture ne fut faite pour fixer le foie et empêcher l'issue du pus dans le péritoine.

M. **QUÉNU** raconte qu'il a eu l'occasion d'intervenir chez un malade dont les accidents devaient faire songer à un abcès du foie. La laparotomie fit trouver une certaine quantité de liquide ascitique et un foie volumineux, qui débordait de beaucoup le rebord des fausses côtes. Le trocart fut enfoncé en des points différents de l'organe, sans découvrir aucune collection liquide, et, malgré des recherches minutieuses, la fluctuation ne fut sentie nulle part. L'incision abdominale fut alors suturée et, quelques jours après, le malade succombait. L'autopsie montra, dans l'épaisseur du foie, un volumineux abcès contenant près de

deux litres de liquide. On peut se demander si de semblables faits n'autoriseraient pas à multiplier ces ponctions.

PRÉSENTATION DE MALADES

Résection du genou. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente deux malades à qui il a fait subir, il y a cinq ans, la résection du genou, et il montre combien la marche est facile et régulière, chez ces deux malades, malgré un raccourcissement de 7 centimètres chez l'une et de 12 centimètres chez l'autre.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 8 janvier 1891. — Présidence de M. HARDY.

COMMUNICATIONS

Dermatite herpétiforme en cocarde. — M. HALLOPEAU donne de nouveaux détails sur le cas qu'il a présenté dans la dernière séance, sous la dénomination d'*herpès en cocarde confluent* du tronc, et qu'il propose aujourd'hui d'appeler dermatite herpétiforme en cocarde. L'éruption a, en effet, rapidement changé de caractère; elle a présenté pendant plusieurs jours ceux qui appartiennent à cette dermatite. Bien que la poussée n'ait pas été de longue durée et que l'on ne puisse prévoir s'il se produira des récidives, on est en droit de la rattacher à ce type morbide. Elle a été nettement polymorphe; de nombreuses taches de purpura sont venues s'ajouter aux placards érythémateux, vésiculeux et bulleux. Il s'est produit, en outre, une néphrite aiguë, et, sous son influence, des troubles graves de la santé générale, de l'albuminurie, de l'oligurie, une anasarque généralisée, de l'ascite et un état d'asthénie profonde; l'existence du malade est en danger.

Ce fait montre une fois de plus que la bénignité attribuée à ces dermatites est loin d'être une règle absolue. M. Hallopeau a actuellement dans son service un autre cas qui vient de se compliquer d'endocardite aiguë. Il semble que les toxines, dont la pénétration ou la production dans l'organisme est, selon toute vraisemblance, la cause prochaine de cette maladie, puissent ne pas limiter leur action phlogogène à la peau et l'exercer simultanément sur différents viscères, tels que le rein et le cœur.

Xanthélasma généralisé périfolliculaire dans plusieurs régions. — M. VIDAL présente un homme grand et vigoureux, qui porte sur plusieurs régions des lésions évidentes de xanthélasma. Il en est ainsi aux coudes et aux mains. Sur les fesses, on trouve de petites saillies folliculaires, dures, qui ont à peu près l'aspect du lichen ou de l'acné pilaire, mais d'une coloration jaune semblable à celle des lésions xanthélasmiques des mains. Il s'agit d'un xanthélasma périfolliculaire. Cet homme a eu un rhumatisme articulaire aigu, il en a conservé un souffle mitral léger. Il n'est pas diabétique et n'a jamais eu d'ictère. Il n'a pas de lésion hépatique appréciable. Dans un cas semblable de Bristowe, le diabète s'est montré ultérieurement.

M. HALLOPEAU. Il y a des variétés différentes de xanthélasma; on a décrit sous ce nom des affections différentes.

M. BESNIER. Cela est vrai, et dans le cas particulier, l'idée qui doit venir est celle d'un xanthélasma diabétique. Que ce malade devienne diabétique un jour, cela n'aurait rien d'étonnant. Il est très possible encore qu'il y ait des diabétiques dans sa famille.

Syphilis héréditaire chez un enfant de vingt et un mois. — M. FEULARD. Il y a des syphilides circinées des joues et une déformation du crâne décrits, par M. Fournier, sous le nom de crâne natiforme. Sous l'influence du traitement spécifique il y a eu, en quelques jours, une amélioration marquée des lésions cutanées. La mère, sur cinq grossesses, a eu quatre avortements; l'enfant est né de la quatrième grossesse.

Instrument spécial pour la vaccination. — M. MARÉCHAL. M. Fournier présente, au nom de M. Maréchal, médecin militaire, un mémoire et un instrument. M. Maréchal pense qu'il est possible que la syphilis vaccinale puisse se transmettre par l'instrument qui sert à l'inoculation, lorsque, se servant de vaccin animal, on vaccine un individu syphilitique, et que l'instrument reste imprégné de virus : ce serait une syphilis instrumentale. Le mieux serait donc, à son avis, de se servir d'un instrument de vil prix, qui ne servirait que pour une seule personne. En faisant l'inoculation avec des épingles, il a eu 42 p. 100 de succès; 63 p. 100 en se servant de plumes à écrire non fendues. Il a donc fait fabriquer une plume spéciale, non fendue mais affilée, qui revient à cinq centimes pièce, que l'on peut monter sur un porte-plume spécial, permettant de rejeter la plume après s'en être servie. On ne court pas ainsi le danger de se piquer. A cette plume à vaccination, M. Maréchal donne le nom de vaccinostyle.

M. VIDAL s'est servi autrefois de simples épingles de blanchisseuses aplaties d'un coup de marteau. C'est là, par excellence, un instrument de vil prix.

M. LAILLER. Il peut y avoir danger à laisser traîner les plumes ou les épingles qui ont servi à la vaccination. C'est pourquoi après m'être aussi servi de plumes ou d'épingles, j'ai fait, il y a longtemps, construire un petit stylet en platine et iridium à pointe terminée en vrille. On peut, après chaque opération, le chauffer à la lampe à alcool et le porter au rouge : cela met sûrement à l'abri de l'inoculation de la syphilis.

Traitement du lupus par la lymphe de Koch. — M. VIDAL. La commission des médecins de Saint-Louis, chargée d'étudier le traitement du lupus par la lymphe de Koch, exposera dans la prochaine séance le résultat de ses recherches. Aujourd'hui, je ne veux faire qu'une communication préalable, et donner seulement un aperçu préliminaire de nos observations. Je ne toucherai que trois points seulement : les irrégularités de la réaction générale, les dangers de l'injection de lymphe, les précautions à prendre pour se mettre à l'abri des accidents.

Depuis le 30 novembre, trente-deux malades ont été soumis au traitement de Koch. Ils ont reçu de quatre à six injections, à des intervalles de quatre à huit et même dix jours.

La réaction générale est loin de présenter la régularité annoncée, et la réaction locale, n'est souvent pas proportionnée à la réaction générale. La réaction locale peut manquer alors qu'il se produit une réaction générale très intense.

D'autre part, il arrive qu'une dose faible, un demi-milligramme, par exemple, produit une réaction intense, alors qu'avec des doses plus élevées, cette réaction fait défaut. Une femme a eu une température de 40°8 avec un demi-milligramme de lymphe à la troisième injection. Après les deux premières, la réaction avait été moins marquée avec des quantités plus considérables.

Une autre malade, avec 1 milligramme, a eu des accidents inquiétants, qui seraient peut-être devenus mortels, si on ne l'avait énergiquement soignée; elle a présenté une congestion pulmonaire intense, une tendance au collapsus cardiaque, une angoisse respiratoire énorme, une éruption cutanée, de l'albuminurie.

Les *dangers* de l'inoculation peuvent donc être très grands; ils sont d'autant plus grands qu'ils sont impossibles à prévoir. En effet, non seulement les différents malades n'ont pas une égale susceptibilité, mais encore la susceptibilité des divers individus varie d'une séance à l'autre.

La congestion des bases des poumons est assez fréquente; à plusieurs reprises nous avons pu constater des phénomènes d'endocardite et de myocardite. Plusieurs fois il y a eu augmentation du volume de la rate et trois ou quatre fois de l'albuminurie.

Chez un certain nombre de malades on constate, après les injections, des phénomènes marqués d'anémie et de dépression générale.

Pour se mettre à l'abri de ces divers accidents, il faut donc n'employer que des doses très faibles et les espacer suffisamment.

Observation de vaccine généralisée suivie de mort. — M. GAUCHER. Un enfant d'un mois, huit jours après avoir été vacciné, a des pustules vaccinales excoriées, il se développe une fièvre très vive, le lendemain (neuvième jour), des vésicules apparaissent sur différentes régions du corps. Le onzième jour, il est examiné pour la première fois. On trouve disséminés sur le corps des éléments vésiculeux et pustuleux de volume variable. Beaucoup de ces éléments présentent les caractères évidents d'une éruption, de nature vaccinale. Il est à remarquer qu'on en trouve dans des régions dans lesquelles il était impossible à l'enfant de porter les mains. L'état général est mauvais (40°2), il y a de la diarrhée. L'enfant meurt avec des phénomènes de congestion pulmonaire. A l'autopsie, on constate cette congestion pulmonaire, de l'augmentation de volume de la rate, et dans le foie des lésions banales, communes à toutes les maladies infectieuses.

Il s'agissait, sans doute, d'une éruption de vaccine généralisée et non d'une inoculation de proche en proche.

Contribution à l'étude du pseudo-chancre induré des anciens syphilitiques. — M. HUMBERT. Une communication antérieure de M. Du Castel amène M. Humbert à exposer sur ce sujet sa façon de voir personnelle qui diffère sensiblement de celle de son collègue du Midi.

Il arrive de temps à autre que des lésions tertiaires prennent l'apparence de chancres indurés, et, si l'on n'était pas prévenu, si l'on ne connaissait pas l'histoire antérieure du malade, s'il n'y avait pas simultanément des accidents évidemment tertiaires, le diagnostic différentiel serait à peu près impossible. Du reste, le chancre et le pseudo-chancre sont tous deux des syphilomes : ils sont indurés parce que ce sont des syphilomes, des lésions de structure semblable.

Il n'est pas démontré que le pseudo-chancre siège de préférence précisément au niveau du vrai chancre, de l'accident primitif. M. Humbert ne croit guère qu'il puisse persister au bout de quinze à vingt ans, au point où a eu lieu l'inoculation, trace des bacilles, ou, pour ne rien préjuger, du virus syphilitique.

Le pseudo-chancre est, du reste, relativement rare dans des points où le chancre vrai est fréquent, ce qui juge la question.

En second lieu, si l'induration de lésions banales chez les syphilitiques est chose réelle, de temps en temps observée, il ne faut pas en exagérer la fréquence. L'induration du chancre simple, survenant chez un individu antérieurement syphilitique, n'est nullement la règle.

Une observation, rapportée par M. Humbert, prouve que le pseudo-chancre peut se montrer à plusieurs reprises chez un individu, alors que, chez lui, les chancres simples n'ont aucune tendance à s'indurer.

Un homme a contracté la syphilis en 1866. Le chancre, reconnu par Ricord, siégeait au milieu du gland. Cinq ans après, il avait des nodi indurés du corps caverneux. Douze ans plus tard, un chancre mou de la rainure sans aucune induration. En 1882, un second chancre simple du fourreau ne présentait pas non plus d'induration. En 1885, après un coït suspect, se montrait un syphilome induré, ayant tout à fait l'aspect d'un chancre induré, d'un chancre primitif du côté droit de la rainure balano-préputiale. Depuis cette époque, se sont montrés un second et un troisième syphilome de même aspect. Aucun d'eux ne siégeait au niveau de l'accident primitif. Il est vrai que le chancre du milieu de la face dorsale du gland est chose rare.

Il semble, au contraire, que l'induration, tertiaire ou autre, se produise plus volontiers au niveau de la rainure.

On voit donc, chez ce même malade, trois syphilomes tertiaires se produire successivement dix-neuf ans, vingt et un et vingt-trois ans après le chancre initial, sans se montrer précisément au siège de ce chancre. Par contre, le chancre simple n'a nullement, chez lui, tendance à l'induration.

Il faut noter particulièrement la récidive des syphilomes tertiaires dans la même région. Ce n'est pas là un fait isolé, et, chez certains malades, on voit les accidents tardifs de la syphilis se reproduire avec une grande ténacité, dans la même zone, aux organes génitaux par exemple.

M. FOURNIER. Je suis de l'avis de M. Humbert : le pseudo-chancre induré n'est qu'un syphilome qui n'a rien de spécial. C'est un accident banal qui n'a de particulier que sa ressemblance intime avec un véritable chancre induré.

La remarque de M. Humbert, que les accidents syphilitiques récidivent souvent au même point, avec une ténacité désespérante, est également très juste. Par un traitement intensif, on les fait disparaître; ils reparaissent dès que ce traitement est abandonné. C'est ainsi que j'ai vu une exostose du frontal récidiver quatorze fois.

M. BARTHÉLÉMY. La ressemblance de certains syphilomes tertiaires avec le chancre induré fait que certains auteurs étrangers ont admis la possibilité de la réinfection syphilitique.

Les accidents récidivants, d'une même région, d'un même organe, ne sont pas toujours profonds, indurés. Il faut ranger dans la même catégorie les ulcérations superficielles de la langue.

M. FOURNIER. J'ai vu, chez une jeune fille, des accidents gommeux du voile du palais survenir à cinq reprises successives et finir par déterminer une atrésie qui nécessita l'intervention chirurgicale.

La glossite exfoliatrice est des plus tenaces, même chez des gens qui ne fument pas. En cas semblable, en cas de récidive localisée, tenace, d'accidents syphilitiques, j'élève sensiblement la dose du mercure; je donne, par exemple, 15 et 20 centigrammes de proto-iodure. Je réussis parfois en procédant ainsi, mais souvent aussi des lésions reviennent dès que le traitement est suspendu.

M. JULIEN. Les syphilides récidivantes sont fréquentes sur l'épaule et le sternum; cela se voit surtout chez des individus qui n'ont pas suivi de traitement régulier.

La prochaine séance aura lieu, le jeudi 12 février, à neuf heures trois quarts, à l'hôpital Saint-Louis.

A. M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 9 janvier 1891, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bouteillier (de La Ferté-Fresnel), Battandier (d'Alger), Carassus (de Milly), Costa, Coutagne (de Lyon), Despaux (de Crouy), Doué (de Cherbourg), Demons (de Lille), Herrgott (de Nancy), Lefeuvre (de Rennes), Malécot (de Paris), Moussous (de Bordeaux), Ch. Richet, Signez, Thomas, Aug. Verneuil (de Paris), Weber, médecin inspecteur, directeur du Val-de-Grâce.

MM. les pharmaciens : Capdeville (d'Aix), Guinard (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Ajello (d'Alger), Apiau (de Paris), Alibert (de Montauban), Benesch, médecin-major, Blache (de Paris), Blanchot (de Grandvelle), Blé (de La Roche-sur-Yon), Brou de Laurière (de Périgueux), Barette (de Caen), Baudry (de Lille), Baumel (de Montpellier), Bax (d'Amiens), Bordas, Bourgeois (de Paris); Canu (d'Ardres), Charvot (de Paris), Chassang (de Cerest), Cherbuliez (de Paris), Catois (de Caen), Crouzat (de Paris), Daffas (de Salviac), Dard (de Custines), Desanty (de Moutiers-Sainte-Marie), Dulac (de Montbrison), Delattre, Douliot, Demeny (de Paris); Fauré (de Loubens), Fichot (de Nevers), Francos (d'Annecy), Geoffroy (de Mouant Fartoux), Geschwind, médecin-major; Gorry (de Saint-Laurent-du-Médoc), Guiraud (de Lavaux), de Girard (de Montpellier), Gley (de Paris), Grandin (de Tours), Guillemet (de Nantes), Héron (de Tours), Hivert (de Lyon), Jagot (d'Angers), Labatut (de Grenoble), Lagrange (de Bordeaux), Larché (d'Avignon), Laugier (de Paris), Ledieu (de Guer), Lejars (de Paris), Lestage (des Landes), Lesueur

(de Vimoutiers), Marc-Laffont, Maréchal (de Paris), Mesnard (de Saint-Gervais-des-Trois-Clochers), Meunier (de Paris), Moret (de Reims), Nicolas (de Nancy), Paganel (de Syvestre), Pujade (d'Amélie-les-Bains), Pétel (de Rouen), Pignot (de Paris), Poulet (de Lyon), Ranque, Rondeau (de Paris); Roux (de Marseille), Rouland (de Niort), Simon (de Nancy), Toussaint (d'Argenteuil), Vialaneix (d'Égleton), Yardin (de Laignes).

MM. les pharmaciens Astre (de Montpellier), Dufilha (de Saint-Cloud), Dorveaux (de Paris), Eberlin (de Marseille), Gigon (de Paris), Hariot (de Méry-sur-Seine), Langlet (de Saint-Quentin), Larrieu (de Bagnères-de-Luchon), Lerety (de Paris).

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont promus à la première classe : MM. les professeurs Azam et Bouchard.

Sont promus à la deuxième classe : MM. les professeurs de Fleury et Perrens.

Sont promus à la troisième classe : MM. les professeurs Lanelongue, Joliet, Dupuy, Pitres, Masse, Vargely, Coyre, Morache, Picot, Layet, Guillaud et Figuier.

Sont promus à la quatrième classe : MM. les professeurs Moussons, Dumons, Viault, Bladal, Barez et Bergonié.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont promus à la troisième classe : MM. les professeurs Soulier, Cazeneuve et Poncet.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le professeur Dubreuil est promu à la deuxième classe.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le professeur Gross est promu à la deuxième classe.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le professeur Malosse est promu à la troisième classe.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 7. — JEUDI 15 JANVIER 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 15 JANVIER 1891. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » . — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU. Quelques cas de dyspepsie gastrique. — HÔPITAL ANDRAL. Un cas d'ictère fébrile à rechute. — THÉRAPEUTIQUE. La chlorose dyspeptique et son traitement. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Lorsque, dans une précédente séance, M. Brouardel proposait à l'Académie des conclusions tendant à obtenir le vote d'une loi sur la vaccination obligatoire, la cause paraissait gagnée et il nous semblait que l'Académie tout entière se ralliait à l'opinion si nettement émise par l'éminent doyen de la Faculté de médecine. Il n'en est rien, et, à notre grande surprise, la vaccine obligatoire trouve encore d'ardents adversaires au sein même de l'Académie. M. Le Fort, dans un discours d'ailleurs très bien fait et très bien présenté, s'est nettement déclaré partisan de la vaccine facultative et repousse, de toutes ses forces, une loi sur la vaccine obligatoire comme attentatoire à la première de toutes les libertés. Ayant examiné soigneusement ce qui se passe en Prusse et en Angleterre, il arrive à cette conclusion que les résultats favorables qui ont été obtenus sont dus bien plutôt aux mesures d'isolement qu'à la vaccine obligatoire. Nous ne doutons pas que les arguments présentés par M. Le Fort ne soient vivement combattus, et nous espérons que les partisans, aujourd'hui si nombreux, d'une loi sur la vaccination obligatoire triompheront de ces oppositions.

M. Hervieux, au début de la séance, avait déjà entretenu l'Académie de la même question. Il a insisté sur les résistances et les difficultés que l'on rencontre encore dans beaucoup de pays, et surtout dans nos colonies, pour la pratique des vaccinations, et c'est pour lui un puissant argument en faveur de la vaccine obligatoire.

HOTEL-DIEU. — M. PROUST.

Quelques cas de dyspepsie gastrique (1).

II

Les deux autres malades n'ont qu'un point commun avec la précédente, l'absence d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique pendant la période de digestion : l'une d'elles a de la gastrite alcoolique, les deux autres paraissent atteintes de dyspepsie nerveuse.

La première, âgée de vingt-neuf ans, a mené, dans le quartier latin, une vie irrégulière. Il y a six ans, elle fut atteinte d'un chancre syphilitique. Elle a continué, depuis cette époque, à prendre de l'iodure de potassium. Elle en a pris encore, il y a quelques semaines, à doses assez élevées. C'est une cause d'irritation de l'estomac dont il faut tenir compte. Elle y a ajouté des excès de boisson presque quotidiens ; elle était, sans doute, inviteuse dans quelque brasserie. Bientôt sont survenus des vomissements pituiteux du matin, des cauchemars et des troubles digestifs assez accentués ; pesanteur épigastrique après les repas, douleur diffuse dans toute la région de l'estomac, inappétence, état nauséeux. L'estomac n'est pas dilaté, mais à la percussion et à la palpation, on éveille une douleur assez vive, non seulement au creux épigastrique, mais aussi le long de la grande courbure. Cette douleur étalée le long de la grande courbure ne se rencontre guère que dans la gastrite.

Ici encore, d'après l'examen pratiqué par MM. A. Mathieu et Rémond (de Metz), la digestion gastrique est très faible. L'acidité totale n'est que de 0,64 p. 1000. Les acides organiques sont en quantité négligeable, mais il n'y a pas d'acide chlorhydrique libre.

En cas semblable le régime lacté peut rendre de grands services : il permet à l'estomac de se reposer, tout en fournissant à l'organisme les matériaux de réparation nécessaire. M. Debove fait dans le même but des gavages à la poudre de viande, au bout de quelque temps on ordonne une alimentation modérée d'où sont exclus tous les excitants. La malade a été soumise au régime lacté pendant quinze jours ; elle s'en est trouvée fort bien, mais elle a voulu sortir avant d'être suffisamment améliorée. Il est à craindre qu'elle n'ait à s'en repentir.

Une autre malade est une domestique de vingt-quatre ans, d'un aspect très vigoureux. Elle déclare souffrir de l'estomac depuis son enfance, mais beaucoup plus depuis trois ou quatre mois. Elle accuse surtout des crampes douloureuses sans aucun rapport avec l'alimentation, ce qui est un point important à noter. Après les repas, elle éprouve toute une série de sensations d'une fréquence banale : sensation de pesanteur à l'estomac, ballonnement du ventre, renvois gazeux.

Elle aurait maigri depuis quelque temps. Son sommeil est un peu agité. Elle ne présente, du reste, aucun stigmate hystérique : ni boule œsophagienne, ni hémi-anesthésie,

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 45.

ni ovarie. Elle se déclare assez émotionnable : c'est tout ce qu'on peut écrire à son passif névropathique.

L'estomac est un peu distendu ; son bord inférieur descend jusqu'au niveau de la ligne menée de l'ombilic au rebord des fausses côtes. On détermine de la douleur par la pression au creux épigastrique. Avec le même repas d'épreuve que les malades précédentes et dans les mêmes conditions de temps, on a trouvé une acidité totale de 1,44, avec 0,40 à 0,50 d'acides organiques. Ce sont là des chiffres voisins de la normale. Il n'y avait pas d'acide chlorhydrique libre; c'est la seule anomalie que l'on puisse signaler. Mais il est certain que bon nombre de personnes n'ont pas d'acide chlorhydrique libre et ne s'en trouvent pas plus mal. Ce qui domine ici ce sont donc les phénomènes nervomoteurs. Ce sont des manifestations analogues à celles de la neurasthénie gastrique.

Il s'agit d'une jeune bonne chez laquelle les sensations anomales, du côté de l'estomac, se sont accentuées depuis sa venue à Paris, où elle s'est trouvée dans des conditions hygiéniques nouvelles : l'acclimatement à une vie plus fatigante, plus énervante, s'est traduit par une exacerbation des accidents de la dyspepsie nerveuse à laquelle elle est depuis longtemps sujette.

On la soumet, en conséquence, aux boissons chaudes, très efficaces souvent contre les crampes de l'estomac, et aux douches froides, pour relever la tonicité générale du système nerveux. On lui conseille d'éviter les aliments qui laissent d'abondants résidus. Après le repas, de demi-heure en demi-heure, on lui donne une pastille d'ipéca (5 à 6 par jour), de façon à stimuler les tuniques musculaires de l'estomac, que stimule déjà, du reste, le thé léger chaud.

Le thé léger chaud, souvent préconisé par M. G. Sée, a souvent l'avantage de calmer la douleur et d'exciter la fibre musculaire lisse. Il y a un autre bénéfice à conseiller les boissons chaudes : les malades ne boivent que modérément, c'est un presque équivalent du régime sec.

Au bout de quelques semaines de ce régime, l'amélioration était très marquée et la malade réclamait sa sortie; mais rien n'est sujet à récidive comme des accidents de cet ordre.

La quatrième malade appartient au même type que la précédente, elle a été améliorée par les mêmes moyens; inutile d'insister.

On voit, par les exemples qui précèdent, combien il importe, pour juger la dyspepsie gastrique, de comparer les renseignements que peuvent fournir les commémoratifs, l'examen extérieur et l'étude chimique de la digestion. Il faut, autant que possible, avoir recours à ces trois ordres d'information, sans cela pas de diagnostic ferme, pas de traitement logique.

HOPITAL ANDRAL. — M. Debove.

Un cas d'ictère fébrile à rechute.

I

Sous le nom d'ictère catarrhal, on a confondu pendant longtemps des processus pathologiques différents qui présentent comme symptômes communs l'ictère, des phénomènes généraux, quelquefois de la fièvre, une durée assez courte, et une terminaison favorable. Depuis quelques années, on s'est trouvé amené à mieux analyser ce groupe hétérogène, et à distinguer dans l'ictère catarrhal des formes cliniques bien différentes les unes des autres. Certains de ces ictères évoluent sans fièvre, sans phénomène général grave; d'autres encore s'accompagnent d'élévation de température, d'albuminurie, de tuméfaction de la rate, de dépression typhoïde, d'épistaxis, quelquefois de purpura, et, réellement, pendant plusieurs jours, on peut craindre pour la vie du malade; on peut se demander si l'on n'a pas affaire à un de ces ictères dénommés ictères graves parce que la mort en a été pendant longtemps considérée comme le terme obligé.

Donc déjà se dessine une importante division : ictères fébriles, ictères apyrétiques. Parmi les premiers, on a, depuis quelques années d'ici, sous des noms différents, distingué une forme clinique dans laquelle l'évolution de la maladie se fait en deux temps, dans laquelle il survient, au bout de quelques jours, une rechute bientôt suivie de guérison. Ces cas d'ictère fébrile à rechute ont été le point de départ de discussions non éteintes encore : la question est toujours à l'ordre du jour. Nous acceptons donc avec empressement l'autorisation que nous a donnée notre maître M. le professeur Debove, de recueillir et de publier une observation nouvelle, de cette variété si curieuse d'ictère fébrile. Ce cas est tout à fait typique. Nous le rapporterons avec quelque détail, — il en vaut la peine, — nous dirons ensuite quelles sont les réflexions qu'il nous suggère. Nous sommes heureux de saisir cette occasion de revenir sur une question, dont nous avons été un des premiers à nous occuper.

Le nommé B..., âgé de trente-trois ans, est ouvrier en instruments de musique. Il a été plusieurs fois atteint de rhumatisme articulaire aigu franc, bien caractérisé. La première attaque de polyarthrite fébrile aiguë a eu lieu à treize ans. Depuis cette époque, plusieurs attaques sont survenues, mais moins graves et moins prolongées. C'est évidemment à ces poussées de rhumatisme qu'il faut faire remonter l'affection cardiaque dont il est atteint, affection cardiaque caractérisée par un souffle systolique de la pointe qui prend, de temps à autre, le caractère piaulant. Il n'a, du reste, jamais présenté de phénomènes d'asystolie.

A noter encore, dans ses antécédents, la variole, il y a un an et demi; elle a laissé sur le visage des cicatrices confluentes.

B... avoue sans difficulté des excès de boisson assez réguliers; cependant, il ne présente pas de stigmates bien évidents d'alcoolisme.

Il y a un mois et demi, il a eu un chancre de la rainure balano-préputiale, chancre que son médecin aurait, tout d'abord, considéré comme un chancre mou; plus tard, l'apparition de plaques muqueuses dans la bouche, d'une roséole sur le tronc, lui aurait démontré son erreur. Actuellement, il n'y a pas trace de lésion que l'on puisse considérer comme spécifique, il n'y a ni plaques muqueuses, ni roséole, ni alopécie caractéristique. Quoi qu'il en soit, il fut institué un traitement par les pilules de Sédillot : il en a été pris en tout une soixantaine.

Le 29 septembre, B... éprouve un malaise accentué, des frissons, de la fièvre. Il absorbe coup sur coup trois paquets d'antipyrine; des vomissements surviennent presque immédiatement après.

Le lendemain, il éprouve de vives douleurs dans les

cuisses et dans les mollets, une courbature générale très accentuée, les vomissements se reproduisent encore.

Le 1er octobre, décidé à agir énergiquement contre ce qu'il croyait être du rhumatisme, trompé par les douleurs vives qu'il éprouvait dans les membres, B... absorbe trois paquets de salicylate de 6 grammes chacun, il l'affirme du moins. Il lui survient alors des sifflements très marqués dans les oreilles; il présente pendant la nuit un violent degré d'agitation. On a, paraît-il, beaucoup de peine à le maintenir dans son lit et même dans sa chambre. Il perd totalement la notion de l'endroit dans lequel il se trouve. Sa femme est obligée de lutter contre lui pour l'empêcher de se jeter par la fenêtre.

Le 3 octobre, cinq jours après le début brusque des accidents, nous le trouvons dans l'état suivant : la peau présente une teinte ictérique généralisée peu intense. Le pouls est à 100, dicrote, bondissant. La respiration est un peu accélérée.

Le malade se plaint surtout de douleurs dans les jambes; il pousse des cris dès qu'on presse un peu fortement sur la masse musculaire des mollets.

Le foie ne déborde pas le rebord des fausses côtes; l'existence de la matité splénique est douteuse. L'abdomen est légèrement ballonné. On y voit quelques petites pétéchies punctiformes.

Les urines sont rouge foncé; elles renferment un peu d'albumine.

Le 4 octobre, l'ictère est plus marqué que la veille; les douleurs musculaires des jambes sont toujours aussi intenses. La matité hépatique est très restreinte : elle ne dépasse pas trois travers de doigt. La matité splénique est, au contraire, nettement accusée; elle dessine une zone de 18 à 20 centimètres de diamètre. Les urines présentent nettement la réaction de Gmelin; elles sont donc chargées de pigments biliaires; elles sont assez fortement albumineuses.

Les selles sont décolorées.

Un peu d'agitation nocturne.

Le même état persiste ainsi pendant quatre jours. Le 8, l'état général est meilleur, la fièvre a disparu. L'ictère est moins marqué; les téguments présentent une teinte safran moins accusée. La matité splénique est peut-être un peu moins étendue; la pression est douloureuse à ce niveau. Le malade se sent notablement mieux.

Le 11, la fièvre réapparaît; le malaise général s'accuse de nouveau. Le foie et la rate sont toujours dans le même état, c'est-à-dire que la matité splénique est nettement dessinée, sur une étendue qui mesure 18 à 20 centimètres de diamètre; la matité hépatique est, au contraire, très restreinte; elle ne dépasse pas 4 à 5 centimètres.

L'urine, moins colorée, renferme moins d'albumine. Par l'adjonction de l'acide nitrique, on n'y provoque plus l'appation du disque vert de la biliverdine, mais le disque brunâtre de l'hémaphéisme. Du reste, les matières fécales sont colorées depuis plusieurs jours et même assez fortement; il y a plutôt, cependant, constipation que diarrhée.

La fièvre atteint 40 degrés le 15 au soir.

Le malade est fatigué, abattu, il survient quelques vomissements bilieux.

Au bout de quelques jours, l'amélioration commence à se dessiner. L'ictère, qui ne s'est pas accru au moment de la recrudescence de la fièvre, continue à pâlir. L'urine tend à reprendre sa coloration normale; elle ne présente plus qu'une trace d'albumine, et un disque hémaphéique moins prononcé.

La rechute dure neuf jours; la température est normale à partir du 21. Le malade se sent bien; il a de l'appétit. Il n'y a plus de teinte subictérique qu'au niveau des conjonctives. Les urines ont repris leur coloration normale. Elles ne présentent plus d'hémaphéisme. La matité splénique s'efface.

A partir de ce moment, B... sent ses forces renaître. Le 6 novembre, il est envoyé en convalescence à Vincennes.

La courbe de la température et celle de la quantité des urines, courbes qui évoluent en sens contraire, donnent une idée très juste de l'évolution de la maladie et de l'intensité des phénomènes généraux.

A l'entrée du malade, la température est de 39°5. Le lendemain matin elle descend à 37°6, pour se relever encore à 38°4, 38°7 et osciller entre 37 et 38 degrés pendant sept jours. Le huitième jour, elle remonte brusquement à 39 degrés; le lendemain soir, elle atteint 39°4; le surlendemain 40 degrés. Le matin, il y a un degré de moins que le soir. Pendant trois jours elle se maintient à peu près au même niveau, avec des oscillations matutinales un peu plus accusées encore. En cinq jours, elle tombe à la normale pour ne plus se relever. La durée totale de la rechute avait été de neuf jours.

La courbe des urines se fait, comme toujours en cas semblable, en sens contraire de celle de la température. La quantité des urines varie entre 1 000 et 1 200, quand la fièvre est élevée. Elle monte à 1 900 et même 2 400, pendant l'intervalle apyrétique interposé entre les deux poussées fébriles. Elle atteint 2 500 et même 2 900, lorsque la température est de nouveau revenue à la normale. M. Chauffard a démontré qu'en même temps que la polyurie se produit, il y a élévation notable de la quantité d'urée éliminée. Ces deux phénomènes sont exactement parallèles.

L'observation qui précède est celle d'un cas typique d'ictère fébrile à rechute, de la maladie de Weil des Allemands, de ce que j'ai appelé moi-même autrefois typhus hépatique bénin. L'ictère, l'augmentation de volume de la rate, l'albuminurie, la fièvre intense, les myalgies pénibles, la dépression typhoïde des forces, tout s'y trouve. On y trouve nettement aussi les deux poussées fébriles séparées par une période de plusieurs jours d'apyrexie.

Cependant, il y a dans ce fait un certain nombre de points qui méritent une attention particulière, parce qu'ils sont de nature à éclairer, non pas l'étiologie, mais la physiologie pathologique de l'affection : c'est la marche de l'ictère, ses modifications dans le cours de la maladie, l'état de la rate avant et après la seconde poussée fébrile.

Après la première élévation de température, dans l'intervalle d'apyrexie, la rate n'est pas revenue à ses dimensions normales; sa matité ne s'est pas effacée. C'était la menace d'une rechute, du reste attendue : c'est ainsi que souvent, dans la fièvre typhoïde, la persistance de la tuméfaction splénique peut faire prévoir une rechute.

L'évolution de l'ictère dans le cas présent a été tout à fait particulière. A l'ictère biliphéique du début, a succédé un ictère hémaphéique. Dans la première période, il y a eu obstruction des voies biliaires et décoloration des matières, dans la seconde, les voies biliaires avaient retrouvé leur perméabilité.

Cette évolution de l'ictère amène à des considérations

intéressantes sur le rôle du foie dans cette maladie. Pour leur donner tout le relief convenable, il convient d'exposer, tout d'abord, à quelle série de faits se lie celui dont on vient de lire la relation.

Albert MATHIEU.

THÉRAPEUTIQUE

La chlorose dyspeptique et son traitement.

Par M. le docteur MAISTRE.

La polémique récemment engagée dans la presse médicale, à l'occasion des fers assimilables, a eu pour résultat inattendu la publication d'un document qui nous paraît de nature à appeler l'attention de nos lecteurs.

Il s'agit d'une lettre de M. le docteur Jaillet, aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital français de Tamatave, lettre dans laquelle ce praticien, dont le nom est intimement lié à la découverte des fers assimilables, reconnaît que la seule préparation qui réunisse les conditions nécessaires à une bonne assimilation est le peptonate de fer de M. Maurice Robin.

« J'avais suivi, dit M. Jaillet, les travaux de M. Robin sur la question de l'assimilation du fer, travaux que je poursuivais presque en même temps que lui lorsque nous étions collègues d'internat.

L'idée originale, que poursuivait sans relâche mon ami Robin, était de faire du peptonate de fer un produit assimilable qui puisse s'employer à l'état pur, sous forme de gouttes concentrées, tout comme le peroxyde de fer dialysé. Cette idée était grosse de difficultés, et je félicite M. Robin d'avoir réussi au delà de toute espérance. La préparation qui porte son nom (peptonate de fer Robin) a vraiment une activité curative puissante, bien supérieure à celle des autres préparations similaires. »

Voilà qui est clair et précis. Si l'on ajoute que les observations de M. Jaillet s'appuient, non seulement sur les expériences physiologiques, qui ont été le point de départ de la découverte, mais aussi sur la pratique que donne un service hospitalier important, il n'y a plus d'hésitation possible entre les diverses préparations qui ont été présentées au public médical. C'est au peptonate de fer Robin que le praticien doit donner la préférence.

Mais nous ne voulons pas clore cette polémique sans rappeler les belles recherches de MM. Hayem, Dujardin-Beaumetz, Huchard, et un travail sur la *chlorose*, publié par M. Chéron dans l'*Union médicale* (numéro du 9 décembre 1890).

Le symptôme le plus fréquent de la chlorose et de l'anémie est la *chlorose dyspeptique*.

« Ce qui caractérise une chlorose dyspeptique, dit M. Chéron, c'est « l'accentuation des phénomènes dus à la dyspepsie ». Le dégoût pour les aliments est très accusé, l'haleine souvent fétide, la dilatation de l'estomac très prononcée, la constipation opiniâtre. Les douleurs du côté de l'estomac sont parfois extrêmement violentes et s'exaspèrent après les repas; il y a même souvent des vomissements.

L'analyse du suc gastrique, que M. le professeur Hayem a poussée à un si haut degré de perfection, est des plus utiles pour la distinction de la forme dyspeptique de la chlorose.

Dans la chlorose simple, même lorsque l'anémie est très marquée, le suc gastrique peut rester normal. Il y a simplement une diminution plus ou moins accentuée de l'acide chlorhydrique et un léger affaiblissement du pouvoir de peptonisation.

Dans les chloroses dyspeptiques, l'acidité totale devient presque nulle, et il est fréquent de voir le dosage direct de l'acide chlorhydrique donner un résultat négatif. Les digestions artificielles ne peuvent se faire, même quand on ajoute au liquide retiré de l'estomac de l'acide chlorhydrique et de la pepsine. Malgré l'absence de l'acide normal, il est facile de constater que, souvent, le suc gastrique conserve un certain pouvoir de peptonisation dû, évidemment, à l'acide lactique. »

Telle est la maladie si magistralement décrite par M. Hayem. Tous les praticiens qui ont observé des chlorotiques reconnaîtront, avec lui, que le symptôme *dyspepsie* domine et doit être surtout combattu. « Le fer, dit encore M. le professeur Hayem, est le médicament par excellence, et, en quelque sorte, le spécifique de la chlorose et de l'anémie. Dans bien des cas, cependant, il semble que la maladie n'est que peu ou point influencée par son administration ; c'est que l'on n'a pas employé une préparation convenable, et alors il suffit de changer la forme sous laquelle est donné le médicament pour en obtenir les plus heureux résultats. »

C'est en s'inspirant de ce précepte que M. Robin a pratiqué les nombreuses expériences qui l'ont conduit à la formule, aujourd'hui si appréciée des praticiens, formule reconnue par M. Jaillet lui-même, comme réalisant l'idéal du fer assimilable tel que l'avait désiré M. Hayem.

Le meilleur moyen, pour être fixé sur la nature de l'agent qu'il convenait d'opposer à la chlorose, était de considérer quelles sont les transformations chimiques subies par les ferrugineux dans l'estomac et l'intestin. Soit donc une préparation insoluble, limaille ou fer réduit, et voyons ce qui va se produire. Arrivée dans l'estomac, elle s'y oxyde et se combine aux acides du suc gastrique ; puis trouvant des peptones résultant de la digestion des albuminoïdes et ensuite des alcalis qu'elle rencontrera dans l'intestin, en contact avec la glycérine, produit de la saponification des corps gras par les sécrétions biliaires, elle forme aussitôt des peptonates, albuminoïdates doubles, et c'est sous cette forme stable, inoffensive pour le sang, qu'elle est finalement versée dans la circulation et assimilée. Tel est le peptonate de fer Robin, sel bien défini, dyalisable, sans saveur styptique, qui s'offre à l'estomac avec le bénéfice du travail d'absorption du médicament par l'aliment et les sucs gastriques.

La question est donc aujourd'hui résolue, et l'affirmation nouvelle de M. Jaillet vient à l'appui de l'opinion que nous avions déjà émise plusieurs fois, à savoir : le peptonate de fer Robin, qu'il soit pris sous forme de vin, de dragées ou de gouttes concentrées, constitue la préparation ferrugineuse qu'on peut opposer, avec succès, à l'anémie et à la chlorose, et surtout à cette variété si fréquente désignée, par M. Hayem, sous le nom de chlorose dyspeptique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 janvier 1891. — Présidence de M. TARNIER.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une note sur la réaction produite par la lymphe du docteur Koch sur les lépreux, par MM. Babès et Kalindéro (de Bucharest);

2° Un pli cacheté de M. le docteur Crouzat (accepté).

COMMUNICATION

De la vaccine obligatoire. — **M. HERVIEUX** rappelle les grands efforts qui ont été faits de tous côtés pour répandre la vaccination et les résultats favorables qui ont été obtenus. Malheureusement, dans les campagnes et dans certaines villes, la pratique de la vaccination est encore bien restreinte et rencontre de bien grandes résistances. Les causes de cette véritable incurie sont les suivantes :

1° L'habitude invétérée d'attendre les saisons équinoxiales, mais surtout le printemps, pour vacciner les enfants ;

2° La crainte, très rare d'ailleurs, que la vaccination ne prédispose à la variole ou ne la détermine;

3° La nécessité de payer en province les vaccinations qui, à Paris, sont toujours gratuites, dans les divers arrondissements comme à l'Académie;

4° L'ignorance et le mépris des soins ou précautions les plus élémentaires se rapportant à l'hygiène.

L'habitant des campagnes respectant habituellement les prescriptions légales, il y a tout lieu de penser que la vaccination, rendue obligatoire, ferait cesser cet état de choses.

M. Hervieux rappelle ensuite les nombreux mémoires qui ont été publiés, sur la variole et la vaccination, dans nos colonies, par des médecins militaires, des médecins de marine et des médecins de colonisation. Tous les auteurs de ces mémoires arrivent aux mêmes conclusions :

1° La variole règne à l'état endémique et épidémique dans la plupart de nos colonies;

2° Cet état constitue un danger, non seulement pour les indigènes, mais encore pour les colons;

3° La résistance des indigènes dans les colonies à la pratique de l'inoculation et aux mesures hygiéniques dans les cas de variole, tient surtout à des habitudes héréditaires et à des questions religieuses ;

4° L'expérience a démontré que, dans les colonies, la vaccination n'est acceptée que quand elle est imposée ;

5° La vaccine obligatoire, si obstinément et si unanimement réclamée par tous les médecins de l'armée et de la marine, est le seul moyen efficace de triompher de toutes les résistances et d'affranchir nos colonies du fléau de la variole.

En résumé, dit en terminant M. Hervieux : résistance systématique des indigènes dans les colonies, passive en France dans certaines couches de la population, l'une et l'autre justiciables de la vaccine obligatoire, ce qui m'autorise à terminer cette communication comme les précédentes, en disant de la variole ce que Caton disait de Carthage : « Censeo delendam esse variolam. »

M. LE FORT, partisan de la vaccine facultative, désire combattre les conclusions de MM. Brouardel et Hervieux, tendant à obtenir le vote d'une loi qui rende la vaccine obligatoire. Voici la conclusion qu'il propose de voter :

« Les épidémies de variole, scarlatine, rougeole, diphthérie, n'existant que par la multiplicité des contagions, il est à désirer que l'isolement effectif des individus atteints, dans leur domicile comme dans les hôpitaux, et la désinfection de tout ce qui peut transmettre la maladie, soient imposés par la loi.

En ce qui concerne la variole, les individus de tout âge pouvant être rendus réfractaires à la contagion par la vaccine; il est à désirer que le service vaccinal soit sévèrement organisé en France, que le vaccin animal soit seul employé, et qu'il soit mis facilement et gratuitement à la disposition des médecins, de manière à obtenir que tous les enfants soient vaccinés et tous les adultes revaccinés. »

Pour entraîner les convictions, ajoute M. Le Fort, on a fait le roman de la vaccination obligatoire en Prusse et en Angleterre; il est temps d'en faire l'histoire.

La vaccination obligatoire est une grave atteinte à la liberté individuelle. Pour l'imposer, il faut d'abord prouver que la mortalité par variole est considérable, qu'on a pris toutes les mesures (en particulier l'isolement des varioleux) pour s'opposer à la contagion, qu'on a un service vaccinal parfait, que la vaccination est pour tout le monde gratuite, facile, et qu'on n'a plus comme obstacle que la négligence des parents à faire vacciner leurs enfants.

Or, en ce qui concerne les décès varioliques, on ne les connaît à peu près que depuis 1886, et seulement pour 8 millions d'habitants de 195 grandes villes; et la moyenne des décès dans ces conditions est de 2 900 par an, moins que n'en causent la rougeole et la diphthérie. Pour le reste de la population, nous ignorons absolument la mortalité qui lui est afférente. Or, ce reste représente 29 millions et demi d'habitants des petites villes et villages.

M. Le Fort montre qu'en ce qui concerne les précautions contre la variole, sauf à Paris, il n'y a rien de fait, nulle part il n'y a d'hôpital spécial pour les varioleux ; partout, le varioleux traité à domicile peut transmettre la maladie à tous ceux qui l'approchent.

Or, la création d'hôpitaux spéciaux (comme à Paris) a eu pour résultat, les décès varioliques étant de 55 p. 100 000 de 1881 à 1888, de faire tomber cette mortalité en 1888 à 11, en 1889 à 5 et pour la dernière année 1890 à 3.

Puisqu'on désire la vaccination obligatoire, c'est qu'on juge qu'il y a beaucoup d'enfants non vaccinés. Or, on en ignore le nombre.

D'ailleurs, le petit nombre des vaccinés peut tenir à trois causes : la résistance à la vaccination, la négligence des parents, la difficulté de faire vacciner les enfants. Cette difficulté est pour ainsi dire insurmontable dans les campagnes. Le service de vaccine de l'Académie est certainement fait avec zèle, mais sa dotation est insuffisante. Elle est de 6 000 francs, tandis qu'en Angleterre, elle est de 196 000 francs.

Avant de rendre la vaccine obligatoire, il faudrait donc la rendre possible en organisant un service vaccinal qui n'existe pas.

M. Le Fort examine ensuite ce qu'est la vaccination obligatoire en Prusse et en Angleterre.

En Prusse, elle existe, en réalité, depuis 1835, mais elle y est accompagnée de beaucoup d'autres mesures sanitaires : mesures contre la contagion ; hôpitaux d'isolement ; isolement du malade traité à domicile ; interdiction des cérémonies funèbres pour les varioleux. Sous l'influence de ces diverses mesures, la mortalité, qui était de 54 p. 100 000 habitants en 1834, était de 9 en 1855. En 1864 et 1866, il y eut quelque relâchement dans ces précautions, à cause de la guerre. La mortalité remonta à 46 et 62.

En 1870, l'armée prussienne trouve la variole en France et la transporte en Prusse par ses blessés et ses prisonniers français ; aussi, la mortalité totale, qui était de 4 200 en 1870, monte, en 1871, à 59 000 et en 1872 à 77 000.

En 1874, la vaccine obligatoire est étendue à tout l'empire d'Allemagne. La mortalité décroît d'abord, puis elle s'accroit jusqu'en 1883. Alors, une ordonnance étend l'isolement à toute la maison occupée par un varioleux et non plus seulement à son appartement. La mortalité décroît immédiatement, et aujourd'hui elle est des plus minimes.

Ainsi donc, l'obligation de la vaccine n'avait pas permis d'obtenir un résultat que seule la sévérité de l'isolement a permis de réaliser.

En Angleterre, la vaccine obligatoire existe depuis 1853. A cette époque, la crainte de l'amende fit vacciner 400 000 enfants sur 600 000 environ, soit 65 p. 100. L'année suivante, on n'en vaccinait que 58 p. 100, parce que la résistance commençait ; elle ne fit qu'augmenter les années suivantes. En 1859, une enquête fit reconnaître que, dans beaucoup de communes, il y avait à peine un tiers des enfants de vaccinés.

On crut d'abord que cela tenait à l'insuffisance du service vaccinal, et on l'améliora sensiblement. Les choses n'allant pas mieux, en 1874, on remit à l'Assistance publique le soin de poursuivre les délinquants.

Malgré toutes ces mesures, l'Angleterre a eu en 1871-1872 une épidémie qui fit 42 000 victimes, ce qui représenterait 69 000 décès pour une population aussi nombreuse que la nôtre. Ces 42 000 décès correspondent à une mortalité de 22 p. 100 000. Or, elle était de 24 en 1851, avant l'obligation.

La différence des résultats entre la Prusse et l'Angleterre pourrait tenir en partie à la manière dont la loi était observée. Mais elle tient surtout à ce qu'en Prusse, outre la vaccination obligatoire, on prenait les mesures les plus rigoureuses contre la contagion, tandis qu'en Angleterre on n'en prenait aucune. A Londres, on avait essayé l'isolement des varioleux, mais ce n'est qu'en 1885 que cet isolement devint sérieux; on prit de vieux navires pour faire des hôpitaux de varioleux et on les arrima à cinq lieues de Londres. Les résultats furent tels, qu'en 1889 le Parlement vota une loi qui obligeait, comme en Prusse, à isoler les varioleux soignés chez eux.

Voici les résultats de cet isolement : en 1885, il était mort à Londres 1419 varioleux ; il n'en meurt que 24, en 1886 ; 9, en 1887 et 1888, enfin, en 1889, on ne compte plus qu'un décès sur près de 5 millions d'habitants.

Ce n'est pas tout. Comme une maladie contagieuse, dans une ville comme Londres, se transmet facilement dans le pays, la diminution de la variole à Londres retentit sur tout le pays. Il était mort, en 1885, 2827 varioleux en Angleterre ; en 1886, il en meurt 275, et en 1889, sur 9 millions 500000 habitants des 28 plus grandes villes de l'Angleterre, il n'y a plus que 7 décès. En France, sur une population presque égale de 8500000 habitants de grandes villes, nous avons eu, de 1886 à 1888, une moyenne annuelle de 2929 décès par variole.

Peut-on imaginer démonstration plus heureuse et plus évidente de l'influence de l'isolement et des mesures contre la contagion? Il n'y a pas de vaccine contre la rage, et, cependant, grâce aux mesures prophylactiques prises, la rage a disparu de l'Allemagne.

Dans ces conditions, M. Le Fort se place à un point de vue tout différent de celui qu'ont adopté les partisans de la vaccine obligatoire ; s'il est partisan de la vaccine, c'est dans l'intérêt du vacciné, parce que le vacciné a deux fois plus de chances que le non vacciné d'éviter la variole et qu'il a vingt-six fois plus de chances de ne pas mourir de la variole. Or, on veut la vaccine obligatoire parce qu'on regarde le non vacciné comme destiné à contracter la variole et à devenir un danger public. Ceci revient à dire que, dans l'intérêt public, on demande une loi qui impose obligatoirement la vaccine à un enfant qui n'a qu'une chance sur 6500 de contracter la variole et on ne demande pas une loi pour protéger la société contre un varioleux qui est un danger actuel, certain, immédiat.

Nul n'ignore qu'il est des personnes qui regardent la vaccine comme un fléau, qui l'accusent de prédisposer à la fièvre typhoïde, au cancer, à la phthisie. Que cette opinion soit ou non discutable, il n'en est pas moins vrai qu'imposer à ces personnes la vaccination, c'est commettre un attentat contre la liberté individuelle.

On ne vit en société qu'à la condition d'aliéner une partie de ses droits et de sa liberté ; mais il y a des droits imprescriptibles et on n'a pas le droit d'imposer à ma conscience des doctrines qu'elle repousse, d'inoculer malgré moi, et à mon corps ou au corps de mon enfant, un virus quelconque.

Jamais une loi aussi attentatoire à la première de toutes les libertés ne devra être votée par une Chambre française. Elle a été repoussée en 1868, au nom de la liberté, par le Sénat impérial. En 1881, le projet de loi Liouville, appuyé par l'Académie, n'a pas été au delà de la première lecture. Si cette loi était votée, elle ne serait pas plus acceptée en France, qu'elle ne l'est en Angleterre.

Dans ce pays, les résistances individuelles sont devenues collectives, et une ligue puissante poursuit l'abrogation de la loi sur la vaccine obligatoire. Robert Peel, John Bright, Glasdtone sont opposés à la loi.

Sous la pression de l'opinion publique, le gouvernement anglais a nommé une commission de quatorze membres, qui a pour mission de rechercher si la vaccination est utile et si l'on ne peut pas la remplacer par autre chose. Ainsi donc, la loi rendant la vaccination obligatoire, a eu pour effet de compromettre, en Angleterre, la vaccine elle-même.

M. Le Fort termine en disant : « Une loi n'est efficace que si elle est conforme au génie particulier du peuple auquel elle doit s'appliquer. Notre caractère national se rapproche-t-il du caporalisme prussien et du libéralisme anglais? C'est à vous de répondre. Quant à moi, ma conviction est faite depuis longtemps et je vous dis : la vaccine est entrée dans les mœurs françaises. L'obstacle à la vaccination est dans la difficulté de se faire vacciner. Ne compromettez pas cette situation par des mesures imprudentes ; ne nous forcez pas, nous, partisans dévoués de la vaccine facultative, à devenir les adversaires implacables de la vaccine obligatoire.

Demandez l'organisation du service vaccinal ; obtenez que chacun puisse facilement, gratuitement, faire vacciner ses enfants ; obtenez contre la propagation du germe contage variolique, de rigoureuses mesures, et quand cela aura été fait, la variole sera bien près de disparaître.

Par contre, obtenez une loi qui rende la vaccine obligatoire, et vous verrez surgir des résistances qui, aujourd'hui, n'ont pas de raison d'être ; vous verrez discuter, repousser la vaccination, et vous aurez compromis la vaccine elle-même, parce que vous aurez porté atteinte à ce que personne ne violera jamais impunément en France : la liberté. »

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les microbes de la bouche (1), par le docteur David.

Le nombre de microbes qui peuvent se trouver dans la salive humaine est vraiment considérable : les uns inoffensifs ne sont pas pathogènes pour l'homme, mais les autres sont réellement pathogènes et peuvent donner lieu aux maladies générales les plus redoutables ou à des maladies buccales et dentaires que M. David a particulièrement étudiées.

Adonné spécialement à l'art dentaire, l'auteur a étudié avec prédilection tout ce qui intéresse la carie dentaire et l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. Il arrive à cette conclusion : « Les moyens à mettre en œuvre pour prévenir les affections buccales et dentaires, se résument tous en un seul : à une antisepsie minutieuse de la cavité buccale, et une antisepsie plus rigoureuse encore pour les combattre si elles sont déjà développées. »

L'art dentaire a largement bénéficié, on le voit, des découvertes modernes ; aucun livre n'avait encore traité, en France, de la pathologie buccale, vue par ses nouveaux côtés. Le livre de M. David a ce grand mérite, et nous devons féliciter l'auteur d'avoir su nous réunir, dans un même volume, les notions théoriques et scientifiques les plus élevées, à côté des déductions pratiques les plus précises.

Traité pratique du pied-bot (2), par E. Duval.

L'auteur n'a pas voulu réimprimer purement et simplement le livre de son père, qui fut, quand il parut, une œuvre considérable, mais aujourd'hui incomplète et surannée ; il n'a pas voulu, non plus, remanier et dénaturer, en quelque sorte, cet ouvrage qui fit époque dans l'histoire de l'orthopédie. M. E. Duval à fait une œuvre nouvelle dans laquelle il juge les progrès de l'art orthopédique. Mais on reconnaît à chaque ligne qu'il est resté l'élève de son père dont il a épousé et tenté de perfectionner les doctrines. On trouvera, dans ce livre, des aperçus originaux sur la pathogénie et l'anatomie pathologique du pied-bot ; mais c'est surtout la thérapeutique qui est particulièrement intéressante. L'auteur s'y montre un défenseur passionné de la ténotomie et des appareils ; et dans un élan de reconnaissance, entraîné par les beaux résultats qu'il obtient ainsi, il écrit, à l'adresse des chirurgiens qui abusent des opérations sanglantes, quelques lignes qui ne sont pas des plus tendres. Nous ne contestons pas l'habileté et l'expérience particulières de M. E. Duval et nous enregistrons avec confiance les succès qu'il nous fait connaître ; mais, en chirurgien qui a pu voir des difformités considérables du pied guéries *rapidement* par les opérations nouvelles, nous dirons que l'auteur a été trop sévère dans son jugement de l'acte chirurgical qu'il paraît peu connaître, dont, à notre avis, il trouve les indications trop restreintes.

Toutefois la lecture de ce livre fournit de grands renseignements sur ce que l'on peut et l'on doit espérer de l'emploi raisonné des appareils dans la cure du pied-bot.

---

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) Gr. in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

L'amour morbide. Étude de psychologie pathologique (1), par le docteur E. Laurent.

L'auteur s'est donné pour but d'étudier l'amour pathologique. Il n'ignore pas les dangers d'un tel travail, il sait « qu'il marche sur les bords d'un précipice affreux ».

N'y est-il pas tombé quelquefois au cours de son ouvrage ? et ne pourrait-on pas lui reprocher de s'être par trop complu dans des observations où le côté scientifique est des plus douteux ? Néanmoins, il faut savoir gré à l'auteur d'avoir traité avec méthode un sujet aussi délicat, et d'en avoir tiré des conclusions prophylactiques et thérapeutiques. A. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le Ministre de l'Intérieur a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, qui se sont distinguées par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité, pendant l'année 1887.

Médaille d'or. — M. Hallez (de Lille).

Médailles de vermeil — MM. les docteurs Pujos (d'Auch), Raymondot (de Limoges), Jablonsky (de Poitiers).

Médaille d'argent. — M. le docteur Gounand (de Besançon).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Mordret (du Mans), Fouquet (de Vannes) et Longbois (de Joigny).

— *Hôpitaux de Poitiers.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — MM. Delage et Turquet.

2° *Interne suppléant :* M. Decourt.

3° *Externes :* MM. Boutin, Petit, Delage, Dion et de Fontguyon.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Un concours pour une place de chirurgien-adjoint s'ouvrira, le jeudi 16 avril 1891, à l'hospice général de Rouen.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction des hospices de Rouen.

— Un concours pour l'emploi de médecin en chef des hospices civils de Bourges s'ouvrira le lundi 13 avril 1891, à neuf heures du matin, à la Faculté de médecine de Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

— *Faculté libre de médecine de Lille.* — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Fayet, Camelot, Samain, Thoyer, Delegrange et Moissy.

Le concours pour deux places d'aide d'anatomie provisoire s'est terminé par la nomination de MM. Camelot et Fayet.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. les docteurs Bourhis (du Faou), Chassagny (de Lyon), Ganiez (de Darney), Matagrin (de Tarare) et Vaux (de Chalon-sur-Saône).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

De l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses, généralisées et localisées, par le docteur Adrien Pic, ancien interne des hôpitaux de Lyon, préparateur de médecine opératoire à la Faculté. 1 vol. gr. in-8° de 261 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) Petit in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Du surmenage physique et de ses effets morbides, par M. le docteur A.-B. MARFAN, chef de clinique médicale. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE GÉNÉRALE

Du surmenage physique et de ses effets morbides.

Par M. le docteur A.-B. MARFAN,
Chef de clinique médicale.

Ce n'est pas une notion nouvelle que la fatigue est une cause morbifique d'une importance majeure. Pourtant, dans les traités classiques, cette notion est à peine mise en relief; cela tient peut-être à cette tendance qui nous fait mettre de côté tous les faits dont nous n'entrevoyons pas une explication en rapport avec les doctrines régnantes. Or, le moment présent nous offre une manière très rationnelle d'expliquer les accidents dus au surmenage : nous voulons parler de ce qu'on appelle aujourd'hui l'*auto-intoxication* et de ce que M. le professeur Peter appelle, depuis 1869, l'*auto-typhisation*. De récents travaux ont étudié le surmenage en l'envisageant à ce point de vue. Nous allons l'étudier à notre tour, en nous efforçant de grouper, d'une manière aussi rationnelle que possible, les faits qui nous ont paru les mieux établis.

HISTORIQUE. — En 1878, M. Carrieu eut à traiter comme sujet de thèse d'agrégation : *De la fatigue et de son influence pathogénique*. Le sujet dut lui paraître à la fois banal et neuf; banal, car la fatigue était invoquée comme facteur étiologique dans une multitude d'affections; neuf, car l'influence de ce facteur était aussi vague que possible, et personne, si ce n'est M. Peter, ne put lui fournir de renseignements un peu précis à ce sujet. M. Carrieu écrivit la consciencieuse monographie que l'on sait, monographie qui montre exactement comment on pouvait comprendre la question à l'époque où elle fut écrite. M. Carrieu exposa d'abord, dans un chapitre très complet, tout ce que les physiologistes ont appris sur la fatigue par l'expérimentation sur les animaux et l'observation sur l'homme. Puis, étudiant le rôle pathogénique de la fatigue en général, il émet cette opinion que la fatigue n'est, en somme, qu'une cause prédisposante, mais presque jamais une cause efficiente et suffisante de maladie, Ensuite, passant en revue les principaux types du cadre nosologique, il montre l'influence réelle, mais accessoire, de la fatigue dans la plupart des maladies générales et des maladies locales. Enfin, M. Carrieu consacre son dernier chapitre à démontrer que la fatigue imprime à la maladie un caractère particulier de gravité : « Si la fatigue n'a pas produit l'état morbide, elle a engendré un élément important, l'adynamie qui est venue s'y surajouter. » Il y a même des cas où l'adynamie causée par la fatigue semble constituer à elle seule tout le tableau morbide. Existe-t-il donc, comme le pensait déjà Chomel, une *fièvre de fatigue?* L'auteur ne se prononce pas d'une façon catégorique. Et pourtant il cite une observation de M. Peter et une autre personnelle, où il semble bien qu'il ait été impossible de faire un autre diagnostic. Pour expliquer ces faits, M. Carrieu cite la manière de voir de M. Peter qu'il n'accepte pas, d'ailleurs, sans réserves : « Lorsque nous faisons mouvoir nos muscles, disait M. Peter dans une leçon clinique, nous produisons de la créatine et de la créatinine, et le cerveau qui travaille fait de la leucine et de la cholestérine. Ces divers éléments de désassimilation, ainsi que beaucoup d'autres, sont destinés à disparaître promptement de l'économie ; mais ils ne tarderont pas à infecter le sang, lorsque sous l'influence d'un travail intellectuel ou musculaire exagéré, ils se seront produits en trop grande quantité pour pouvoir être éliminés par les émonctoires naturels. »

Tel était l'état de la question en 1878. Or, un peu plus tard, en septembre de la même année, Bouley attire l'attention sur le surmenage des animaux, bien connu des vétérinaires et des chasseurs. Bouley lit à l'Académie un rapport où il démontre que la corruption de la viande est souvent un effet de l'état de surmenage dans lequel se trouvent les animaux au moment de la mort. Ce rapport inspire la thèse de M. Fournol (1879) sur les lésions observées chez les animaux morts de surmenage aigu.

En 1880, Revilliod (de Genève) écrit une excellente étude sur les maladies de fatigue dont il désigne l'ensemble sous le nom de *Ponose*, et dont il décrit deux types : la forme typhoïde et la forme cardiaque.

En 1888, M. Victor Rendon publie une thèse sur les *Fièvres de surmenage*. On trouve, dans ce travail, le reflet de l'enseignement de M. Peter qui ne cesse d'insister sur ce sujet depuis plusieurs années. La même année, M. Dreyfus-Brisac écrit, dans la *Gazette hebdomadaire*, une très bonne étude des manifestations morbides du surmenage physique et inspire la thèse très complète de M. Dufour (1888).

Nous ferons en terminant une mention spéciale du livre de M. Lagrange : *Physiologie des exercices du corps*. C'est un livre où la question de la fatigue et du surmenage est étudiée avec soin.

Nous ne faisons que signaler ici les travaux de MM. Keim, Lacassagne, Éloy, A. Mathieu, A. Robin, Charrin et Roger; nous y reviendrons dans la suite de cette Revue.

DÉFINITION. — En suivant l'historique qui précède, on a

vu le mot *surmenage* se substituer peu à peu à celui de *fatigue*. Il importe de s'entendre et de bien définir les deux termes. Surmenage et fatigue sont deux mots qui ont un sens très différent. La fatigue est une sensation ; le surmenage est l'acte qui donne naissance à cette sensation.

« Le *surmenage*, c'est le fonctionnement excessif, exagéré ; il a pour conséquence la fatigue » (Peter).

« La *fatigue* est un *sentiment* douloureux, avec difficulté d'agir, que cause un travail excessif ou trop prolongé » (Littré).

Comme le dit très bien M. Dufour, il y a, entre le surmenage et la fatigue, la même différence qu'entre l'inanition et la faim. Le surmenage est un état morbide dont la fatigue est un symptôme et un symptôme inconstant.

Dans une étude complète sur le surmenage, il faudrait étudier les surmenages locaux ou limités, comme le surmenage du larynx, le surmenage de la rétine, le surmenage de l'estomac, le surmenage du cerveau (surmenage intellectuel, surmenage moral), le surmenage de la moelle, etc. ; et poursuivre cette étude à deux points de vue : 1° il faudrait rechercher quels états morbides relèvent exclusivement du surmenage ; 2° il faudrait établir l'influence prédisposante ou localisante du surmenage sur les diverses affections toxiques, infectieuses ou hérédo-névropathiques. Notre intention n'est pas d'aborder ici cette étude complète ; nous voulons nous restreindre au *surmenage physique*, ou, pour être plus précis, au *surmenage musculaire*.

I

INFLUENCE PATHOGÉNIQUE DU SURMENAGE PHYSIQUE

M. Lagrange, examinant par quels mécanismes le surmenage peut troubler la santé, montre qu'on peut admettre, au moins théoriquement, quatre processus divers :

1° Lésions matérielles, traumatiques en quelque sorte, des organes du mouvement ; 2° Auto-intoxication par les déchets du travail musculaire ; 3° Résorption exagérée des tissus vivants (autophagie) ; 4° Épuisement dynamique des éléments nervo-moteurs.

Or, de ces quatre processus, il en est un seul dont l'influence morbifique soit établie d'après des faits probants : l'auto-intoxication par les déchets du travail musculaire (1). Mais, tandis que, pour quelques auteurs, cette auto-intoxication suffit, à elle seule, pour créer l'état morbide, pour d'autres, elle n'intervient que pour favoriser l'infection microbienne. D'où deux théories pathogéniques. Examinons les fondements de chacune d'elles.

I. AUTO-INTOXICATION PAR LES DÉCHETS DU TRAVAIL MUSCULAIRE. — Il importe d'abord de rappeler ce que nous apprend la physiologie sur le surmenage musculaire (fatigue des physiologistes).

Quand le muscle est inactif, il assimile et désassimile comme tous les tissus vivants. Il a donc un mode de nutrition qui lui est commun avec tous les tissus et qu'on peut appeler *nutrition organique*. Mais lorsque le muscle se contracte, il accomplit un travail mécanique qui donne naissance à des phénomènes chimiques nouveaux dont l'ensemble répond à la *nutrition dynamique* (Beaunis).

C'est ainsi que, sous l'influence de la contraction, le muscle, neutre au repos, devient acide. Cette acidité tient à ce que la contraction musculaire engendre de l'*acide lactique*, auquel Ranke attribue le rôle primordial dans la production de la fatigue.

On sait que le muscle respire, c'est-à-dire absorbe de l'oxygène et dégage de l'acide carbonique. Sous l'influence de la contraction musculaire, la production de l'*acide carbonique* augmente dans de notables proportions.

Il se produit aussi dans le muscle, au moment de sa contraction, un peu d'urée, de créatine, de sucre ; des phosphates, de la xanthine, de l'hypoxanthine, de l'acide inosique, de l'acide urique, de l'inosite, des acides gras volatils.

Ces déchets augmentent considérablement lorsque le fonctionnement est poussé jusqu'à la fatigue, et l'augmentation porte surtout sur les déchets *azotés*.

Dans les conditions normales, en effet, la nutrition dynamique du muscle se fait surtout aux dépens des substances non azotées que lui apporte le sang ; mais, si la contraction est poussée jusqu'à la fatigue, le muscle, à défaut de ces substances, consomme des albuminoïdes et fournit des scories azotées.

C'est à l'accumulation de ces produits dans le tissu musculaire que les physiologistes attribuent le phénomène fatigue. Ce qui semble bien prouver qu'il en est ainsi, c'est l'expérience de Ranke qui produit artificiellement la fatigue musculaire, en injectant dans les vaisseaux des muscles d'une grenouille curarisée, de l'extrait de muscles fatigués.

Dans l'ordre pathologique, on comprend aisément que l'organisme surmené fabrique ces produits en telle abondance que les voies d'élimination, même normales, soient insuffisantes à en débarrasser l'économie ; ces produits s'accumuleront et une auto-intoxication se produira. C'est là la théorie des accidents de surmenage, développée par M. Peter dans ses leçons sur l'*auto-typhisation*, celle que Revilliod accepte sous le nom d'*extratihémie*, celle que M. Lacassagne et Keim ont soutenue sous le nom de *ponoshémie*. Nous verrons plus loin que l'examen des urines des surmenés apporte à cette doctrine une preuve d'une très grande valeur.

Mais ce qui la rend encore plus vraisemblable, ce sont les récents progrès de la chimie biologique. Les travaux de M. A. Gautier, démontrant que la nutrition physiologique s'accompagne de la formation de poisons alcaloïdiques (leucomaïnes) ; ceux de M. Bouchard sur les poisons urinaires, les études, plus récentes et si curieuses, sur les albumines toxiques, particulièrement celles de Rummo et Bordoni, qui ont démontré que les cellules animales sécrètent des albumines toxiques pour les cellules animales d'un individu de même espèce, aussi bien que pour les cellules d'un individu d'espèce différente, — tout cet ensemble de notions nouvelles permet de croire avec plus de certitude qu'autrefois, que le surmenage, c'est-à-dire le fonctionnement exagéré, peut produire un état morbide qui relève d'une auto-intoxication.

II. L'AUTO-INTOXICATION DE SURMENAGE FAVORISE LES INFECTIONS MICROBIENNES. — Le mode pathogénique que nous venons d'exposer n'est pas le seul qu'on puisse concevoir. L'observation clinique apprend que les individus surmenés présentent moins de résistance que les sujets sains à la plupart des causes morbifiques. On sait en particulier que le surmenage favorise, à un très haut degré, l'invasion microbienne. Aussi beaucoup d'auteurs n'admettent que ce mode pathogénique du surmenage ; pour eux le surmenage favorise les infections microbiennes, soit en modifiant la constitution chimique du milieu intérieur, par le mécanisme que nous avons cherché à préciser plus haut, soit en diminuant la puissance des phagocytes (on disait autrefois : en diminuant la résistance vitale).

Que le surmenage favorise l'infection microbienne, c'est

(1) Rappelons pourtant que la théorie de l'épuisement dynamique nervo-musculaire a été soutenue d'une manière un peu ambiguë par M. Carrieu et par M. Fournol.

ce que nous admettons pleinement, et c'est ce que nous nous proposons d'établir dans la suite de cet article. Mais nous croyons qu'il existe un ensemble de phénomènes cliniques, toujours les mêmes, spécifiés le plus souvent par l'appellation *formes morbides insolites* (Peter), qui relèvent exclusivement du surmenage agissant par auto-intoxication, et nous nous proposons justement de décrire, dans un chapitre spécial, les complications microbiennes les plus habituelles des états du surmenage.

Du reste, en ce qui concerne l'influence du surmenage sur l'infection, nous possédons un document du plus grand intérêt; ce sont les expériences de MM. Charrin et Roger.

Dans une première série d'expériences, ces auteurs surmènent des cobayes en les faisant courir dans un cylindre rotatif. Au début de leurs recherches, ils se servirent d'un tambour non matelassé; les animaux marchaient ou roulaient sur une toile métallique, ils se faisaient ainsi de nombreuses écorchures. Or, sur quatre cobayes qui furent placés dans l'appareil primitif, un seul résista; les autres, après avoir marché un ou deux jours, restèrent malades et succombèrent de deux à neuf jours après l'expérience; à l'autopsie, on trouva de nombreux microbes dans le foie et la rate, et les cultures, faites avec ces organes ou avec le sang, donnèrent des résultats positifs.

Dans une deuxième série de faits, MM. Charrin et Roger rangent cinq cobayes qui furent placés dans l'appareil garni de molleton, mais s'écorchèrent pendant l'expérience; un de ces animaux résista; les quatre autres succombèrent de deux à cinq jours après la fin de l'expérience; chez ces quatre animaux le foie ou la rate renfermait des microbes.

Dans une troisième série de faits, se placent dix cobayes chez lesquels l'examen le plus attentif ne montra aucune plaie antérieure; la résistance de ces animaux fut très variable; il en est qui purent marcher pendant neuf et même douze jours de suite. Chez cinq d'entre eux, l'examen microscopique fut négatif et les enseignements stériles; *ils avaient donc succombé sans avoir été infectés*. Chez les cinq autres, MM. Charrin et Roger purent, par la culture, trouver des microbes; mais ceux-ci devaient être peu nombreux, car deux fois seulement ils purent en constater la présence au microscope. Chez les animaux sans écorchures, MM. Charrin et Roger pensent que les microbes ont pénétré par l'intestin. Mais retenons surtout ce fait, que certains animaux ont succombé sans présenter de microbes.

Dans une autre série d'expériences, MM. Charrin et Roger ont surmené des rats blancs par le même procédé, et ils leur ont inoculé ensuite, soit le charbon bactéridien, soit le charbon symptomatique. Ils sont arrivés à ce résultat que le surmenage imposé aux animaux inoculés avec l'un de ces deux virus, favorise considérablement le développement et la généralisation des infections; toujours les animaux surmenés sont morts avant ceux qu'on laissait au repos; souvent même ils ont succombé alors que ces derniers résistaient.

En résumé, les expériences de MM. Charrin et Roger prouvent : 1° que le surmenage favorise certaines infections déterminées; 2° que le surmenage, à lui seul, sans inoculation, peut produire des états morbides, et que quelquefois ces états morbides se compliquent d'infections microbiennes.

II

CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES QUI FAVORISENT L'ACTION DU SURMENAGE

Certaines conditions favorisent l'éclosion des accidents dus au surmenage.

L'*âge* n'est pas sans importance. L'enfant et l'adolescent, surtout au moment de la croissance (voyez plus loin *fièvre de croissance*), ont une nutrition très active; aussi le surmenage les atteint aisément; mais la guérison est, en général, très rapide. L'adulte présente les cas les plus fréquents de surmenage parce qu'il se livre davantage aux exercices forcés. Le vieillard est rarement la proie du surmenage; quand cela se produit, les voies d'excrétion étant généralement insuffisantes, les accidents ont une gravité plus grande.

Si l'homme a, d'une manière générale, plus d'occasions de se surmener que la femme, chez celle-ci, il n'est pas rare, surtout dans les hôpitaux parisiens, d'observer les fièvres de surmenage. Cela se voit chez les jeunes femmes qui quittent leur village et la saine campagne, pour se placer à Paris où elles sont soumises à un travail pénible, sans repos suffisant, dans de mauvaises conditions d'hygiène. Ajoutons que MM. Dreyfus-Brisac et Dufour considèrent certaines formes d'érythème polymorphe comme le propre du surmenage féminin.

Toutes les *professions* pénibles peuvent nous offrir des exemples de surmenage; mais celui-ci s'observe spécialement chez les militaires, surtout au moment de l'arrivée des recrues, ou au moment des grandes manœuvres, et aussi chez les bonnes à tout faire et les garçons d'écurie, toutes professions dans lesquelles on travaille beaucoup et on dort peu.

Le *défaut de repos et de sommeil* est une des conditions qui favorisent le plus l'auto-intoxication de surmenage. M. Bouchard a montré que le sommeil est l'état dans lequel la production des toxines est réduite au minimum. Travailler beaucoup et dormir peu, c'est donc favoriser au maximum la production des poisons organiques; c'est donc favoriser l'auto-intoxication de surmenage.

Mais ici il nous faut marquer l'importance majeure d'un facteur : l'*habitude*. Un citadin qui voudra pendant un jour travailler comme un paysan, sera au lit le lendemain, avec de la courbature fébrile; et pourtant le paysan fournit tous les jours, sans aucun accident, une pareille somme de travail. Pourquoi l'habitude produit-elle cette immunité ? Il y a à cela deux raisons principales : la première, c'est que, chez le paysan, par le fait de l'habitude, peut-être aussi de l'hérédité, il s'établit un rapport entre la désassimilation et la puissance éliminatrice; la seconde a été fournie par Helmholtz : par suite de l'habitude, les muscles seuls nécessaires au mouvement voulu se contractent, il y a maximum de travail produit avec un minimum de dépense. « Qu'on se rappelle, dit Helmholtz, la violence des efforts auxquels se livrent un nageur et un patineur inexpérimentés, et l'aisance que mettent à ces exercices les personnes qui en ont une grande habitude. »

Ceci nous explique pourquoi les accidents de surmenage sont si souvent la suite d'un *changement de profession*. Une femme, uniquement occupée naguère des soins de son ménage, perd son mari qui subvenait à toutes les dépenses. Pour gagner sa vie, elle devient porteuse de pains; et l'on sait quelle est cette tâche de porteuse de pains à Paris; les femmes qui l'accomplissent, lourdement chargées, vont de maison en maison, montent incessamment des étages, et cela dès les premières heures du jour; elles ont bientôt fait leur ascension du Mont-Blanc (Peter). Or, notre femme fut prise, au bout de deux mois, d'un état typhoïde grave, qui guérit pourtant par le repos, sans qu'on ait pu, à aucun moment, saisir les caractères de la dothiénentérie (Peter).

C'est d'ailleurs une notion courante que, lorsqu'on veut créer, chez un homme ou chez un animal, la possibilité d'accomplir un travail inaccoutumé, il faut d'abord l'y habituer progressivement; il faut une véritable éducation qui est l'*entraînement*. C'est par l'hérédité des habitudes qu'on peut expliquer la résistance de certaines races humaines ou

animales à la fatigue. Les Chinois, dit-on, peuvent fournir, sans accidents, une somme de travail, plus grande que les individus d'autres races.

Il n'est pas douteux que, dans la production du surmenage physique, comme dans la production du surmenage intellectuel, le côté *moral* n'ait une très grande importance. Tout le monde sait qu'un travail ennuyeux surmène beaucoup plus qu'un travail auquel on prend intérêt. Samuel Wilks raconte qu'une jeune fille, de complexion délicate et incapable d'une longue course, n'éprouvait plus aucun symptôme de fatigue et se promenait longtemps quand elle donnait le bras à son fiancé.

L'influence du *milieu cosmique* est aussi très considérable. Les températures extrêmes favorisent le surmenage : s'il fait trop chaud, le corps n'arrive plus à perdre par rayonnement l'excès de calorique engendré par l'excès de travail, ce qui trouble les actes nutritifs et favorise l'auto-intoxication (voyez plus loin : coup de chaleur). S'il fait trop froid, la puissance de la contraction musculaire est diminuée (Marey), la dépense des matériaux nutritifs est plus grande, partant les déchets plus nombreux et l'auto-intoxication plus facile (voyez plus loin : coup de froid).

La fatigue se produit plus facilement lorsque la *pression barométrique* s'abaisse. Enfin, l'*état hygrométrique* a aussi son influence; plus une atmosphère chaude sera saturée d'humidité, moins les éliminations par le poumon et la peau se feront facilement et plus vite l'organisme sera empoisonné. Nous ne savons rien de l'influence de l'*état électrique* de l'atmosphère sur la production de la fatigue.

Nature de l'exercice. Division des accidents du surmenage. — Il importe de préciser la nature des exercices qui donnent lieu au surmenage; d'autant que cela nous conduira à diviser les manifestations du surmenage en deux grands groupes : le surmenage aigu ou suraigu (surmenage asphyxique) et le surmenage subaigu, lent, prolongé (fièvre de surmenage et ses variétés).

On peut diviser les exercices musculaires en trois catégories : exercices de force, exercices de vitesse, exercices de fond (Lagrange). L'*exercice de force* est celui dans lequel chaque mouvement représente une grande somme de travail et met en jeu la puissance contractile d'un grand nombre de muscles. Tel est, par exemple, le transport de lourds fardeaux, ou l'effort que nécessite la gymnastique athlétique. Dans l'*exercice de vitesse*, dont la course est le type, les mouvements sont peu énergiques, mais leur succession rapide multiplie et accumule les effets du travail. Dans l'*exercice de fond*, au contraire, les efforts étant suffisamment espacés, il y a fractionnement du travail et celui-ci peut être continué longtemps.

Or, quand on parcourt ce qui a été écrit au sujet du surmenage physique, on voit que deux ordres d'accidents peuvent lui être imputés : les premiers sont dus aux exercices de force et de vitesse (surmenage asphyxique); les seconds sont dus aux exercices de fond (surmenage subaigu, lent, prolongé).

Dans la première catégorie, nous trouvons le *surmenage aigu ou suraigu*, dont les animaux forcés nous offrent le type achevé. Il s'agit ici d'un fonctionnement musculaire excessif, se produisant brusquement, en un temps plus ou moins long, mais toujours limité; dans ces cas, il se produit des accidents qui entraînent presque toujours la mort immédiate. Puis, nous trouvons le *surmenage subaigu ou lent*, le plus intéressant pour le médecin. Un individu est soumis à un travail musculaire au-dessus de ses forces, à un travail auquel il n'est pas habitué, comme cela s'observe souvent par le fait d'un changement de profession. Cette exagération n'est pas suraiguë, comme dans le cas précédent; elle est plus modérée, et partant elle peut se prolonger pendant un certain temps, jusqu'au jour où la maladie survient. Ici nous trouvons une série morbide dont tous les termes s'enchaînent et qui va de la simple courbature à l'état typhoïde.

III

SURMENAGE AIGU ET SURAIGU OU ASPHYXIE DE SURMENAGE

A. Le surmenage suraigu s'observe fréquemment chez les *animaux*. Les chroniques de la vénerie et les annales vétérinaires nous en offrent des exemples. Des cerfs, des renards ou d'autres animaux poursuivis par la meute finissent, après avoir fourni une course longue et pénible, par tomber inanimés sans même avoir été blessés (Carrieu). Après la mort, on constate trois caractères principaux : 1° la rigidité cadavérique s'empare presque immédiatement du cadavre ; 2° la putréfaction est rapide et intense; 3° des ecchymoses s'observent sur les téguments et les viscères. Ajoutons que la viande des animaux surmenés est faisandée, a une odeur de marinade, de linge sale, de triméthylamine (1), et qu'elle est souvent toxique pour ceux qui la consomment.

On a parfois observé les accidents dont nous parlons chez des animaux conduits vers les marchés par une marche trop rapide.

B. Chez l'*homme*, les exemples de surmenage suraigu sont plus rares. L'antiquité en aurait probablement pu fournir un plus grand nombre que les temps modernes. Le soldat de Marathon qui vient annoncer la victoire aux Athéniens et tombe mort à son arrivée, est un cas de ce genre. De même, les athlètes qui succombaient après une lutte ou une course trop pénible. M. Bertherand a observé, en Algérie, deux cas de mort très curieux. Deux coureurs indigènes succombèrent dès leur arrivée, le premier après avoir fait 192 *kilomètres en quarante-cinq heures*, le second 252 *kilomètres en soixante-deux heures*. Après leur mort, ce qui frappa le plus ce fut la promptitude de la rigidité cadavérique, très rapidement suivie d'une décomposition putride également prononcée. Dans les deux cas, *on crut à un empoisonnement*; mais l'autopsie ne révéla que la fétidité indicible des rares matières contenues dans l'estomac et dans l'intestin, un sang très noir dans tous les vaisseaux, le ramollissement extrême et la coloration foncée de la plupart des muscles devenus infects, des diffusions sanguines des muqueuses et de la peau. Les poumons avaient un aspect normal. M. Bertherand conclut à une mort par excès de fatigue.

Ces faits nous éclairent sur l'anatomie pathologique du surmenage suraigu ; à la prompte rigidité du cadavre, à la rapide putréfaction, aux ecchymoses que nous avons signalées plus haut, il faut ajouter le ramollissement ultérieur des muscles; les caractères du sang, noir, fluide, *asphyxique*, et parfois les congestions viscérales.

C. Comment expliquer ces diverses modifications? En les groupant d'une manière rationnelle, on voit qu'elles peuvent être classées sous trois chefs : 1° rigidité, puis ramollissement musculaire; 2° putréfaction rapide; 3° phénomènes asphyxiques (état du sang, ecchymoses, congestions).

La rigidité musculaire est rapportée par Paul Bert et M. Fournol à la violente irritation du système nerveux. Mais Herzen l'attribue à une contraction idio-musculaire due à l'irritation chimique résultant de l'encombrement du muscle par les déchets de contractions trop répétées. Ce qui semble bien prouver qu'il en est ainsi, c'est le ramollissement extrême du muscle qui suit la période de rigidité.

Pour la putréfaction, si elle se produit si rapidement et

(1) P. Bert. In Thèse de Fournol, pp. 37 et 38.

si complètement, c'est qu'elle est favorisée par diverses circonstances; la principale est que le défaut d'oxygène dû à la consommation exagérée et l'excès d'acide carbonique laissent pulluler dans les humeurs et les tissus les microbes anaérobies qui sont des agents très actifs de putréfaction. Il est probable, d'autre part, que les matériaux azotés, ayant subi un commencement de désintégration, et partant éminemment fermentescibles, sont en très grande abondance.

Quant aux lésions asphyxiques qui dominent tout, elles sont si frappantes que quelques auteurs ont décrit les faits que nous décrivons sous les noms de *forme asphyxique du surmenage*, d'*anhématosie* (Bouley et Mercier), *auto-intoxication par l'acide carbonique* (Lagrange). Cette asphyxie se comprend aisément si on se rappelle que l'exercice musculaire forcé produit une grande quantité d'acide carbonique (voyez plus haut).

Pour l'intelligence de ces faits, il est intéressant de les comparer à l'*essoufflement* qui en est, en quelque sorte, le premier degré et dont M. Lagrange a tracé un tableau magistral. Un homme fait un exercice violent et inaccoutumé, un exercice de vitesse, par exemple (prenez l'homme qui court parce qu'il a peur de manquer le train); aussitôt la respiration s'accélère ainsi que le rythme cardiaque. Si l'exercice est poussé plus loin, le sujet éprouve de l'angoisse, devient *cyanosé;* le pouls devient intermittent; il y a tendance à la syncope; et parfois on a observé des syncopes mortelles [Lagrange] (1). C'est l'insuffisance du poumon à exhaler tout l'acide carbonique créé par ce violent exercice qui engendre tous les accidents; il y a bien auto-intoxication par l'acide carbonique.

D. Avant de quitter le surmenage aigu, nous devons nous demander s'il est légitime, comme l'ont fait MM. Lagrange et Dufour, d'assimiler à cet ordre de faits certains *coups de chaleur* et certains *coups de froid*.

Les médecins militaires paraissent d'accord pour dire que le *coup de chaleur* n'existe pas sans surmenage préalable, ce qui revient à dire que la chaleur n'est qu'un agent qui rend le surmenage plus rapide et plus malfaisant. C'est surtout dans l'armée que s'observent les coups de chaleur; et si on songe au vêtement du soldat qui est de couleur foncée (ce qui nuit à la perte de calorique par rayonnement), qui est fermé (ce qui ne permet pas l'évaporation); si on songe au col carcan qui serre le cou, au sac qui gêne la poitrine, on voit que des conditions multiples gênent l'hématose (Lacassagne).

Quant à la forme clinique des accidents, il est certain qu'elle fait penser à l'asphyxie de surmenage : « Par une température qui peut ne pas être très élevée et oscille parfois autour de 25 degrés, dit M. de Héricourt, le ciel étant plutôt nuageux que lumineux, le temps orageux et l'air chargé de poussière, vers la fin de manœuvres prolongées et particulièrement de longues marches, on voit les côtés de la route se garnir d'hommes qui déclarent ne plus pouvoir avancer; leur visage est congestionné et baigné de sueurs, ils accusent une soif vive et se plaignent d'éprouver une douleur constrictive à l'épigastre, des vertiges, des éblouissements, de la céphalalgie; il n'y a pas d'envie d'uriner. Un peu plus loin, la fatigue augmentant, on voit des hommes tomber... Leur connaissance est abolie à des degrés différents, depuis le simple éblouissement fugace jusqu'au coma complet; mais toujours la face est *violacée*, turgescente; la peau humide et parfois visqueuse, la respiration lente, le pouls fébrile et irrégulier, les pupilles dilatées : parfois on remarque un peu d'écume à la bouche. » Quand la mort ne survient pas, les soldats restent longtemps malades et longtemps convalescents.

(1) Il est probable qu'une partie des cas décrits sous le nom de *cœur forcé* rentrent dans cette catégorie de faits, l'autre partie devant rentrer dans celle que nous décrirons tout à l'heure sous le nom de forme cardiaque du surmenage subaigu.

MM. Cornil et Babès, qui ont eu l'occasion de faire des autopsies de sujets morts d'insolation, n'ont pu démontrer la présence des bactéries dans les organes, et ont simplement constaté l'hyperhémie avec état ecchymotique de la plupart des viscères.

Il est donc très probable que la plupart des faits classés sous la rubrique « coup de chaleur » sont imputables à l'asphyxie de surmenage.

De même que la chaleur favorise la production du surmenage, le *froid* peut aussi hâter ses effets malfaisants. Certains cas de prétendue asphyxie par le froid seraient, d'après M. Dufour, des cas de surmenage suraigu favorisés par cette condition cosmique. Il en cite des exemples probants fournis par les annales militaires.

Le vrai traitement du coup de chaleur, c'est la *saignée* (Géraud). En vertu d'idées théoriques, M. Lacassagne recommande, comme moyen préventif du coup de chaleur, l'usage des perles de térébenthine à l'intérieur, et, comme moyen curatif, les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine.

IV

SURMENAGE SUBAIGU, LENT, PROLONGÉ; LES FIÈVRES DE SURMENAGE

Ce sont les accidents que nous allons maintenant décrire qui intéressent surtout le médecin. Un exercice musculaire exagéré, lorsqu'il n'est pas assez intense et assez rapide pour produire l'état asphyxique, provoque néanmoins des accidents, et s'il est prolongé quelque temps, ces accidents deviennent de véritables états morbides.

Quand on rassemble les faits qui montrent l'influence du surmenage subaigu, on constate que ces faits forment une véritable série morbide, qui est un bel exemple de ces *séries morbides* sur lesquelles insiste tant M. Peter. De la simple lassitude aux états typhoïdes, il y a une chaîne ininterrompue.

I. Degrés légers. — La *lassitude* est le premier degré de cette série morbide; à la suite d'un travail inaccoutumé, une marche rapide, une course à pied ou à cheval, on éprouve, non pas immédiatement, mais quelques heures après, un malaise léger, avec quelques faibles douleurs musculaires. Tout cela s'efface rapidement.

Si les efforts musculaires ont été intenses et prolongés, le malaise général et les douleurs musculaires sont plus marqués; le sujet est abattu, inapte au travail, sensible au froid; il a les membres brisés; parfois la langue se charge d'un léger enduit saburral, et il se produit un certain degré d'anorexie. Mais le pouls reste calme et la température ne s'élève pas. C'est la *courbature simple*, non fébrile, dans laquelle doivent rentrer probablement la plupart des embarras gastriques sans fièvre, décrits par quelques auteurs.

A un degré plus élevé, se produit la *courbature fébrile.* Qu'un citadin, inapte aux travaux corporels, aille à la campagne et qu'il s'y livre à un exercice inaccoutumé, qu'il batte en grange, par exemple; aussitôt après il n'éprouve aucun malaise et est étonné de se trouver si vigoureux. Mais le soir venu, il est accablé et somnolent. S'il se couche il ne dort pas; il est pris d'agitation, de céphalalgie et éprouve une chaleur désagréable sur tout le corps. Au matin, si ses yeux se sont fermés quelques instants, il s'éveille brusquement, couvert de sueur, les membres raides et douloureux, la tête lourde, la langue chargée; l'appétit fait défaut. Le pouls est fréquent et la température

élevée. Dans la journée, l'état fébrile s'apaise un peu ; mais le sujet est inapte au travail, éprouve une sensation de lassitude extrême, de jambes coupées. Au bout de vingt-quatre heures, d'ordinaire, les malaises généraux ont disparu, mais il reste des souffrances locales, souvent du lumbago, de la rachialgie, des crampes douloureuses dans les muscles ; et pendant cinq ou six jours encore, tous les muscles qui ont pris part à l'exercice forcé demeurent raides, douloureux au toucher, incapables d'effort (Lagrange).

II. États typhoïdes de surmenage. — Un pas de plus, et nous arrivons aux états typhoïdes qui durent cinq ou six jours, disparaissent brusquement et offrent le type courant de la *fièvre de surmenage* (Peter). Les exemples de fièvre de surmenage abondent dans les thèses récentes qui ont paru sur ce sujet. Nous en choisissons une dans le travail de M. Fournol.

« En 1874, j'ai vu dans le service de M. Moissenet, à l'Hôtel-Dieu, un homme qui avait fait le voyage de Marseille à Paris à pied, soit 870 kilomètres environ en neuf jours, parcourant ainsi chaque jour la distance énorme de 24 lieues. En arrivant à Paris, cet homme, épuisé, fut transporté à l'hôpital, où il offrit toutes les apparences d'un état typhique des plus graves. Rien ne manquait au tableau : épistaxis, céphalalgie violente, fièvre intense, langue blanche au milieu, d'un rouge vif sur les bords et à la pointe, gargouillements dans la fosse iliaque droite, diarrhée fétide, hébétude, soif vive, et, ce qui est remarquable, tâches abdominales qui bientôt s'étendirent et prirent l'aspect de larges ecchymoses. Au bout de quatre jours de repos le plus absolu, tous les symptômes s'amendèrent et le malade reprenant l'appétit, les forces et l'intelligence, *sortit de l'hôpital dans la même semaine.* »

Passons en revue les divers symptômes dont l'ensemble constitue la fièvre de surmenage. Le *facies typhoïde* ne manque jamais (Peter). Le malade est stupide, indifférent, hébété, et si on lui demande de quoi il se plaint, il répond presque toujours : « Je suis fatigué » (Peter).

Quelquefois un peu de subdélire s'observe, mais cela est l'exception. La céphalalgie est la règle.

Un symptôme qui ne manque presque jamais, ce sont les *douleurs musculaires*, spontanées ou à la pression, douleurs qui affectent parfois la forme de crampes, et qui frappent surtout les muscles qui ont le plus travaillé. C'est ainsi qu'un homme, qui avait dansé deux nuits de suite à l'époque du 14 juillet, entre à l'hôpital avec un état typhoïde et des douleurs extrêmes dans les mollets. En pinçant les muscles, on y constate le nœud musculaire, comme dans tous les cas d'épuisement. On peut aussi observer une douleur dans les lombes, qui ne cesse que par les émissions sanguines locales. Constamment aussi le tube digestif est atteint. La langue est le plus habituellement chargée d'un enduit suburral, épais, et porte l'empreinte des dents. Ce n'est que par exception qu'on la voit amincie, blanche au milieu, rouge aux bords et à la pointe, comme dans la dothiénentérie. L'appétit est supprimé ; la soif est vive ; parfois le malade a des nausées et des vomituritions. Souvent on observe un peu de diarrhée avec gargouillement iléo-cæcal. L'hypertrophie de la rate peut être constatée, mais elle est très inconstante. Parfois aussi le foie est volumineux (Peter) et l'ictère peut compliquer le tableau morbide (Dreyfus-Brisac). La peau, sèche d'abord, se couvre de sueur au moment de la défervescence. On a décrit des taches rosées lenticulaires dans les fièvres de surmenage. Nous croyons que c'est là une erreur ; ce qu'on observe surtout ce sont des pétéchies et quelquefois des ecchymoses un peu plus larges. L'épistaxis s'observe fréquemment. L'herpès labial a été aussi constaté quelquefois.

Les voies respiratoires sont habituellement indemnes. Pourtant, une observation de M. Peter semble montrer qu'une congestion pulmonaire peut accompagner l'état typhoïde de surmenage ; il s'agissait d'un jeune homme surmené, qui guérit en six jours avec débâcle d'urée (70 grammes en vingt-quatre heures).

Si on observe parfois un peu de dyspnée, cela tient à l'affaiblissement du cœur. Le cœur bat mollement, la matité cardiaque est plus étendue qu'à l'état normal ; on constate un léger souffle systolique, et le myocarde est douloureux à la pression (Peter). Le pouls est mou, petit, irrégulier, fréquent. Cette asthénie cardiaque prend parfois la première place dans le tableau clinique, comme nous le montrerons plus loin en étudiant la *forme myocardique* des états de surmenage.

La *fièvre*, dans les états de surmenage, mérite une mention spéciale. Trois cas peuvent se présenter :

1° Le plus ordinairement, la température s'élève brusquement, et quand on examine le malade, on constate qu'elle atteint 39 degrés. Elle évolue sous forme de *fièvre subcontinue.* Brusquement, du cinquième au huitième jour en général, la chute se fait par crise, en l'espace d'un ou deux jours.

2° D'autres fois, il est assez remarquable que, malgré l'état typhoïde, l'élévation thermique est modérée ou nulle ; c'est l'*état typhoïde sans fièvre* que M. Peter considère comme presque caractéristique du surmenage.

3° M. Peter a bien mis en lumière, dans une leçon clinique, que la fièvre de surmenage peut affecter la forme de *fièvre à rechutes*. Le cycle thermique est en général celui-ci : d'abord une période pyrétique de six à dix jours, puis deux jours d'apyrexie ; enfin, une dernière période pyrétique de cinq à six jours. Il semble donc que la fièvre à rechute, due au surmenage, diffère de la fièvre récurrente à spirilles, observée dans d'autres climats, par la brièveté de la période d'apyrexie ; dans la fièvre récurrente à spirilles la période d'apyrexie dure de cinq à huit jours.

Caractère des urines. Crise urinaire. Preuves de l'auto-intoxication. — Dans tous les cas, la chute de la fièvre est brusque ; la maladie disparaît en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Cette défervescence est marquée par une crise urinaire que nous allons étudier.

Dans le cours de la fièvre de surmenage, l'albuminurie peut s'observer, quoique cela soit rare. Mais presque toujours l'urée diminue beaucoup. Puis, au moment de la crise, il y a une diurèse abondante, l'albuminurie disparaît et une débâcle d'urée se produit (Revilliod, Quinquaud, Semmola). Dans un cas de Revilliod, il y a eu excrétion de 126 grammes d'urée en vingt-quatre heures ; et dans un cas de Gubler, cité par M. Carrieu, une excrétion de 100 grammes d'urée dans les vingt-quatre heures.

Comment expliquer le fait ? Cela est assez malaisé, parce que l'influence du travail musculaire sur l'excrétion de l'urée est encore controversée.

Revilliod admet que, sous l'influence du surmenage, l'organisme s'imprègne de substances extractives, matières premières avec lesquelles se forme l'urée. Ces substances sont toxiques, irritantes, lorsque, formées en excès, elles séjournent dans l'organisme, sans subir l'oxydation qui, en les transformant en urée, les rend inoffensives. Tant que le travail chimique qui doit les oxyder n'est pas terminé, tant que la coction n'est pas complète, les symptômes persistent ; l'excrétion d'urée est au-dessous de la normale.

Réciproquement, on observe une marche parallèle entre l'amendement des symptômes et l'augmentation de l'urée.

D'autre part, certains physiologistes pensent, avec Hermann, Noyes et Engelmann, que tant que le travail n'épuise pas le muscle, il n'y a pas une production plus abondante d'urée. Mais si la fibre musculaire est épuisée par un travail trop énergique, alors, comme si elle se détruisait elle-même, il y a destruction d'une matière albuminoïde et l'urée est produite en excès. On peut donc supposer que, retenue dans l'organisme au moment de la maladie, elle finit par s'éliminer ensuite en bloc au moment de la crise.

Un autre fait bien établi, c'est que les urines des surmenés sont troubles, ce qui tient à un excès d'*urates*. Et pourtant, ici encore, même désaccord sur l'influence du travail musculaire sur l'excrétion des urates. M. Lagrange a fait une étude très soignée de la question. Après avoir signalé les opinions contradictoires, il nous dit que ses recherches personnelles l'ont conduit à cette conclusion que, chez un individu surmené par un travail inaccoutumé, les sédiments uratiques s'observent constamment, à la condition de ne les chercher que dans l'urine émise trois heures au moins après l'exercice. Et M. Lagrange conclut : « Entre ces divers phénomènes, émission d'urines troubles et malaise consécutif à l'exercice, il y a une corrélation tellement constante, qu'il est impossible de n'y pas voir un rapport de cause à effet. »

Mais les urates ne sont pas les seules substances nuisibles fabriquées par l'organisme surmené. Il est probable que des ptomaïnes, et peut-être des toxalbumines, doivent intervenir aussi. M. Bouchard a constaté que l'urine des courbaturés, même apyrétiques, est éminemment *toxique*; l'urine d'un courbaturé tue à la dose de 12 centimètres cubes par kilogramme d'animal, alors qu'il faut 45 centimètres cubes en moyenne, pour obtenir le même résultat avec des urines normales.

Enfin, M. G.-H. Roger a montré, dans sa thèse, que l'urine et même le sang des chiens surmenés sont plus toxiques que le sang normal.

De cet ensemble de faits, il résulte que, dans les états de surmenage, il y a auto-intoxication. Il est donc très naturel d'attribuer à cet empoisonnement les accidents morbides que l'on constate après le surmenage.

Les quelques notions que nous possédons à cet égard se rapportent aux modifications de la sécrétion urinaire. Mais il est probable que les poisons créés par le surmenage s'éliminent aussi par le foie, l'intestin (diarrhée), par la peau, par les voies respiratoires. Mais sur les troubles de ces émonctoires, nous ne possédons pas de renseignements précis.

Formes cliniques spéciales de la fièvre de surmenage. — Les états typhoïdes simples que nous venons de décrire prennent parfois une forme clinique spéciale; chez les enfants et les adolescents, on les observe avec une physionomie particulière qui a été désignée sous le nom de *fièvre de croissance*. Chez les adultes, ils peuvent s'accompagner de localisations articulaires; d'où la *forme rhumatismale du surmenage* ou *rhumatisme de fatigue*. Ou bien, il y a des troubles cardiaques plus ou moins importants : d'où la *forme myocardique du surmenage*.

A. *Fièvre de croissance*. — M. Bouilly a défini la fièvre de croissance : un processus pathologique, frappant les enfants et les adolescents, caractérisé par de la fièvre aux allures souvent typhoïdes, des douleurs spontanées et provoquées siégeant dans la zone d'accroissement des os, et suivie d'accroissement rapide dans la taille du sujet.

La maladie éclate après de grandes fatigues, des marches prolongées, des exercices de gymnastique, surtout après des exercices de natation (Bouilly). Elle présente le tableau des états typhoïdes de surmenage; il s'y joint des douleurs au niveau des épiphyses les plus « fertiles », à l'extrémité inférieure du fémur, à l'extrémité supérieure du tibia, le col du fémur, les extrémités supérieure et inférieure de l'humérus.

Il est probable que l'exercice forcé active le travail qui se fait au niveau des zones épiphysaires, et qu'à l'auto-intoxication, due au surmenage, se joint une autre intoxication, due à un poison autogène engendré par la suractivité nutritive de la moelle osseuse.

B. *Pseudo-rhumatisme de surmenage*. — Signalé d'abord par M. Besnier, appelé familièrement par Lasègue rhumatisme des sergents de ville, le rhumatisme de surmenage a été l'objet d'un travail de M. A. Mathieu. A propos de ce travail, M. Dreyfus-Brisac disait : « Le rôle du surmenage ne se borne pas seulement, comme dans les cas qui ont fourni à M. Mathieu le sujet d'un excellent travail, à réveiller la diathèse rhumatismale; il peut, à lui seul, en dehors de toute influence diathésique, produire un syndrome morbide qui, à un examen superficiel, ressemble aux formes atténuées du rhumatisme, mais en diffère par la prédominance des manifestations saburrales, l'extrême rareté des complications viscérales et l'inefficacité des préparations salicylées. » Puis MM. Albert Robin et Lubanski insistent sur ce rhumatisme de surmenage. Enfin, M. Dreyfus-Brisac revient sur ce sujet dans la *Gazette hebdomadaire* (juillet 1888).

Le plus habituellement, avant l'apparition des douleurs articulaires, il y a un état fébrile avec un malaise assez prononcé. Cet état reproduit celui de la courbature fébrile que nous avons décrit plus haut; il se complique ordinairement d'épistaxis, d'état saburral des voies digestives supérieures. La douleur est moins forte que dans le vrai rhumatisme; les articulations sont gonflées, mais restent pâles. D'ailleurs, la localisation est plutôt péri-articulaire que vraiment articulaire. Ce sont les articulations qui se sont les plus fatiguées qui sont prises; les genoux, les articulations tibio-tarsiennes; car c'est le surmenage par la marche et la station debout qui est ordinairement en cause. M. Carrieu cite un cas où l'articulation la plus malade était le poignet; or, il s'agissait d'un serrurier.

Au bout de quelques jours, l'état général s'améliore; mais, avant la guérison complète, il reste longtemps un peu de raideur articulaire.

Comment agit le surmenage pour produire ces arthropathies? La plupart des auteurs admettent que le surmenage peut favoriser l'éclosion du rhumatisme articulaire aigu franc chez un individu prédisposé. Dans l'observation de M. Albert Robin, il nous paraît que le surmenage a dû agir de cette manière. Mais il semble aussi que le surmenage, à lui seul, suffit à provoquer des accidents articulaires. Pour la pathogénie de ces cas, il est bon de rappeler les expériences de Frerichs qui, opérant sur de grands animaux, a constaté que, sous l'influence de la fatigue, les articulations subissent les modifications suivantes : la synovie diminue de quantité; elle devient plus épaisse, plus dense, plus riche en globules blancs, plus pauvre en matières solides inorganiques; mais les matières extractives subissent une très notable augmentation.

Un caractère particulier du rhumatisme de surmenage, bien mis en lumière par M. Dreyfus-Brisac, c'est qu'il peut s'accompagner, surtout chez les femmes, d'éruptions érythémateuses, qui revêtent l'aspect d'*érythèmes polymorphes*. Quelle que soit l'opinion que l'on admette sur la pathogénie de ces érythèmes, soit que l'on suppose l'agent morbifique agissant directement sur la peau, soit qu'il agisse par l'intermédiaire du système nerveux (angio-névrose), personne ne doute que, parmi ces érythèmes, il en est qui sont dus à

des poisons exogènes. On peut admettre avec assez de raisons, comme M. Dreyfus-Brisac, que les poisons autogènes produits par le surmenage agissent comme les précédents pour les produire.

C. *Forme cardiaque de la fièvre de surmenage* (Ponose cardiaque de Revilliod, myocardite de surmenage de M. Peter). — L'influence de l'excès de travail musculaire sur le cœur est connue depuis longtemps. Galien savait déjà que la profession d'athlète favorise le développement des maladies du cœur. Mais cette influence du surmenage sur le cœur peut être envisagée à deux points de vue différents.

D'abord, le surmenage peut engendrer ce que nous appelons le *cœur forcé*, ce que les Américains appellent « irritable heart », état morbide qui s'observe chez les athlètes, les gymnasiarques, les coureurs de profession. Sous l'influence du travail musculaire excessif, le cœur subit des modifications qui traversent plusieurs phases. Dans une première phase, l'organe s'hypertrophie. Dans une seconde, il y a un certain degré d'asthénie caractérisée par l'arythmie cardiaque, le bruit de galop, des souffles systoliques, de la dilatation du cœur, de l'oppression. Enfin, dans la dernière phase, on retrouve le tableau complet de l'asystolie. Ces trois phases peuvent évoluer en un temps plus ou moins long. Il est des cas où les accidents se présentent, en quelque sorte, à l'état aigu, et où l'asthénie cardiaque atteint, en quelques jours, un degré mortel (1).

Mais ce n'est pas de ces faits que nous voulons parler ; ce que nous voulons mettre en lumière ici, c'est une forme clinique de la fièvre de surmenage dans laquelle, à l'état typhoïde, s'ajoutent des accidents de myocardite. Ces faits ont été bien mis en lumière par Revilliod et M. Peter. Voici, brièvement résumé, un fait cité par Revilliod. Un homme de cinquante-deux ans, après avoir fait plusieurs métiers, entreprend celui de chiffonnier, et porte, dès l'aube, un gros sac sur le dos. Au bout d'une quinzaine de jours, il se sent fatigué et éprouve de l'oppression. Perdant de plus en plus ses forces, il entre à l'hôpital où il a un aspect typhoïde complet, avec 39 degrés de température. De plus, les lèvres sont cyanosées; le pouls est faible, mou ; le choc de la pointe du cœur ne peut être vu ni palpé. Au bout de trois semaines, les extrémités se refroidissent, le teint pâlit et la mort arrive. L'autopsie ne révèle rien qu'un myocarde dégénéré et quelques infarctus hémorrhagiques dans le poumon. A côté de ces faits, terminés par la mort, il en est de bénins. Des sujets surmenés présentent tous les signes de la fièvre de surmenage, et de plus un peu de cyanose, de l'angoisse précordiale, de l'oppression, de la douleur à la pression du myocarde (Peter), de l'arythmie cardiaque, du bruit de galop, de la dilatation du cœur, un souffle systolique, parfois un peu d'œdème malléolaire ; puis, au bout de quelques jours de repos, tout disparaît sans laisser de traces.

Évolution des états de surmenage. — Dans l'immense majorité des cas, les états de surmenage évoluent rapidement; leur durée est courte; une semaine représente ordinairement le temps de cette évolution. C'est même là un caractère qu'il importe de mettre en relief. Un état typhoïde ou rhumatoïde, d'apparence grave, qui, au bout de six à sept jours, se termine brusquement, souvent par crise urinaire, avec le simple repos au lit comme traitement, est, en général, un état de surmenage.

(1) D'après M. Bloch (du Havre), *l'hypertrophie du cœur des jeunes sujets*, dite *hypertrophie de croissance*, est souvent due au surmenage. Mais qu'elle soit due au surmenage ou à la croissance, elle ne se produit que si le sujet est déjà prédisposé par l'hérédité, que si le sujet, en un mot, est un dégénéré (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1890, n° 44).

Pourtant le pronostic n'est pas toujours bénin. Dans les formes cardiaques, ainsi que M. Peter et Revilliod en ont cité des exemples, la mort peut survenir; et, l'autopsie ne décelant rien de caractéristique, si les antécédents ne sont pas connus, on se borne à dire que le sujet a succombé à une maladie de fome insolite. Enfin, et surtout, les états de surmenage, au lieu de rester de simples auto-intoxications, peuvent se compliquer d'infections microbiennes. C'est là une circonstance qui aggrave beaucoup le pronostic et sur laquelle nous allons revenir.

Diagnostic. — Le diagnostic des états de surmenage repose sur deux caractères principaux : 1° la notion étiologique; il suffit d'interroger avec soin le patient pour la retrouver; 2° la courte durée habituelle des accidents, qui guérissent par le simple repos.

La plupart des cas de fièvre de surmenage sont confondus avec la fièvre typhoïde abortive, l'embarras gastrique, le rhumatisme subaigu.

Avec la fièvre typhoïde, la fièvre de surmenage présente bien des points communs : faciès typhoïde, adynamie, courbature, diarrhée, épistaxis. Pourtant le diagnostic différentiel n'est pas aussi ardu qu'on pourrait le penser. D'abord, d'emblée, dès le premier jour, le surmené se présente comme un typhique à la deuxième semaine. On ne constate que très rarement des tâches rosées (ce sont des pétéchies qu'on observe habituellement dans la fièvre de surmenage); il est aussi exceptionnel de trouver des manifestations du côté des voies respiratoires. Enfin, la terminaison ne se fait pas par lysis comme dans la dothiénentérie, mais brusquement, par crise, souvent avec débâcle d'urée.

Pour l'embarras gastrique, il nous semble qu'il est inutile de faire le diagnostic. Le groupe des faits classés sous cette rubrique doit subir un démembrement. Il nous suffit d'avoir montré que bien des faits étiquetés sous cette rubrique sont des états de surmenage.

Quant au pseudo-rhumatisme de fatigue, on le distinguera du rhumatisme vrai par la notion étiologique, la profession du sujet, le siège des arthropathies, l'atténuation des douleurs peu en rapport avec l'adynamie profonde du sujet, la disparition rapide des troubles généraux, la persistance d'un peu de raideur articulaire.

En un mot, un état typhoïde ou rhumatoïde, d'apparence grave, qui se termine au bout de six à sept jours au plus, brusquement, souvent avec crise urinaire, par le simple repos au lit comme traitement, est, en général, un état morbide de surmenage.

A côté des maladies que nous venons de signaler, il est bon de dire que toutes les maladies fébriles qui, au bout de leur évolution, s'accompagnent de courbature, peuvent être confondues avec la fièvre de surmenage. La notion étiologique et l'évolution ultérieure lèveront tous les doutes. En temps de grippe, on peut aussi avoir des hésitations pour le diagnostic; mais la grippe, avec son caractère épidémique, sa céphalalgie sus-orbitaire si spéciale, son catarrhe des voies respiratoires, sera aisément reconnue.

Pour le *typhus exanthématique*, qui frappe si souvent les surmenés et les faméliques, la ressemblance avec l'état typhoïde de surmenage est souvent très grande. Ce n'est guère que par le caractère épidémique et contagieux, les conditions d'éclosion du mal (armée en campagne, famine, encombrement), par la durée beaucoup plus longue de la maladie (dix-sept à vingt jours environ) qu'on la distinguera.

Traitement. — Nous n'exposons pas ici les règles prophylactiques qui permettraient d'éviter les états de surmenage ; car c'est une grande partie de l'hygiène qu'il faudrait retracer ici.

Dans l'immense majorité des cas, les états de surmenage guérissent par le repos préconisé déjà par Hippocrate : *Quies, lassitudinis remedium*. On favorisera l'élimination des déchets par les diurétiques, le lait en particulier, les purgatifs, les diaphorétiques. Si le cœur est faible, on aura recours aux injections simultanées d'éther et de caféine recommandées par M. Peter. Enfin, en cas d'asthénie myocardique grave, il ne faut pas hésiter à faire la saignée, qui diminue la fatigue du cœur et permet l'élimination des toxines, mieux que toute autre spoliation. Si l'état fébrile est très prononcé, on administre le sulfate de quinine. C'est encore au sulfate de quinine qu'il faudra s'adresser en cas de pseudo-rhumatisme de surmenage, car les préparations salicylées sont inefficaces.

V

COMPLICATIONS MICROBIENNES DES ÉTATS DE SURMENAGE

Depuis quelque temps, la pathologie microbienne subit une modification. On s'est aperçu d'abord que l'action exclusive du microbe ne suffit pas pour expliquer tout dans la genèse de la maladie infectieuse, et que les conditions de réceptivité sont très variables pour des individus soumis aux mêmes chances de contagion. Pour que la graine germe sur un sol, il faut que ce sol possède certaines propriétés particulières. De même en médecine, pour qu'un microbe germe et pullule dans l'organisme, il faut l'opportunité morbide, laquelle est créée par des modifications du *milieu interne* (comme l'auto-intoxication de surmenage) ou du *milieu externe* (conditions météoriques).

Mais il y a plus; des travaux récents montrent que certains microbes pathogènes sont probablement nos hôtes habituels. Le pneumocoque et le bacille de la diphthérie (Roux et Yersin) peuvent se trouver dans la bouche à l'état normal. Le bacille de la fièvre typhoïde n'est peut-être qu'une modification du bacillus coli communis (Rodet et Roux). Les microbes pyogènes, streptocoques et staphylocoques, peuvent vivre dans la bouche, dans le vagin, sur les téguments d'un sujet sain. Ces constations réduisent un peu le rôle de la contagion, qui semblait hier exclusif et unique ; et on doit admettre aujourd'hui que certains cas de maladies infectieuses ne sont pas dus à la contagion, mais sont, dans quelques cas, spontanés, le mot spontané n'ayant pas tout à fait la même signification qu'autrefois.

Quand un de ces microbes commensaux devient pathogène, ce n'est pas uniquement parce qu'il a trouvé une porte ouverte, parce qu'il y a discontinuité de l'épithélium ou déchirure vasculaire. Cela arrive tous les jours et l'infection ne se produit pas grâce au phagocytisme et aux propriétés bactéricides du sérum chez l'individu bien portant. Si le microbe devient nocif, si sa virulence s'exalte, c'est que des modifications intérieures ou extérieures se sont produites. Le surmenage est une des causes intérieures qui facilitent le plus l'infection microbienne. L'histoire de bien des maladies en fait foi ; et les expériences de MM. Charrin et Roger confirment les enseignements de la pathologie. L'organisme surmené, empoisonné, devient la proie des microbes, comme le corps entre en putréfaction, quand la vie s'est éteinte en lui.

Mais il semble que le surmenage appelle de préférence telle ou telle infection microbienne. Ce sont ces complications microbiennes les plus habituelles des états de surmenage que nous allons énumérer.

Au premier rang se place la *myosite infectieuse*, si bien décrite par M. Brunon, dans son excellente thèse, et sur laquelle il est revenu dans un mémoire de la *Normandie médicale*. La myosite infectieuse primitive ne se développe que chez des sujets prédisposés par le surmenage physique, auquel s'ajoutent souvent les émotions morales dépressives, l'ennui arrivé au maximum d'intensité, comme dans la nostalgie des conscrits bretons. L'effort musculaire en est la cause occasionnelle ordinaire. Mais la cause intime du processus suppuratif est dans une infection générale (*probablement par le staphylocoque pyogenes*). Les muscles atteints sont toujours les muscles travailleurs par excellence. La maladie peut revêtir trois formes : maligne, aiguë ou subaiguë.

Le surmenage physique est d'ailleurs la cause prédisposante principale des maladies infectieuses de l'appareil locomoteur (R. Brunon).

Ainsi l'*ostéomyélite des adolescents* est bien souvent préparée par le surmenage. Le premier cas de cette maladie qu'il nous a été donné d'observer s'était produit chez un jeune homme de seize ans, qui avait fait à pied le trajet de Nantes à Toulouse. On pourrait dire que l'ostéomyélite succède à la fièvre de croissance, et que la transformation de la seconde en la première s'effectue dès qu'intervient le *staphylococcus pyogenes*.

L'*infection purulente médicale*, la pyohémie spontanée des anciens auteurs, avec abcès articulaires, survient souvent à la suite de fatigues exagérées (Jaccoud).

M. Peter insiste sur ce fait que la plupart des *endocardites infectieuses* sont souvent préparées par le surmenage ; et M. Féréol a cité un cas de fièvre de surmenage, d'aspect typhoïde, dans lequel on trouva une *myocardite suppurée*.

Tous les auteurs qui ont écrit sur le *typhus pétéchial* sont d'accord pour accorder une grande place au surmenage parmi les conditions favorables au développement de cette maladie.

Pour la *tuberculose*, nul doute que le surmenage ne puisse, dans certaines circonstances, en favoriser l'éclosion. C'est ce qu'enseigne M. Peter, et M. Jaccoud dit : « L'observation enseigne que les causes ordinaires de la tuberculose tardive acquise sont des refroidissements répétés chez des individus *surmenés* par des excès de travail et par la misère. »

Les deux complications qu'il nous reste à signaler sont rares et leur pathogénie est obscure : 1° Revilliod a observé un cas très net de *phlébite* dans la convalescence d'une fièvre de surmenage. Une femme surmenée entre à l'hôpital avec un état typhoïde fébrile. En sept jours, elle est guérie. Mais huit jours après sa guérison, apparaît une phlegmatia alba dolens de la jambe gauche ; 2° enfin M. Le Fort a communiqué à M. Rendon deux cas remarquables de *gangrène des membres inférieurs consécutifs au surmenage par la danse*. Malgré la rareté de ces accidents et l'obscurité de la pathogénie, l'étiologie nous a paru si nette que nous devions les signaler ici.

RAPPORTS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE AVEC LA FIÈVRE DE SURMENAGE. — La plupart des cliniciens admettent que, parmi les divers facteurs étiologiques qui favorisent l'éclosion de la dothiénentérie, il faut accorder une place au surmenage. Dans l'armée, cette notion est couramment acceptée : « Une caserne est ancienne ; ses murs et ses plafonds recèlent sans doute des microbes, car une épidémie se déclare ; la fièvre typhoïde décime les hommes. On blanchit les murs, on désinfecte, l'épidémie augmente et fait rage. On change de colonel et la maladie disparaît comme par enchantement » (Lagrange). La fièvre typhoïde frappe les troupes soumises à des manœuvres supplémentaires, à des marches forcées ; elle atteint de préférence les jeunes soldats qui ne sont pas encore habitués à la fatigue.

D'autre part, entre la fièvre de surmenage qui dure cinq ou six jours et la fièvre typhoïde, il y a, suivant la remarque de M. Peter, toute une série d'intermédiaires, si bien qu'on peut se demander si la fièvre de surmenage n'est pas une

fièvre typhoïde abortive, une ébauche de typhus, et c'est en effet ce qu'admettent la plupart des épidémiologistes modernes, qui sont partisans résolus de la spécificité morbide.

Cependant cette doctrine de la spécificité, si brillamment défendue par Trousseau, fondée, pour la fièvre typhoïde, sur les travaux d'Éberth, de Gaffky, de MM. Chantemesse et Widal, comporte des tempéraments. Nous avons relevé plus haut ce fait capital, que la microbiologie entre dans une voie nouvelle, en montrant la présence, dans les cavités naturelles de sujets sains, de microbes susceptibles de devenir pathogènes : tels les microbes de la suppuration, de la pneumonie, de la diphthérie. Si les recherches de MM. Rodet et Roux (de Lyon) sont confirmées, c'est-à-dire s'il est démontré que le bacille d'Éberth n'est qu'une modification du bacille commun du colon, on ne pourra plus croire que la cause univoque de la dothiénentérie est la contagion par l'eau ; il faudra admettre qu'il y a des cas où le bacille commun du colon a gagné sa virulence dans l'organisme lui-même, sous l'influence de modifications dans le milieu intérieur. Or, ne savons-nous pas que le surmenage est un des facteurs qui modifient le plus profondément le milieu intérieur? On peut donc concevoir qu'un sujet subisse, sous l'influence de l'auto-intoxication de surmenage, des modifications telles qu'elles l'amènent à devenir la proie du bacillus coli communis. Ainsi s'expliqueraient les séries morbides observées, séries qui vont de la simple courbature fébrile à la fièvre typhoïde la plus caractérisée.

Si ces vues étaient vérifiées par des travaux ultérieurs, elles apporteraient un singulier enseignement. Elles montreraient que les résultats des recherches de laboratoires, poursuivies sans autre préoccupation que celle de la vérité, n'infirment en rien ceux que nous a légués l'observation traditionnelle. Les doctrines changeront; la thérapeutique, aidée de toutes les notions nouvelles, subira des modifications et fera probablement de grands progrès ; mais les faits bien observés resteront toujours, et les lois, rigoureusement déduites des faits bien observés, seront immuables. Le but auquel nous devons tendre est de découvrir des lois de plus en plus simples et de plus en plus générales.

VI

Dans l'exposé qui précède, nous avons cherché à grouper, d'une manière aussi rationnelle que possible, les faits les mieux établis sur le surmenage physique, ainsi que les interprétations les plus probables dont ces faits sont susceptibles. Mais nous ne nous dissimulons pas toutes les obscurités qui entourent encore le sujet, toutes les lacunes qui existent dans la synthèse que nous venons de tenter. L'influence du surmenage physique sur les *névroses* ou sur l'*artério-sclérose* par exemple est plutôt soupçonnée qu'établie sur des faits probants. M. Lagrange a soutenu que, chez les paysannes, le surmenage des moissons engendre fréquemment des névroses (hystérie et vésanie), et il décrit une épilepsie des marcheurs ; mais pour bien apprécier ici le rôle du surmenage, il faudrait connaître d'abord celui de l'hérédité, de l'alcoolisme, etc. Il est possible, sans qu'on puisse l'affirmer, qu'un surmenage physique, chronique en quelque sorte, produise une auto-intoxication lente, aboutissant à l'artério-sclérose. Mais ce qui rend à ce sujet toute affirmation impossible, c'est la difficulté de faire la part des infections et des intoxications auxquelles le sujet a pu être soumis pendant son existence. On peut espérer pourtant que l'observation rigoureuse permettra un jour de résoudre la plupart des problèmes dont la solution est encore pendante.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891

1. M. Collin. Nouvelle théorie sur le mode de production de la contusion générale. — 2. M. Martin. Contribution à l'étude des contusions et déchirures du rein. — 3. M. Pascal. Du rôle de l'insula de Reil dans l'aphasie. — 4. M. de Coquet. Des néphrites sans albuminurie. — 5. M. de Luzaret. La résection du nerf optique (procédé de Wecker) comme traitement préventif et curatif de l'ophthalmie sympathique (migratrice). — 6. M. Cornet. Du traitement intra-utérin et vaginal des salpingites. — 7. M. Mongour. De la laryngectomie; indications, contre-indications, valeur thérapeutique, valeur opératoire, choix du manuel opératoire. — 8. M. Réjou. Contribution à l'étude du traitement électrique des fibromes utérins. — 9. M. Tardos. Critique du traitement abortif de la syphilis par la cautérisation et l'excision du chancre. — 10. M. Friot. Études cliniques sur les aliénés dangereux, dits criminels.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Limoges. — M. le professeur Raymondaud est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école.

— M. le docteur Hobon est nommé médecin-adjoint du lycée d'Alençon, en remplacement de M. le docteur Bodé, décédé.

— M. le docteur Saint-Ange est nommé médecin du lycée de Toulouse, en remplacement de M. le docteur Ripoll.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur de Mirbeck, de Saint-Maurice (Meurthe-et-Moselle).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie infantile, cliniques et observations, par les docteurs Charon et Gevaert. 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Précis d'embryologie adaptée aux sciences médicales, par P. Gilis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, préface de M. le professeur Mathias-Duval. 1 vol. in-18, de la Bibliothèque Diamant, avec 175 figures dans le texte, cartonné toile anglaise, tranches rouges. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Du chimisme stomacal (digestion normale; dyspepsie), par MM. G. Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et J. Winter, préparateur du laboratoire de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18, cartonné toile anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

Du rhumatisme noueux, polyarthrite déformante chez les enfants, par le docteur Diamantberger. In-8° avec figures et planches. — Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Topographie cranio-encéphalique, trépanation, par le docteur Paul Poirier. In-8° avec 13 figures noires et coloriées, intercalées dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie, par le docteur Richelot. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU DE LYON. Corps étranger de l'aisselle (dent de fourche mesurant 15 centimètres). — THÈSES DE PARIS. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. Instructions sur les précautions à prendre contre la variole, la fièvre typhoïde et la diphthérie. — CORRESPONDANCE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 19 janvier 1891.

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR LE PROCÉDÉ DE KOCH

Enfin Koch a parlé, et Virchow aussi! On sait maintenant quelle est la composition du liquide mystérieux d'un si curieux et en même temps d'un si violent effet.

Voici comment Koch a été amené à préparer sa lymphe, qui est un extrait glycériné de cultures pures, desséchées, de bacilles tuberculeux. Quand on injecte à un cobaye, sous la peau, une minime quantité d'une culture pure de bacilles de la tuberculose, la petite plaie se ferme, mais au bout de dix à quinze jours, il se fait un abcès qui s'ouvre et laisse une ulcération qui persiste jusqu'à la mort de l'animal. Il n'en est plus de même lorsque le cobaye a été rendu tuberculeux par une inoculation faite cinq à six semaines auparavant. Il se produit alors au niveau de l'injection bacillaire une sorte de nécrose de la peau d'un diamètre de 1 à 2 centimètres. La perte de substance qui en résulte guérit assez rapidement; elle ne persiste pas comme l'ulcération consécutive à l'injection de la même culture bacillaire chez un cobaye sain.

Ayant fait cette première observation, Koch fut amené à penser que les bacilles fabriquent une substance capable de déterminer la mortification et l'élimination des tissus. Il rechercha donc en quoi consistait cette substance. Il découvrit alors que les cultures de bacilles tuberculeux dans lesquelles les bacilles ont été tués, sont beaucoup plus toxiques pour les animaux tuberculeux que pour les animaux sains. On obtient les mêmes résultats en traitant par une solution de glycérine à 40 ou 50 p. 100 le résidu sec obtenu par la dessiccation des cultures bacillaires. C'est, du reste, ainsi que serait préparée la lymphe.

Il vit, d'une part, que les animaux tuberculeux succombaient avec une faible quantité de lymphe, alors qu'à dose égale les animaux sains survivaient; d'autre part, que si l'on faisait à des animaux, auparavant inoculés à l'aide d'une culture bacillaire vivante, des injections successives de culture morte très diluées ou d'extrait glycériné de ces cultures, l'ulcération cutanée se guérissait après avoir présenté les phénomènes bien connus de la réaction locale. De même se guérissaient les adénopathies concomitantes.

Voici comment Koch se représente l'action de la substance toxique fabriquée comme il vient d'être dit. Les bacilles produisent directement ou indirectement une substance toxique qui amène la mortification des cellules, en provoquant la nécrose de coagulation de Weigert. Quand les bacilles sont peu nombreux, ils finissent par être enserrés dans un cercle de cellules nécrosées, et par ne plus trouver les matériaux nécessaires à leur entretien. Il existe ainsi autour de toute lésion tuberculeuse une zone d'éléments de vitalité affaiblie. Un léger surcroît du poison spécifique amène leur mortification définitive. C'est ce que ferait la lymphe. Les éléments sains de l'organisme résistent à son action ; ceux qui étaient déjà touchés se nécrosent. Ainsi s'expliquerait l'action spéciale de cette toxine spécifique sur les éléments péri-bacillaires. Les bacilles eux-mêmes peuvent être entraînés mécaniquement dans l'élimination des tissus mortifiés, ou périr d'inanition, englobés qu'ils sont par des éléments incapables de les nourrir.

La substance toxique serait de nature albuminoïde, ce ne serait pas, cependant, une albumine toxique, une diastase, car la chaleur ne lui enlève pas ses propriétés. Elle possède un pouvoir toxique d'une action tellement intense qu'elle dépasse tout ce que l'on sait des toxiques connus. En effet, Koch estime que la substance réellement active ne dépasse pas un centième de la lymphe. Elle serait même notablement au-dessous de cette proportion. Il suffit donc de 2 ou 3 centièmes de milligramme pour produire les effets violents que l'on connaît. Que sont les alcaloïdes les plus dangereux à côté de cette énorme toxicité!

Koch commence par constater que les recherches entreprises de divers côtés ont confirmé ses premières assertions, et que, d'une façon générale, on a constaté la valeur diagnostique et thérapeutique de son remède. Il a lui-même observé environ 150 malades, traités par son procédé, sans avoir rien à changer à ses déclarations antérieures. Dans 2 cas, la guérison a paru définitive et au bout de trois mois, les bacilles n'avaient pas reparu dans les crachats.

Avait-il lu la communication de Virchow à la Société de médecine de Berlin ? Il lui serait difficile de la ranger dans les documents favorables à sa méthode.

Virchow a fait, personnellement, l'autopsie d'une trentaine environ de tuberculeux traités par le remède de Koch.

Il convient de dire que la plupart étaient à une phase avancée de la phthisie.

Par le microscope, on constate, de même que par l'observation clinique, les signes d'une vive irritation au pourtour des lésions tuberculeuses. Dans un cas de méningite, il y avait une hyperhémie colossale, telle que Virchow n'en avait jamais vue de semblable. L'hyperhémie était manifeste au pourtour des diverses lésions observées. Elle explique l'apparition des hémoptysies dans certains cas. Il ne s'agit pas d'une simple congestion mobile; mais d'une congestion inflammatoire liée à une prolifération cellulaire active et étendue. Les ganglions atteints présentent un gonflement inaccoutumé, dû surtout à cette rapide prolifération. A ce processus péri-tuberculeux correspond une augmentation du nombre des globules blancs du sang.

Dans la phthisie laryngée, cette tuméfaction peut amener des accidents analogues à l'œdème de la glotte. Virchow a même observé un véritable phlegmon rétro-pharyngien.

Dans le poumon d'un homme qui avait reçu six injections, il a trouvé une hépatisation caséeuse d'une étendue si grande que, depuis des années, il n'en avait pas vu de si accentuée. Cette pneumonie caséeuse s'était produite chez un homme qui n'avait auparavant que des lésions des sommets. Cinq fois sur seize, Virchow a rencontré de l'hépatisation caséeuse récente. Il semble donc que les injections provoquent l'apparition de cette forme aiguë de tuberculose pulmonaire.

De plus, l'injection paraît amener l'apparition d'une pneumonie catarrhale, que le célèbre anatomo-pathologiste qualifie de phlegmoneuse : ce serait une forme particulière, la pneumonie des injectés. On peut voir coïncider, du reste, la pneumonie caséeuse et cette pneumonie catarrhale spéciale. Au centre de cette pneumonie des injectés, se voient parfois de petites excavations semblables à celles qui se rencontrent dans la broncho-pneumonie gangréneuse. Elles paraissent être le résultat d'un processus de nécrose semblable à celui que l'on observe sur la peau.

Ce n'est pas tout. On peut constater sur les séreuses une éruption de tubercules miliaires, de follicules tuberculeux qui ont tous les caractères d'une production récente qui paraît consécutive aux injections. Des tubercules miliaires se sont montrés aussi au pourtour d'une ulcération tuberculeuse de l'intestin.

Il semble donc que la lymphe, en amenant la mortification des tissus, mette en liberté des bacilles qui peuvent, dès lors, infecter des régions plus ou moins éloignées. C'est ainsi que la pneumonie caséeuse des bases succède à la tuberculose des sommets.

Virchow fait remarquer que, si la lymphe amène habituellement un processus de mortification pour les productions tuberculeuses, les tubercules miliaires, et, plus exceptionnellement, de grosses agglomérations tuberculeuses résistent à cette action.

La mortification se fait dans l'intestin au pourtour des ulcérations comme au niveau d'un lupus; dans un cas, la perte de substance n'avait respecté que la séreuse; si le malade avait vécu quelques jours de plus, il se serait fait une perforation.

Quel réquisitoire contre la méthode de Koch!

Signalons, pour terminer, la mort d'une femme traitée par Burchardt (de Stuttgard), pour un lupus de la face. Elle a succombé après l'injection de 1 centigramme de lymphe avec des phénomènes de dyspnée, de cyanose, de collapsus cardiaque. Elle avait subi antérieurement deux injections d'une quantité moins forte de lymphe. A l'autopsie, Baumgarten a constaté une néphrite diffuse aiguë, hémorrhagique sur certains points, d'un caractère assez spécial. Histologiquement, le lupus ne différait pas sensiblement du lupus non traité. Il n'y avait, chez cette femme, que des lésions tuberculeuses très restreintes du poumon et, de plus, en voie de transformation fibreuse. La mort ne paraît donc pas avoir été, dans ce cas, la conséquence de la réaction péri-tuberculeuse ou d'une accélération du processus tuberculeux; elle résulte directement de l'action de la lymphe injectée, du reste, à une dose excessive.

Il faut avouer que la lymphe est, au point de vue biologique et toxicologique, une merveilleuse substance et que sa découverte est une très curieuse découverte. Quant à sa valeur thérapeutique, c'est autre chose.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. PONCET.

Corps étranger de l'aisselle (dent de fourche mesurant 15 centimètres).

Par J. FABRE, interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté.

Cette observation présente un certain intérêt par les dimensions du corps étranger, par son long séjour dans les téguments et par le peu de désordres qui ont suivi sa pénétration et son extirpation.

Il s'agit d'un homme de trente et un ans, S... Joseph, terrassier, qui a toujours joui d'une excellente santé et qui ne présente rien de particulier dans ses antécédents personnels : il entre le 13 novembre 1890 dans le service, venant d'une petite commune du département de la Loire.

En l'interrogeant, il donne les renseignements suivants :

Le 27 août 1890, deux mois et demi avant son entrée, se trouvant sur une charrette chargée de foin, il voulut saisir une fourche, mais il perdit l'équilibre et tomba d'une hauteur de 3 ou 4 mètres en entraînant la fourche. Au moment de la chute, il ressentit une douleur très vive au niveau de l'aisselle gauche, il s'aperçut aussi que quelques gouttes de sang avaient taché sa chemise à ce niveau, mais cet écoulement de sang fut si léger qu'il n'y attacha aucune importance.

Dans les jours qui suivirent cette chute, des douleurs se manifestèrent au niveau de l'aisselle sans qu'il y ait eu jamais aucun gonflement, ni aucune rougeur. Les douleurs persistant, le malade va consulter un rhabilleur qui l'immobilise, croyant avoir affaire à une fracture.

Depuis ce moment, notre homme n'a pas pu travailler, les douleurs qui, au début, se produisaient au repos et étaient très exagérées par les mouvements ont beaucoup diminué d'intensité et ne se manifestent que pendant les mouvements un peu étendus.

A son entrée, on se trouve en présence d'un fort et vigoureux campagnard, dont le développement musculaire est considérable : il se plaint de gêne dans les mouvements du bras gauche, gêne qui est surtout marquée quand il veut rapprocher le bras de la ligne médiane. En l'examinant, on note derrière la paroi antérieure de l'aisselle une petite cicatrice de 5 millimètres de long, à peine visible : elle est située un peu au-dessus d'une ligne horizontale passant par le mamelon. Plus profondément, entre les pectoraux et le thorax, on constate la présence d'un corps étranger qu'on peut saisir entre les doigts, sur une étendue de 1 centimètre et demi, faisant saillir la peau dans les mouvements d'élévation du bras : ce corps est un peu aplati, il est très légèrement mobile. On ne trouve rien de particulier au niveau

de l'articulation de l'épaule, ni au niveau de la clavicule : la palpation du grand pectoral ne révèle rien de particulier.

En interrogeant le malade, on apprend que la fourche, qu'il a entraînée dans sa chute, s'est cassée, et qu'il n'a jamais pu retrouver une des branches, longue d'environ 15 centimètres. Nous lui disons alors que c'est son morceau de fourche qu'il a dans l'aisselle, il hausse les épaules de l'air entendu d'un campagnard qui se moque d'un citadin.

Le 14 novembre, après anesthésie, rasage et lavage de la région M. Poncet fait une incision de 4 centimètres sur la saillie formée par le corps étranger, on tombe sur l'extrémité du corps étranger, avec une pince à sequestre on l'extrait. Le fragment avait 15 centimètres de long, sa grosse extrémité avait 7 millimètres sur 4; son extrémité pointue est acérée tout en étant mousse. Sa direction était oblique en haut et en dedans et son extrémité supérieure était au voisinage de la clavicule. La concavité du fragment était en rapport avec la convexité du thorax. La fourche dont il faisait partie était une fourche déjà achetée depuis longtemps, mais qui était brillante, comme celle qu'on voit dans les campagnes au moment de la fenaison. C'est peut-être là ce qui explique l'absence de complications inflammatoires, qui avait permis la cicatrisation par première intention de la petite plaie cutanée et le séjour dans les muscles pendant deux mois et demi de ce corps étranger si volumineux.

Le 22 novembre, le malade quitte le service complètement guéri.

THÈSES DE PARIS

De l'état du cœur gauche, dans les lésions mitrales, par M. Briquet.

Cette thèse est consacrée à l'étude anatomo-pathologique du cœur chez les malades atteints d'affections de la valvule mitrale. Voici les conclusions très nettes qui se dégagent de cette thèse.

L'oreillette gauche, dans l'insuffisance mitrale et le rétrécissement mitral isolés ou combinés, se dilate et s'hypertrophie. La dilatation domine dans l'insuffisance, et l'hypertrophie dans le rétrécissement.

Le ventricule gauche n'est ni hypertrophié, ni dilaté dans l'insuffisance mitrale pure ou le rétrécissement mitral pur; mais dans ce dernier cas, sa cavité est diminuée. Il ne présente également ni hypertrophie, ni dilatation dans la lésion mitrale, c'est-à-dire dans l'insuffisance unie au rétrécissement.

On peut en conclure que, lorsqu'il existe de l'hypertrophie du ventricule gauche, dans un cas d'affection mitrale quelconque, il faut *toujours* en chercher la cause ailleurs.

Celle-ci peut varier beaucoup et résider dans des lésions de l'orifice aortique, du système artériel, du péricarde, des reins, etc.

Du rhumatisme noueux chez les enfants, par M. Diamantberger.

Le rhumatisme noueux, que l'on croyait spécial à l'âge adulte, s'observe cependant chez l'enfant, après l'âge de deux ans. Comme chez l'adulte, le sexe féminin y est plus particulièrement exposé.

L'hérédité joue dans le rhumatisme noueux de l'enfance un rôle étiologique très important, mais le plus souvent, cette prédisposition héréditaire est influencée et mise en œuvre par de mauvaises conditions hygiéniques, la misère, le froid, l'humidité, l'abus fonctionnel.

La forme habituelle est le rhumatisme poly-articulaire noueux, plus rarement, on observe la forme partielle et les nodosités d'Heberden. Le début se fait par les grandes articulations jusque vers l'âge de sept à dix ans; après cet âge, comme chez l'adulte et le vieillard, ce sont surtout les petites articulations qui sont les premières atteintes.

Le pronostic serait beaucoup plus favorable chez l'enfant que chez le vieillard, car à l'aide de l'hygiène, d'un traitement tonique et des moyens thérapeutiques convenables tels que l'électricité, le massage, les bains sulfureux, etc., on arrive facilement à améliorer les petits malades, et même à les guérir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 janvier 1890. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATIONS

Résection des os du pied. — M. **BERGER** fait un rapport sur trois communications relatives à la résection des os du pied.

Dans la première, adressée par M. Michaux, il s'agit d'une opération de Wladimiroff-Mickulicz, pratiquée sur un jeune homme de vingt-six ans, qui était atteint d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du pied; il a ainsi modifié le procédé opératoire :

Premier temps. — Il fait partir l'incision, sur la face externe du pied, du point d'attache des insertions externes du tendon d'Achille et la dirige horizontalement, en passant au-dessous de la pointe de la malléole, jusqu'au niveau de l'articulation scapho-cuboïdienne ; de ce point, il la recourbe à angle aigu et la prolonge transversalement jusqu'au bord externe du pied, puis la recourbe de nouveau pour suivre ce rebord d'avant en arrière, en longeant la région plantaire jusqu'au niveau de la face postérieure talonnière, d'où elle rejoint son point de départ en remontant verticalement. Il obtient ainsi un lambeau comprenant les téguments et les tendons des péroniers et des extenseurs et le résèque pour mettre les parties profondes à nu.

Deuxième temps. — Il dissèque le paquet vasculo-nerveux, ouvre l'articulation tibio-tarsienne, libère le calcanéum et les os du tarse et les attire en dehors.

Troisième temps. — Il fait porter la section osseuse sur la partie postérieure des métatarsiens par une coupe horizontale. Cela fait, il résèque l'extrémité tibiale, fait la suture osseuse et la suture de la peau. Dans cette opération, on conserve la totalité des téguments internes et la presque totalité des parties molles postérieures.

M. Michaux, en appliquant ce procédé, a obtenu un résultat très satisfaisant, bien que la consolidation ait mis quatre mois à se faire. En outre, l'axe du pied n'est pas en parfaite continuité avec celui de la jambe.

La seconde observation a été adressée par M. Gellé (de Provins). Elle diffère de la précédente par la nature de la lésion, puisqu'il s'agissait d'une suppuration consécutive à une fracture des os du pied.

Le blessé avait déjà subi deux incisions, l'une au côté externe et l'autre au côté interne du tarse, de telle sorte qu'il en était résulté un pont cutané antérieur, que l'opérateur sépara d'abord des parties profondes. Puis, de l'extrémité antérieure de l'incision externe, on fit partir une incision transversale qui rejoignit l'extrémité de l'incision interne, en sectionnant profondément la plante du pied. Le lambeau talonnier fut ensuite disséqué et relevé, le calcanéum et l'astragale libérés, et la dissection portée jusqu'au niveau de la deuxième rangée des os du tarse. Après avoir sectionné le cuboïde et les cunéiformes, M. Gellé résèqua le tibia et réunit les parties molles. La guérison fut obtenue après plusieurs mois de suppuration.

C'est là un procédé de nécessité.

Dans la troisième observation, communiquée par M. Phocas (de Lille), il s'agit d'une résection atypique faite sur un enfant de sept ans atteint d'une ostéo-arthrite tuberculeuse des os du pied. Ceux-ci ayant été mis à découvert, il fit l'énucléation du calcanéum, de l'astragale, du cuboïde et l'évidement des cunéiformes. Le petit malade a guéri avec un raccourcissement seulement de 1 centimètre, le rétablissement des mouvements de l'articulation et la réformation d'une portion du squelette.

Ces différents faits permettent d'établir une comparaison entre

les opérations radicales et les procédés de conservation, appliqués au traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du pied. Il y a huit ou dix ans, M. Berger, avec la plupart de ses collègues, se montrait peu partisan de ces opérations réglées et préférait la méthode conservatrice. Mais depuis, il a changé d'opinion et reconnaît tous les avantages de ces opérations réglées, surtout chez les malades des hôpitaux. Il rappelle avoir déjà soutenu que l'on devait rejeter les procédés dans lesquels on ne ménage pas les vaisseaux et les nerfs importants de la région. C'est pourquoi il a toujours défendu la conservation des parties molles des régions interne et talonnière. Le procédé auquel a eu recours M. Michaux atteint le même but, en créant une voie d'exploration plus large.

Ces opérations donnent d'excellents résultats chez les adultes, pourvu qu'on ne laisse pas dans la plaie la moindre partie de tissu malade. Chez les enfants, M. Berger pense qu'il y a lieu d'être plus parcimonieux et de ne pas abandonner les opérations atypiques, telles que celle que M. Phocas a pratiquée sur son petit malade.

Lymphadénomes et tuberculose testiculaire. — M. TERRILLON rappelle la gravité du lymphadénome du testicule, au point de vue de la récidive. Il vient d'observer deux faits qui semblent faire exception à cette règle.

Il y a trois ans et demi, il constatait chez un homme de quarante-cinq ans, fort et vigoureux, l'existence d'une tumeur testiculaire présentant tous les caractères d'une tumeur maligne. Il pratiqua la castration. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un lymphadénome. Depuis trois ans et demi, il n'y a pas eu de récidive.

Dans un second cas, il s'agissait d'un homme de trente-deux ans, atteint également d'une tumeur maligne du testicule. La castration a été faite en février 1888, et, depuis, il n'y a pas eu de récidive, bien que l'examen histologique ait montré qu'il s'agissait d'un lymphadénome.

M. Terrillon communique deux autres faits, dans lesquels il s'agit de guérison durable après la castration pour lésions tuberculeuses du testicule. Chez l'un de ces malades qui était atteint, depuis quatre mois et demi, de suppuration tuberculeuse de l'épididyme et du testicule gauche, la guérison se maintient depuis huit ans. Chez l'autre, il s'agissait d'une infiltration diffuse tuberculeuse et la guérison se maintient depuis dix-huit mois.

M. RECLUS dit qu'il n'y a pas lieu de s'étonner des heureux résultats obtenus par M. Terrillon chez ses deux malades tuberculeux. On sait, en effet, que cette localisation de la tuberculose est une de celles dont l'évolution est la plus lente. M. Reclus cite, à l'appui de cette opinion, l'exemple d'un malade opéré, il y a trente ans, par Velpeau, lequel jouit encore d'une parfaite santé et possède une nombreuse famille paraissant parfaitement légitime. En 1881, il a fait une double castration sur un sujet, chez lequel il n'y a jusqu'ici aucune récidive, ni aucune généralisation. M. Reclus cite plusieurs autres faits analogues, et un exemple de guérison spontanée. Il ajoute que la lésion tuberculeuse constatée par M. Terrillon, sur son second malade, a été décrite sous le nom d'orchite aiguë tuberculeuse, et est, aujourd'hui, parfaitement connue et banale.

M. VERNEUIL rappelle que les suppurations tuberculeuses du testicule et de l'épididyme peuvent guérir sans ablation de l'organe, en laissant seulement des stigmates particuliers. Aussi M. Verneuil n'a-t-il recours, que très rarement, dans ces cas, à la castration. Il a maintes fois obtenu la guérison par de simples cautérisations interstitielles. Il a même vu deux fois, à la suite de ces cautérisations, une notable diminution de la tuméfaction prostatique concomitante.

M. BAZY n'a eu également qu'à se louer des cautérisations interstitielles et a vu, comme M. Verneuil, la rétrocession des lésions de la prostate et des vésicules, comme conséquences de cette intervention.

M. POUILLY cite un exemple de guérison durable à la suite d'une castration pour un lymphadénome du testicule. En 1885, il pratiqua cette opération sur un jeune homme de vingt-huit ans, atteint d'une tumeur testiculaire présentant tous les caractères cliniques d'un sarcome. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un lymphadénome. Depuis cinq ans, il n'y a pas eu de récidive et ce jeune homme est venu récemment consulter M. Bouilly au sujet d'un mariage. M. Bouilly n'a pas cru devoir lui refuser l'autorisation de se marier.

M. TERRILLON fait observer que les faits de guérison durable, à la suite de la castration pour lymphadénome, sont assez rares pour mériter d'être publiés. Il pense qu'il en est de même pour la tuberculose.

Nouveau procédé opératoire pour remédier à la contracture du maxillaire. — M. LE DENTU communique l'observation d'une jeune fille de vingt-trois ans qui, à la suite d'une périostite, probablement liée à l'évolution de la dent de sagesse, avait subi une rétraction absolue du masséter du côté gauche. Depuis vingt-six mois, il lui était impossible d'écarter les mâchoires l'une de l'autre. Les opérations faites habituellement dans ces cas donnant des résultats imparfaits, M. Le Dentu a eu recours au procédé suivant : sur l'angle de la mâchoire, il a fait une incision au niveau des insertions inférieures du masséter, qu'il a sectionnées complètement, puis il a libéré la muqueuse au niveau du bord antérieur de la branche montante et est ainsi parvenu à mobiliser facilement le maxillaire.

Pour lutter contre la rétraction, qui aurait eu de la tendance à se reproduire, il a appliqué un bâillon pendant une dizaine de jours et ensuite des coins de bois; le résultat a été très bon et la malade peut écarter les mâchoires de 2 centimètres et demi.

PRÉSENTATIONS

Résection du genou. — M. MOTY présente un malade auquel il a fait une résection du genou ; à la suite de l'opération, il y a eu régression de lésions tuberculeuses des épididymes.

Embryon extrait par la laparotomie. — M. BAZY montre un embryon de deux mois qu'il a extrait, par la laparotomie, d'une poche tubaire noyée dans un hématocèle.

La séance est levée.

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ

DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

INSTRUCTION SUR LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE CONTRE LA VARIOLE (1).

La variole est une maladie éminemment contagieuse.

La vaccination et la revaccination sont les seuls moyens de prévenir ou d'arrêter les épidémies de variole.

Mesures à prendre dès qu'un cas de variole se produit.

Les cas de variole seront déclarés au commissariat de police du quartier pour la ville de Paris, ou à la mairie dans les communes du ressort de la Préfecture.

L'Administration assurera l'isolement ou le transport du malade et la désinfection du logement contaminé.

A. *Transport du malade.* — Si le malade ne peut recevoir à domicile les soins nécessaires, s'il ne peut être isolé, notamment si plusieurs personnes habitent la même chambre, il doit être transporté dans un établissement spécial.

Les chances de guérison sont alors plus grandes et la transmission n'est pas à redouter.

Le transport devra toujours être fait dans une des voitures spéciales, mises gratuitement à la disposition du public par l'Administration.

B. *Isolement du malade.* — Le malade, s'il n'est pas transporté,

---

(1) Adoptée sur le rapport de M. le docteur G. Dujardin-Beaumetz.

sera placé dans une chambre séparée où les personnes appelées à lui donner des soins doivent seules pénétrer.

Son lit sera placé au milieu de la chambre, les tapis, tentures et grands rideaux seront enlevés.

Le malade sera tenu dans un état constant de propreté.

Les personnes appelées à donner des soins à un varioleux devront être revaccinées. Elles se laveront les mains avec une solution de sulfate de cuivre faible (à 12 grammes par litre d'eau), toutes les fois qu'elles auront touché le malade ou les linges souillés. Elles devront aussi se rincer la bouche avec de l'eau bouillie.

Elles ne mangeront jamais dans la chambre du malade.

Elles devront avoir des vêtements spéciaux et les quitter en sortant de la chambre.

C. *Désinfection des objets ayant été en contact avec le malade, et mesures de précaution à prendre par celui-ci.* — Tous les objets (linge, draps, couvertures, objets de toilette, etc.) ayant été en contact avec le malade doivent être désinfectés.

Cette désinfection sera obtenue à l'aide de solutions de sulfate de cuivre. Ces solutions seront de deux sortes: les unes, fortes et renfermant 50 grammes de sulfate de cuivre par litre; les autres, faibles et renfermant 12 grammes par litre. Les solutions fortes serviront à désinfecter les linges souillés; les faibles serviront au lavage des mains et des linges non souillés.

Les commissaires de police tiennent gratuitement à la disposition du public des paquets de 25 grammes destinés à faire les solutions. On mettra deux de ces paquets dans un litre d'eau pour préparer les solutions fortes et un paquet dans deux litres pour les solutions faibles.

Les linges souillés seront trempés et resteront deux heures dans les solutions fortes.

Aucun des linges, souillés ou non, ne doit être lavé dans un cours d'eau.

Les linges non souillés seront plongés dans une solution faible. Les habits, les literies et les couvertures seront portés aux étuves municipales publiques de désinfection (1).

Le malade ne doit sortir qu'après avoir pris plusieurs bains.

D. *Désinfection des locaux.* — La désinfection des locaux est faite gratuitement par des désinfecteurs spéciaux (2). Pour obtenir cette désinfection, il suffit de s'adresser, à Paris, au commissaire de police du quartier (3).

Un médecin délégué est chargé de vérifier l'exécution des mesures prescrites ci-dessus.

INSTRUCTION SUR LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE CONTRE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Le germe de la fièvre typhoïde se trouve dans les déjections des malades.

La contagion se fait à l'aide de l'eau contaminée par ces déjections ou par tout objet souillé par elles.

Mesures préventives.

En temps d'épidémie de fièvre typhoïde, l'eau potable doit être l'objet d'une attention toute particulière; l'eau récemment bouillie donne une sécurité absolue.

Cette eau doit servir à la fabrication du pain et au lavage des légumes.

Avant de manger, il faut se laver les mains avec du savon.

Les habitudes alcooliques, les excès de tous genres, et surtout les excès de fatigue, prédisposent à la maladie.

(1) A Paris, des voitures spéciales viennent chercher à domicile les objets à désinfecter, et elles les rapportent après leur passage à l'étuve municipale. Dans la banlieue, les étuves sont mobiles; elles sont conduites à proximité de l'immeuble où il y a des objets à désinfecter.

(2) Des instructions spéciales sont données, d'autre part, aux brigades de désinfecteurs, qui doivent se présenter dans les locaux à désinfecter avec le matériel et les produits nécessaires.

(3) Dans la banlieue, c'est le maire qui doit assurer ce service.

Mesures à prendre dès qu'un cas de fièvre typhoïde se produit.

Les cas de fièvre typhoïde doivent être déclarés au commissariat de police du quartier pour la ville de Paris, et à la mairie dans les communes du ressort de la Préfecture.

L'Administration assurera le transport du malade, s'il y a lieu, ainsi que la désinfection du logement et des objets contaminés.

A. *Transport du malade.* — Si le malade ne peut recevoir à domicile les soins nécessaires, s'il ne peut être isolé, notamment si plusieurs personnes habitent la même chambre, il doit être transporté dans un établissement spécial.

Les chances de guérison sont alors plus grandes et la transmission n'est pas à redouter.

Le transport devra toujours être fait dans une des voitures spéciales mises gratuitement à la disposition du public par l'Administration.

B. *Isolement du malade.* — Le malade, s'il n'est pas transporté, sera placé dans une chambre séparée, où les personnes appelées à lui donner des soins doivent seules pénétrer.

Son lit sera placé au milieu de la chambre; les tapis, tentures et grands rideaux seront enlevés.

Cette chambre sera aérée plusieurs fois par jour.

Le malade sera tenu dans un état constant de propreté.

On évitera tout ce qui pourrait provoquer l'excoriation de sa peau : vésicatoires, sinapismes, etc.

Il est indispensable d'éloigner immédiatement toute personne qui ne concourt pas au traitement du malade et surtout les enfants.

Les personnes qui entourent le malade se laveront les mains avec une solution de sulfate de cuivre faible (12 grammes par litre d'eau), toutes les fois qu'elles auront touché le malade ou les linges souillés. Elles devront aussi se rincer la bouche avec de l'eau bouillie.

Elles ne mangeront jamais dans la chambre du malade.

C. *Désinfection des matières.* — Il est de la plus haute importance que les déjections du malade ainsi que les objets souillés par elles soient immédiatement désinfectés.

Cette désinfection sera obtenue à l'aide de solutions de sulfate de cuivre. Ces solutions seront de deux sortes, les unes fortes et renfermant 50 grammes de sulfate de cuivre par litre, les autres faibles renfermant 12 grammes par litre. Les solutions fortes serviront à désinfecter les déjections et les linges souillés; les faibles serviront au lavage des mains et des linges non souillés.

Les commissaires de police tiennent gratuitement à la disposition du public des paquets de 25 grammes destinés à faire les solutions. On mettra deux de ces paquets dans 1 litre d'eau pour préparer les solutions fortes et un paquet dans 2 litres pour les solutions faibles.

Pour désinfecter les matières, on versera dans le vase destiné à les recevoir un demi-litre de la solution forte. On lavera avec cette même solution les cabinets d'aisances et tout endroit où ces déjections auraient été jetées et répandues.

Aucun des linges souillés ou non ne doit être lavé dans un cours d'eau.

Les linges souillés seront trempés et resteront deux heures dans les solutions fortes.

Les linges non souillés seront plongés dans une solution faible. Les habits, les literies et les couvertures seront portés aux étuves municipales publiques de désinfection (1).

D. *Désinfection des locaux.* — La désinfection des locaux est faite gratuitement par des désinfecteurs spéciaux. Pour obtenir cette désinfection, il suffit de s'adresser au commissaire de police du quartier (2).

(1) A Paris, des voitures spéciales viennent chercher à domicile les objets à désinfecter, et elles les rapportent après leur passage à l'étuve municipale. Dans la banlieue, les étuves sont mobiles; elles sont conduites à proximité de l'immeuble où il y a des objets à désinfecter.

(2) Dans la banlieue, c'est le maire qui doit assurer ce service.

Un médecin délégué est chargé de vérifier l'exécution des mesures prescrites ci-dessus.

E. *Désinfection des matières expectorées ou vomies.* — Il est de la plus haute importance que les matières expectorées ou vomies, ainsi que les objets souillés par elles, soient immédiatement désinfectés.

Cette désinfection sera obtenue à l'aide de solutions de sulfate de cuivre. Ces solutions seront de deux sortes : les unes fortes et renfermant 50 grammes de sulfate de cuivre par litre; les autres faibles, renfermant 12 grammes par litre. Les solutions fortes serviront à désinfecter les matières expectorées ou vomies et les linges souillés; les faibles serviront au lavage des linges non souillés.

Les commissaires de police tiennent gratuitement à la disposition du public des paquets de 25 grammes destinés à faire les solutions. On mettra deux de ces paquets dans 1 litre d'eau pour préparer les solutions fortes et un paquet dans 2 litres pour les solutions faibles.

Pour la désinfection des matières expectorées ou vomies, on versera dans le vase qui les reçoit un demi-litre de la solution forte. On lavera avec cette même solution les cabinets d'aisances et tout endroit où ces déjections auraient été jetées et répandues. Aucun des linges souillés ou non ne doit être lavé dans un cours d'eau.

Les linges souillés seront trempés et resteront deux heures dans la solution forte.

Les linges non souillés seront plongés dans une solution faible.

Les habits, les literies et les couvertures seront portés aux étuves municipales publiques de désinfection.

Les objets de literie et, en particulier, les berceaux, doivent être également portés à l'étuve de désinfection. Les jouets de l'enfant doivent être brûlés.

Les cuillers, tasses, verres, etc., devront, aussitôt après avoir servi au malade, être plongés dans l'eau bouillante.

Pendant la maladie, les poussières du sol de la chambre seront enlevées chaque jour et immédiatement brûlées. Avant le balayage, on projettera sur le plancher de la sciure de bois humectée avec une solution de sulfate de cuivre (12 grammes par litre).

D. *Désinfection des locaux.* — La désinfection des locaux est faite gratuitement par des désinfecteurs spéciaux. Pour obtenir cette désinfection, il suffit de s'adresser, à Paris, au commissaire de police du quartier.

Un médecin délégué est chargé de vérifier l'exécution des mesures prescrites ci-dessus.

INSTRUCTION SUR LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE CONTRE LA DIPHTHÉRIE.

La diphthérie est une affection éminemment contagieuse.

Le germe de la diphthérie est contenu dans les fausses membranes et les crachats.

Il se transmet surtout à l'aide des objets souillés par les produits de l'expectoration.

Ces objets, quand ils n'ont pas été désinfectés, conservent pendant des années leur pouvoir infectieux.

Mesures préventives.

L'isolement et la désinfection sont les seules mesures efficaces de préservation.

En temps d'épidémie, tout mal de gorge est suspect, le germe de la diphthérie se développe surtout sur une muqueuse déjà malade : appeler de suite un médecin.

Mesures à prendre dès qu'un cas de diphthérie se produit.

Les cas de diphthérie seront déclarés au commissariat de police du quartier pour la ville de Paris, ou à la mairie des communes du ressort de la Préfecture.

L'Administration assurera l'isolement ou le transport du malade et la désinfection du logement contaminé.

A. *Transport du malade.* — Si le malade ne peut recevoir à domicile les soins nécessaires, s'il ne peut être isolé, notamment si plusieurs personnes habitent la même chambre, il doit être transporté dans un établissement spécial.

Ce transport doit être effectué à une époque aussi rapprochée que possible du début de la maladie.

Les chances de guérison sont alors plus grandes et la transmission n'est pas à redouter.

Le transport devra toujours être fait dans une des voitures spéciales, mises gratuitement à la disposition du public par l'Administration.

B. *Isolement du malade.* — Le malade, s'il n'est pas transporté, sera placé dans une chambre séparée où les personnes appelées à lui donner les soins doivent seules pénétrer.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le docteur Le Sourd, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Directeur,

Dans le numéro du 3 janvier 1891 de la *Gazette des hôpitaux*, vous avez fait un compte rendu sommaire de la thèse inaugurale de M. le docteur Pfender, aide d'anatomie de la Faculté, sur l'*Étiologie des luxations congénitales de la hanche*. Vous dites qu'un point nouveau paraît avoir été dégagé par M. Pfender, c'est l'association fréquente de la luxation congénitale et de la tuberculose. Vous le dites, d'ailleurs, après M. Pfender lui-même qui, à la page 40 de sa thèse, déclare avoir ouvert une voie nouvelle.

Ce n'est pas pour protester contre le fait de cette association, puisque je le crois moi-même bien établi, mais pour réclamer à son sujet mon droit de priorité, que je prends la liberté de vous écrire.

Dans un mémoire, lu au Congrès sur la tuberculose, et intitulé: *Les familles de tuberculeux et leurs états pathologiques habituels*, j'ai établi que cette association était si fréquente, que dans cinquante-neuf familles de tuberculeux, qui s'étaient présentées au hasard à mon observation dans moins d'une année, j'avais relevé trente-huit cas de luxations congénitales de la hanche. Et encore ne les avais-je pas signalés tous, comme j'ai pu m'en assurer depuis.

Dès l'époque je m'étais demandé si ces luxations congénitales, jointes dans les familles de tuberculeux à d'autres états pathologiques habituels, tels que les déviations osseuses, la laxité des anneaux abdominaux (hernies inguinales et crurales), les névroses, etc., étaient bien un événement fortuit; si leur fréquence et leur répétition n'étaient point, au contraire, le produit d'une même déviation nutritive, qui, par surcroît et à l'occasion, favorisait le développement du bacille tuberculeux; si, en d'autres termes, ces états pathologiques n'étaient pas les signes visibles et diagnostiques du terrain tuberculisable, et comme tels ne pouvaient pas fournir son appoint et son guide à la médication préventive de la tuberculose.

Le Congrès sur la tuberculose est de date assez récente; il a eu un assez grand retentissement, mon mémoire a été inséré tout au long dans le compte rendu de ses travaux. Malgré cela, je ne saurais faire un reproche à mon jeune et distingué confrère de l'avoir ignoré. Je prendrai plutôt occasion de son omission pour lui dire que le fait seul d'être arrivé à son insu aux mêmes conclusions que les miennes sur un sujet aussi nouveau, doit être une preuve de plus de leur exactitude.

Veuillez, Monsieur le Directeur, faire accueil à ces quelques observations, et recevoir l'assurance de mes sentiments de respectueuse confraternité.

Dr Ricochon,

Champdeniers (Deux-Sèvres), le 14 janvier 1891.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 janvier 1891, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin prinipal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Goinard.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Fabriès, Héricourt et Rit.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. le pharmacien-major de deuxième classe Troupeau.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Riche, Guermonprez, Hervieu, Decouvelœre, Duvernoy, Gailhard, Laurent, Ferrand, Jousse, Senebier, Masson, Therre, Vigouroux, Carrère, Bouillet, Paraire, Pollet, Guillaumet, Weimant, Lesage, Foucher, Maderay, Finot, Nitot, Marty, Gergand, Lepoutre, Pourrière.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. le pharmacien aide-major de première classe Gautrelet.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Faure, Vaussy, Tartière, Boisson, Chatillon, Zimmerman, Flandin, Chuquet, Richard de la Prade, Roque d'Orbcastel, Boutiron, Sarrade, Longevial, Coste, Mosqueron, Pris, Aubry, Bessière, Magnan, Boursot, Grenier, Chatellier, Lafage, Gelis, Lemonnier, Ledé, Ludot, de Labarrière, Parahy, Rey, Colombe, Queyroi, Surjus, Angot, David, Sadrin, Ferrand, Evesque, Magnanon, Grosmolard, Patey, Sombret, Delaux, Duchateau.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. Krieger, Dupont.

— Par décret, en date du 15 janvier 1891, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve du corps de santé militaire :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Clément, Dunac, Conzette, Aussoleil, Chartier, Icard, Chardon-Fleuret, Lartet, Billoir, Digoy, Meneault, Nugon, Estor, Le Meignen, Ardouin, Mordret, Fauconneau, Bar, Richer, Rigault, Conil, Valentin, Bourdillon, Chauveau, Regnier, Ganivet-Desgraviers, Rodier, Wacquez, Nicolle, Clarot, Pottier, Fauvel, Malaper du Peux, Agut, Chaigneau, Heurteau, Marx, Eymery, Frécou, Givre, Lévêque-la-Croix, Faivre, Coffin, Rousseau, Béhague, Oiry, Cronier, Paliard, Lauth, Meiffret, Epron, Vialatte, de Pénille, Hue, Martin, Daurios, Guénier, Dardel, Verniolle, Ryckewaert, Dourisboure, Moncorgé, d'Hôtel, Mascarel, Cambours, Baudry, Hudelo, Béjot, Lorentz, Mollard, Moussaud, Ferrières, Parelle, Giraud, Fallot, Borde, Dorte, Bassin, Maurau, Hervé, Sérieux, Coudère, Petitpierre, Poirrier, Gars, Monin, Prévot, Lemaire, Faussillon, Toussaint, Rey, Pierrot, Crépet, Dubut, Landois, Hacot, Franche, Wargnier, Beynes, Guillot et Delbreil.

— Par décision ministérielle, en date du 16 janvier 1891, les médecins militaires, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Guillemin, pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Arras; Labrevoit, pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville.

M. le médecin-major de deuxième classe de Tastes, pour le 9e hussards.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Huguet, pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 10. — JEUDI 22 JANVIER 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 22 JANVIER 1891. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU. De la lymphe du professeur Robert Koch dans le diagnostic des tuberculoses chirurgicales. — THÈSES DE PARIS. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. Tableau d'avancement pour l'année 1891. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nos prévisions n'ont pas tardé à se réaliser ; le discours de M. Le Fort contre la vaccine obligatoire a déjà soulevé d'énergiques protestations de la part de MM. Proust, Dujardin-Beaumetz et Hervieux.

M. Proust a mis sous les yeux de l'Académie une série de chiffres et de documents statistiques d'une telle précision et d'une telle éloquence, dans leur brutalité, qu'ils ne peuvent laisser aucun doute, pour un esprit non prévenu, sur les bienfaits de la vaccine obligatoire. Il termine cet important plaidoyer par la conclusion suivante, déjà adoptée à l'unanimité, en mai 1889, par le Comité consultatif d'hygiène publique de France :

« Le Comité, considérant que la vaccination et la revaccination sont les seuls moyens d'empêcher le développement de la variole ;

Que ces opérations ne présentent aucun danger, lorsqu'elles sont pratiquées suivant les règles de l'art ;

Que non seulement elles ne sont pas dangereuses en temps d'épidémie de variole, mais qu'elles sont le seul moyen qui puisse arrêter ces épidémies ;

Que la variole a presque complètement disparu des pays où la vaccination et la revaccination sont obligatoires et régulièrement pratiquées ;

Que cette maladie doit disparaître définitivement des pays civilisés ;

Considérant, enfin, que nous possédons avec le vaccin animal une sécurité absolue et pouvant satisfaire à toutes les éventualités ;

Émet le vœu :

Qu'une loi rende obligatoires, en France, la vaccination et la revaccination. »

M. Proust a eu raison d'ajouter qu'il ne doutait pas du vote de l'Académie.

M. Dujardin-Beaumetz n'a pas eu de peine à démontrer que l'isolement et la désinfection obligatoires réclamés avec tant d'énergie par M. Le Fort lui-même, outre les difficultés de leur application, portaient bien autrement atteinte à la liberté individuelle que la vaccine, beaucoup plus facile dans son application, plus sûre et plus efficace dans ses résultats. Ainsi que l'a dit le regretté Bouley, la liberté de répandre les maladies est une de celles que l'intérêt commun ordonne le plus de refréner.

M. Hervieux n'a donné lecture que de la première partie de sa communication. Mais, dès les premiers mots, il était aisé de voir qu'il venait se joindre aux précédents orateurs pour combattre M. Le Fort qui, malgré tout son talent, aura bien de la peine, croyons-nous, à rallier des partisans.

Au début de la séance, M. Duplay a fait un rapport sur une communication de M. Terrillon, relative à un cas d'ablation, par la ligature élastique, d'un morceau de foie rempli de petits kystes hydatiques, et suivie de guérison (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 862). Signalons enfin une communication de M. Kirmisson sur un cas de pied plat valgus douloureux, dans lequel il a pratiqué l'opération d'Ogston, c'est-à-dire la résection cunéiforme de l'articulation astragalo-calcanéenne.

HOTEL-DIEU. — M. VERNEUIL.

De la lymphe du professeur Robert Koch dans le diagnostic des tuberculoses chirurgicales.

(Leçon revue et corrigée par le professeur.)

L'année 1890 a failli devenir, pour la médecine scientifique et pratique, une date mémorable.

Un homme qui, par son extrême habileté dans la technique bactériologique et les importantes découvertes sorties de son laboratoire, s'était fait une place considérable parmi les savants contemporains, annonça, à quelques mois de distance, modestement d'abord, puis solennellement, la découverte d'une substance qui, introduite dans l'économie par le procédé très simple des injections hypodermiques, possédait le merveilleux pouvoir, non seulement de guérir la tuberculose avérée, visible et tangible, mais encore de la découvrir en quelque point qu'elle se cachât et sous quelque forme douteuse qu'elle se présentât.

De sorte qu'on ne savait ce qu'il fallait le plus admirer ou de l'*action curatrice* ou de l'*action révélatrice* de cet incomparable produit.

Sans doute, en divers pays, quelques esprits prudents s'étonnèrent du silence gardé par l'inventeur sur la composition et la préparation de son remède ; — de la déclara-

tion au moins singulière faite en plein Parlement étranger par un ministre de l'Instruction publique qui, non content de vanter l'élixir qui allait sauver les humains par milliers, annonçait sans ambages que son gouvernement, par intérêt pour l'humanité, conserverait le monopole de la fabrication et encaisserait les bénéfices de la vente; — de l'indulgence avec laquelle on jugeait des procédés extra-scientifiques tout à fait ignorés jusqu'alors dans le monde médical honnête et auxquels les charlatans seuls osaient recourir; — de la facilité enfin qu'on montrait à accepter comme vraies des affirmations sans autres bases que des expériences douteuses et en tous cas inédites, faites sur quelques cochons d'Inde.

Mais la voix de ces sages resta sans écho. Le grand public, la presse politique et même un nombre considérable de médecins entonnèrent sans retard l'hosanna et célébrèrent avec l'enthousiasme le plus irréfléchi et les épithètes les plus retentissantes le liquide que le professeur Robert Koch appelait simplement de la lymphe, mais qu'un autre médecin allemand, sans doute peu au courant de la langue et de la prononciation françaises, a cru plus juste d'appeler la *Kochine* (prononcez coquine).

Alors on put assister au spectacle sans précédent d'un exode de médecins et de malades accourant à Berlin des quatre coins du monde : les uns, pour obtenir au poids de l'or quelques grammes de la drogue, — dont le stock disponible fut d'ailleurs bientôt épuisé, — les autres, pauvres moutons de Panurge, pour se soumettre à l'aveugle et dans des conditions déplorables de transport, de climat et d'hygiène, à un traitement empirique dont les promoteurs eux-mêmes ne savaient pas le premier mot, comme l'événement ne l'a que trop démontré.

On sait, en effet, pour ce qui concerne l'*action curatrice*, combien fut prompt et complet l'effondrement de la fameuse trouvaille et ce qui reste aujourd'hui des belles espérances qu'on avait si légèrement fondées sur un produit de laboratoire mal défini, mal étudié, mal administré, et qui, en dépit de la garantie du gouvernement de l'empire d'Allemagne, n'a produit, depuis son audacieux transfert de la cage des cobayes à la clinique humaine, que des déceptions et des désastres.

On raconte qu'un auguste personnage aurait dit que la découverte de M. Koch serait un Sedan scientifique; la prophétie s'est réalisée, mais le désastre cette fois s'est produit sur l'autre rive du Rhin; quelques semaines ont suffi pour enterrer ce qu'on a appelé si finement et si exactement « le boulangisme médical qui a sévi dans la capitale de la Prusse ».

Mes élèves me rendront cette justice que, *dès le premier jour*, à la simple lecture, attentive il est vrai, de la réclame, j'avais, d'après sa teneur même, son cachet mercantile et ses termes ambigus, deviné... l'erreur, pour employer un terme poli, sans pouvoir néanmoins soupçonner jusqu'où descendrait le bilan lamentable de la faillite, qui, si je ne me trompe, peut se dresser de la manière suivante :

Guérisons authentiques et durables	encore à démontrer.
Améliorations passagères.	en petit nombre.
Améliorations prolongées.	beaucoup plus rares.
Etat stationnaire, effet nul, après plusieurs semaines de traitement	cas assez commun.
Aggravation locale plus ou moins sérieuse, mais passagère. . . .	résultat ordinaire.
Aggravation locale persistante. .	assez souvent observée.
Accidents graves éclatant dans des organes sains ou du moins non tuberculeux	fréquents.
Accidents mortels immédiats, provenant des aggravations locales ou des lésions des organes sains, ou de l'infection créée par la lymphe	déjà très nombreux : M. Virchow à lui seul a autopsié 28 victimes !
Accidents mortels tardifs.	plusieurs sont signalés déjà.

Aucune supériorité dans les cas légers sur les moyens actuellement mis en œuvre;

Impuissance avérée dans les cas graves, et, en plus, péril imminent souvent impossible à prévoir;

Contre-indications formelles et multiples qu'il serait imprudent et coupable de transgresser.

Et on nous conseille de poursuivre les expériences sous prétexte qu'il y a peut-être quelque chose à attendre dans l'avenir!

Et on continue à s'extasier sur ce qui se passe dans les foyers tuberculeux après les injections de lymphe, comme si on n'avait jamais constaté l'effet de certains médicaments sur certaines affections locales, de l'iodure de potassium, par exemple, qui modifie si heureusement l'ulcération tertiaire et si malheureusement l'ulcération épithéliale, et l'effet de certaines maladies infectieuses sur diverses lésions locales préexistantes : tel l'érysipèle, qui efface momentanément quelques dermatoses et même les nodosités cancéreuses, telles encore la rougeole et la coqueluche, qui font si souvent surgir des affections tuberculeuses latentes jusqu'alors.

Pour ma part, ma religion est éclairée; j'ai à ma disposition de la trop fameuse lymphe; mais si je m'en sers, ce sera sur des lapins et des cobayes et non sur mon prochain, estimant qu'il est temps de cesser une ténébreuse, sinistre et désormais coupable expérimentation.

Je passe maintenant à l'*action révélatrice* et vais successivement examiner : si elle est aussi solidement établie qu'on le veut bien dire, — si son emploi est nécessaire et même seulement utile en pratique; — et enfin, en présence des dangers indéniables qu'elle entraîne, dans quels cas il serait permis d'y faire appel comme moyen d'information.

D'après M. Koch, la lymphe introduite dans l'organisme par la voie hypodermique se diffuse rapidement; mais, en vertu d'une curieuse propriété de sélection, elle épargne les tissus sains ainsi que les tissus pathologiques non tuberculeux, et tout en se montrant d'ailleurs fort clémente pour les bacilles, qu'elle laisse vivre et pulluler, produit exclusivement ses effets sur le tissu tuberculeux (*sic*) qu'elle désorganise, qu'elle enflamme, qu'elle mortifie et dont elle prépare l'élimination.

D'où ces conclusions : 1° que l'apparition de désordres locaux consécutifs à l'injection indiquerait sûrement la nature tuberculeuse d'une lésion douteuse ou l'existence non soupçonnée d'un foyer tuberculeux;

2° Que tout organe restant silencieux devant la provocation de la lymphe ne renfermerait certainement pas de tubercules.

Je ne m'explique pas très bien — et je serais heureux d'avoir sur ce point des éclaircissements — comment, en se bornant à expérimenter sur des cobayes, dont le cadre nosographique, autant que je sache, est moins rempli que le nôtre, on a pu acquérir tant de notions positives ou négatives applicables à notre espèce. M. Koch aurait-il, par hasard, inoculé des cochons d'inde syphilitiques, cancéreux, diabétiques, atteints de coxalgie, de mal de Pott ou d'épididymite tuberculeuse, pour en savoir si long sur la propriété de sélection? En tout cas, il est certain que les règles susdites, transférées en pathologie humaine, si elles renferment une part de vérité, comportent néanmoins trop d'exceptions pour fournir des caractères pathognomoniques et par conséquent trancher les diagnostics difficiles.

Ainsi il est *absolument inexact* d'avancer que tout foyer tuberculeux patent ou latent devient inévitablement, à la suite de l'injection, le siège d'une réaction locale; plusieurs médecins éminents ont constaté que, chez certains phthisiques assez avancés, les effets ont été absolument nuls.

La réaction, quand elle se montre, peut se produire fort irrégulièrement, manquant à la première, à la seconde injection, pour n'apparaître qu'à la troisième ou plus tard encore; ou bien survenir aux premières inoculations et ne plus se reproduire dans la suite, bien que le tubercule n'ait pas changé de siège et n'ait subi aucune modification; auquel cas on dit que le tubercule s'accoutume à la lymphe, quand il est plus probable que c'est l'organisme qui acquiert l'accoutumance. La réaction est parfois vive avec de faibles doses, insignifiante avec des quantités triples ou quadruples; elle peut être passagère et unique ou passagère et réitérée, subintrante et même très prolongée.

Bref, la réaction locale, par son inconstance et ses irrégularités, perd la plus grande partie de sa valeur détective.

J'en dirai autant de la réaction générale, qui n'est pas moins capricieuse.

Il est *tout aussi inexact* d'avancer que la réaction locale porte exclusivement sur le tissu tuberculeux ou les organes renfermant des tubercules latents. Dans une courte visite que je fis dernièrement dans les salles de mon excellent collègue et ami le professeur Lannelongue, j'ai vu un premier enfant portant sur le ventre et les cuisses de larges plaies granuleuses, consécutives à des brûlures; il n'y avait ni là ni ailleurs trace de tubercule. L'inoculation détermina pourtant le sphacèle des bourgeons charnus et un tel état qu'on aurait pu croire au développement en ce point de la pourriture d'hôpital; puis un deuxième enfant atteint de lupus peu étendu du nez et de la joue. On fit une injection d'un milligramme; les ulcérations lupiques se desséchèrent et se couvrirent de croûtes; mais en même temps apparut sur le corps une éruption psoriasiforme, et un peu plus tard les grandes articulations furent prises comme dans les cas de rhumatisme infectieux généralisé. Inutile de dire que ni la peau ni les synoviales ne renfermaient de tubercules, comme le prouva la marche ultérieure des deux complications.

Je n'insisterai pas, tout le monde ayant vu des faits semblables. Je me permettrai seulement de poser cette simple question :

Lorsqu'à la suite d'une injection de lymphe en observe des vomissements, de l'ictère, du gonflement de la rate, de l'hématurie, de l'albuminurie, des syncopes, de l'endocardite, du coma et du délire, et que le tout a disparu au bout de deux jours, admettrait-on par hasard que l'estomac, le foie, la rate, le rein, le cœur, le cerveau ont réagi parce qu'ils renfermaient des tubercules? Et la fièvre, l'amaigrissement, les troubles digestifs, partiraient-ils aussi de foyers tuberculeux excités par la lymphe?

Il n'est, en vérité, pas besoin d'être grand docteur pour donner de tous ces faits une explication plus simple et surtout beaucoup plus logique.

La drogue de M. Koch : poison chimique, ptomaïne, leucomaïne, virus à microbe encore inconnu ou virus tuberculeux modifié, peu importe, crée à coup sûr chez l'homme une maladie infectieuse nouvelle et redoutable — dont le besoin, j'en conviens, ne se faisait nullement sentir, — mais qui à la façon de certaines pyrexies, la fièvre typhoïde et la malaria par exemple, peut affecter tous les organes, tous les systèmes antérieurement sains; mais qui, chemin faisant, rencontrant des foyers tuberculeux, réagit souvent et violemment sur eux comme sur des lieux de moindre résistance et y fait naître différents processus morbides : l'inflammation, la suppuration, la mortification, sans compter la dispersion lointaine des bacilles.

Si à cette conception on joint la connaissance de la nature de la lymphe, laquelle, à en croire M. Koch, qui s'est enfin décidé à parler, ne serait qu'une culture particulière du virus tuberculeux, on fera aisément rentrer dans les cadres de la pathologie ce qu'on pourrait appeler la *kochinose*, tout en regrettant que le célèbre bactériologiste prussien n'ait pas fait un meilleur usage de sa grande science de laboratoire.

Mais revenons à l'action révélatrice, dont j'ai contesté la valeur absolue, mais que je ne saurais nier, et dont j'admets même, si l'on veut, la fréquence. Quel parti en peut-on tirer ? Et d'abord, faut-il en tirer parti ?

Nul doute que, si l'action curatrice était avérée et si les inoculations étaient innocentes ou à peu près, on bénéficierait du même coup de l'action révélatrice qui permettrait de marcher plus sûrement dans la voie thérapeutique; mais comme il en est tout autrement, peut-on susciter les réactions locale et générale dans le seul but de poser un diagnostic précis ?

Or, je réponds catégoriquement par la négative.

En somme, la provocation de la réaction locale n'est tout simplement qu'un de ces moyens d'exploration comme nous en employons tous les jours dans les cas obscurs et que justifie d'ailleurs le fameux axiome : *Naturam morborum ostendunt curationes*. Une ulcération est peut-être syphilitique : nous administrons le mercure ou l'iodure de potassium; une hémorrhagie, une névralgie survient chez un sujet qui a eu jadis la malaria : nous prescrivons le sulfate de quinine. Ces essais sont fort légitimes et on peut en étendre le cercle, à la condition expresse qu'ils ne soient pas nuisibles et qu'on les abandonne au plus vite, si on s'aperçoit qu'on a fait fausse route.

Il y a au moins vingt-cinq ans que je tonne sans relâche, dans mes cours et dans mon enseignement, contre les *explorations dangereuses ou inutiles en chirurgie*. Or, jamais mieux qu'aujourd'hui, l'anathème n'aura été justifié, car je n'hésite pas à proclamer dangereuses et inutiles les réactions produites par la kochine.

Ces réactions, comme on le sait, sont l'une locale, l'autre générale. La première est caractérisée anatomiquement par une aggravation notable de l'affection tuberculeuse primi-

tive, avec adjonction de processus morbides nouveaux, et par une extension plus ou moins considérable, démontrée péremptoirement par l'illustre professeur Virchow. Elle répond cliniquement à ce qu'on désigne par les termes de coup de fouet, éveil, réveil ou propagation de la diathèse, auto-inoculation, généralisation, etc.

La seconde n'est autre chose que la création préméditée chez l'homme d'une maladie infectieuse grave, que la moindre imprudence du praticien, ou le mauvais état des organes du malade, peut facilement rendre mortelle.

Or, qui donc, de gaîté de cœur, pourrait se résoudre, sauf en des cas extrêmement rares, à accroître et à étendre une lésion locale, à faire passer une maladie générale de l'état latent à l'état patent? Qui voudrait, par curiosité, réveiller la syphilis, la malaria, l'érysipèle, l'ostéite microbienne? Qui oserait surtout greffer sur la tuberculose, maladie infectieuse à marche lente, à trêves souvent très prolongées, à guérison possible, une autre maladie infectieuse à évolution rapide, qui peut tuer en quelques heures (cas du professeur Ziemssen), en quelques jours (cas de mort d'une lupique observé à Stuttgard), des sujets ayant devant eux, suivant toute probabilité, de longs jours, sinon même de longues années d'existence.

En supposant que M. Koch argue de la matière première (c'est-à-dire le tubercule) avec laquelle il dit fabriquer sa lymphe, que celle-ci est de la famille des vaccins, elle en constituerait pour le moins un genre tout particulier, dont la virulence, loin d'être atténuée, serait singulièrement accrue. De sorte que, si on devait absolument subir une inoculation, il vaudrait mieux recevoir le virus tuberculeux lui-même que son prétendu remède. L'assertion de M. Koch a d'autant plus besoin d'être confirmée, que nous avons vu, dans le laboratoire de notre cher disciple, M. le professeur Ch. Richet, des inoculations avec des cultures authentiques de tubercules qui, tout en paraissant fort utiles, ont de plus l'avantage de ne causer aucun accident, pas même une légère élévation de la température.

Mais, diront les opiniâtres, le danger d'une exploration n'est pas un motif suffisant pour la proscrire à tout jamais; chaque jour on emploie, pour établir un diagnostic précis, la chloroformisation, le cathétérisme de l'urèthre, de la vessie, de l'œsophage, de l'utérus, les ponctions capillaires, voire la laparotomie, sans ignorer que, plus d'une fois, ces manœuvres ont entraîné la mort; pourquoi donc reculer quand il s'agit de reconnaître sûrement la tuberculose?

L'objection n'est pas sans réplique. J'accorde qu'il est des cas où les indications et contre-indications, ainsi que le choix même des meilleurs moyens thérapeutiques, sont étroitement subordonnés à la rigoureuse exactitude du diagnostic; alors on affronte le péril de l'exploration, péril qu'on connaît, d'ailleurs, qu'on prévoit et dont on peut ainsi diminuer beaucoup les chances, en prenant quelques précautions faciles.

Mais il en est bien rarement ainsi pour les tuberculoses chirurgicales, qu'on reconnaît sans peine au moins 90 fois sur 100, à l'aide des seules ressources de l'examen clinique et bactériologique bien conduit. Si on trouvait cette proportion trop favorable, j'invoquerais le relevé que j'ai fait faire récemment dans mon service. Du 15 décembre jusqu'à ce jour, 29 malades atteints d'affections tuberculeuses ont été admis dans mes salles; 26 fois un diagnostic précis et complet a été rapidement porté.

Deux cas seulement m'ont embarrassé, mais je n'ai point songé un seul instant à utiliser l'action révélatrice de la lymphe, parce que, si elle eût élucidé la question de nature et de siège, elle n'eût en rien servi à la thérapeutique; au contraire, elle eût pu en compromettre le succès. Je vous rappellerai ces cas, que vous avez pu suivre et étudier avec moi.

Dans le premier, il s'agissait d'un malheureux phthisique assez avancé, qui accusait du côté gauche des douleurs violentes spontanées et provoquées par les moindres mouvements, au niveau des dernières vertèbres lombaires, de la fosse iliaque, du triangle de Scarpa et dans tout le membre inférieur; comme s'il s'agissait d'une sciatique suraiguë. Point de gibbosité, point de collection purulente dans la fosse iliaque ni dans le triangle de Scarpa. Rien dans l'articulation coxo-fémorale. Je crus que nous avions affaire à une tuberculose vertébrale siégeant sur la face latérale du rachis et comprimant, dans les trous de conjugaison ou à leur sortie, les branches du plexus lombo-sacré. J'aurais voulu, sans doute, être plus catégorique, mais en somme et provisoirement ce demi-diagnostic suffisait, car il n'y avait aucune indication opératoire à remplir et la seule mesure à prendre était l'immobilisation du patient dans la gouttière de Bonnet et la prescription d'un traitement interne approprié, dirigé contre l'élément douleur, aussi bien que contre la diathèse.

A quoi, en semblable occurrence, l'inoculation de la lymphe (son infaillibilité admise) aurait-elle pu servir? Si elle eût amené une réaction locale plus ou moins vive dans les foyers tuberculeux occupant la cavité rachidienne ou englobant les gros nerfs à leur sortie, j'entrevois ce que le patient aurait pu y perdre, sans deviner ce qu'il aurait pu y gagner; et si la réaction susdite avait manqué, on aurait dû penser à la névrite simple qu'on rencontre parfois chez les phthisiques, mais le traitement n'en aurait guère bénéficié.

Les mêmes considérations s'appliquent à un cas fort intéressant qui date de l'an dernier. Un homme d'une trentaine d'années, maigre, chétif, atteint depuis plusieurs semaines d'otite moyenne, entra dans mon service pour des accidents cérébraux très obscurs, dont je ne pouvais trouver le point de départ, ni le siège, et qui ne se rapportaient à aucune des affections classiques de l'encéphale. La fièvre, très irrégulière et assez vive, me fit penser naturellement à une méningite tuberculeuse, mais elle céda au sulfate de quinine. Les symptômes persistant, je priai M. le docteur Chantemesse, qui a fait de si consciencieuses recherches sur la méningite des adultes, de me donner son avis. Après examen prolongé et répété deux fois, il ne put se prononcer. Comme j'avais entrevu également la possibilité d'une lésion syphilitique et que, d'ailleurs, il n'y avait là encore aucune indication chirurgicale, je prescrivis le traitement mixte, qui amena la guérison en quelques semaines.

Inutile de dire que je n'aurais pas songé une minute à utiliser, chez cet homme, l'action révélatrice de la lymphe.

Tout récemment, vous m'avez vu, chez un sujet atteint d'une affection du rein droit, hésiter beaucoup entre une pyélite calculeuse et une tuberculose rénale. Un de mes meilleurs élèves, très au courant de cette pathologie, ne se prononça pas davantage. Tout ce que nous savions, c'est que la lésion était grave et qu'il fallait de toute nécessité agir chirurgicalement sur l'organe malade. Nous espérions aussi qu'un seul rein était compromis. Dans cette occurrence

et malgré l'imperfection du diagnostic, relativement à la nature du mal, nous primes jour pour faire la néphrectomie ou la néphrotomie, suivant ce que nous aurions constaté après avoir mis le rein à découvert. Pas plus que dans le cas précédent, nous ne songeâmes à injecter la lymphe de M. Koch, laquelle, cependant, était alors à l'apogée de sa gloire éphémère, pour ces diverses raisons : que le patient était apyrétique et qu'il nous eût paru souverainement imprudent de lui donner une température de 40 degrés; — que le rein malade, quoique gros, était assez mobile pour permettre une énucléation facile et qu'un processus inflammatoire intense, augmentant le volume et créant des adhérences, aurait accru les difficultés opératoires; — qu'enfin nous pensions qu'un seul rein était affecté, mais qu'au cas où l'autre eût été également atteint, même légèrement, une attaque de néphrite double aurait pu faire naître les accidents formidables et foudroyants de l'anurie ou de l'urémie.

A côté de ces diagnostics indécis, je puis vous rappeler un dernier fait où je n'ai ni reconnu, ni même soupçonné la nature tuberculeuse d'une collection liquide du ventre. La malade, grande jeune femme de bonne constitution, avait toujours joui d'une santé satisfaisante jusqu'au moment où elle avait remarqué l'existence de la tumeur. Celle-ci avait pris depuis quelques semaines un accroissement considérable et causait de vives douleurs sans provoquer, toutefois, de réaction fébrile ni d'accidents généraux inquiétants. Cependant il fallait certainement intervenir. Je ne rappellerai pas les caractères de la tumeur, me contentant de dire que le diagnostic du siège et de la nature était fort incertain. Quatre hypothèses étaient soutenables; kyste de l'ovaire, kyste para-ovarien, hématocèle, salpingite.

J'ai dit que l'opération s'imposait, la tumeur fut donc mise à nu et ponctionnée avec le gros trocart. Formée par la trompe extrêmement dilatée, elle était remplie d'un liquide tout à fait comparable à celui des abcès ossifluents et qui, par l'inoculation, fut reconnu de nature tuberculeuse. Cette erreur, ou plutôt cette imperfection du diagnostic, ne m'a pas causé de remords. J'aurais pu éviter la faute à l'aide d'une ponction exploratrice, mais je ne la jugeai pas nécessaire. Au reste, si j'avais songé à une salpingite tuberculeuse, je me serais bien gardé de courir, par le fait d'une inoculation exploratrice, les risques d'une poussée inflammatoire faisant rapidement augmenter le volume de la collection et pouvant conduire à la rupture de la poche.

J'avouerai, sans trop en rougir, que j'ai sur la conscience quelques autres méprises de ce genre; notamment, dans ces dernières années, je me suis trompé quatre fois sur la nature de tumeurs du sein, de l'aisselle et du cou, prenant trois fois pour des néoplasmes des foyers tuberculeux enkystés ou ganglionnaires, et une fois, pour des tubercules mammaires, une réunion dans une même mamelle de plusieurs tumeurs adénoïdes (deux de ces faits sont publiés).

Mais eussé-je eu à cette époque la lymphe à ma disposition, que je ne m'en serais pas servi, parce que ses enseignements positifs ou négatifs n'auraient rien changé à ma ligne de conduite.

Ces exemples démontrent suffisamment, je crois, que, dans les cas obscurs où les réactions de la lymphe pourraient révéler sûrement la nature inconnue ou méconnue du mal, elles ne devraient point être volontairement provoquées, parce qu'elles ne serviraient en rien la thérapeutique et pourraient rendre les actes chirurgicaux nécessaires plus laborieux, plus dangereux et moins efficaces.

Plus j'y réfléchis et plus je m'étonne de la valeur exagérée qu'on a attribuée à l'action révélatrice de la kochine et de l'aisance avec laquelle on a accepté ses inconvénients et ses dangers. En vérité, il semblerait qu'à l'heure présente, le diagnostic de la tuberculose soit d'une grande difficulté. Je ne veux pas m'engager sur le terrain de la pathologie interne, mais si j'en juge par ce que je vois faire à mes éminents collègues les médecins des hôpitaux, et même à un bon nombre de praticiens de la ville, j'affirme que les erreurs, et même les incertitudes, ne sont ni fréquentes ni prolongées.

J'ose dire qu'il en est de même pour la tuberculose chirurgicale, et sur ce point j'en appelle hardiment à votre témoignage. Vous attesterez certainement que, dans l'immense majorité des cas, nous portons un diagnostic très précis ou tout au moins très suffisant. Vous ajouterez que nous y parvenons à l'aide de moyens variés : interrogatoire minutieux, recherche attentive des antécédents et des stigmates morbides, explorations manuelles et instrumentales, appel aux examens microscopiques et aux manipulations bactériologiques, inoculation, isolement du bacille, etc.

Le tout constitue un ensemble d'actes qui sont, remarquez-le bien, à la portée de tout le monde et surtout d'une *innocuité absolue*; sans doute ils ne suffiront pas toujours à dissiper les obscurités et le diagnostic restera douteux. Eh bien! il faudra en prendre votre parti et ne pas vous engager dans des voies dangereuses pour vous éclairer davantage. Vous savez en quel honneur je tiens l'art précieux et difficile du diagnostic, vous voyez les efforts incessants que je fais pour vous l'apprendre. Dès lors, je suis en droit de vous rappeler que, tout désireux qu'on soit de l'acquérir, il est des bornes qu'il ne faut jamais franchir et que, parfois même, il ne faut pas atteindre. Ici, comme ailleurs, le *primum non nocere* doit rester la règle absolue de votre pratique. Pour bien vous faire comprendre ma pensée, je terminerai par le récit d'un fait très significatif.

Un jeune homme était atteint d'une épididymite tuberculeuse unilatérale; l'autre côté paraissait indemne. On inocule la lymphe : une réaction inflammatoire vive apparaît dans les bourses, les envahissant dans leur totalité ; elle se dissipe, mais alors on constate non seulement l'augmentation considérable des nodosités du côté primitivement malade, mais l'apparition d'autres nodosités dans l'épididyme jusqu'alors réputé sain. Le jeune médecin, très distingué et très humain pourtant, qui me racontait cette histoire, était en admiration naïve devant ces effets de la lymphe, qui venait de démasquer ainsi cette tuberculose latente, sans songer aux conséquences que pouvait avoir, pour le patient, cette exaltation de son mal. Au moment où j'essayais de prouver à mon collègue que la précision du diagnostic avait été achetée beaucoup trop cher, un autre médecin, de mes meilleurs amis, fort éminent et très bon pour ses malades, en conclut — à coup sûr, sans penser à mal — qu'on en serait quitte pour enlever les deux testicules au lieu d'un seul! Je crois que si on avait consulté le patient, il aurait beaucoup mieux aimé conserver son testicule, que de savoir pertinemment qu'il était envahi par quelques rares bacilles!

Conclusions. — 1° L'action révélatrice de la kochine infi-

dèle, incertaine, irrégulière, n'a qu'une valeur diagnostique très relative.

2° Quand elle s'exerce c'est en aggravant les lésions locales préexistantes à la manière de diverses maladies infectieuses, agissant sur les lieux de moindre résistance.

3° Cette aggravation, dont l'intensité ne saurait être prévue à l'avance, peut avoir des conséquences funestes et aller jusqu'à la mort inclusivement.

4° L'action révélatrice considérée comme moyen d'exploration ne saurait, en raison des dangers qu'elle entraîne, être conservée que si elle était indispensable, ce qui n'est point.

5° Dans l'immense majorité des cas, elle est tout à fait inutile pour le diagnostic qu'on porte aisément avec les ressources actuelles de l'examen clinique, aidé des études bactériologiques.

6° Dans les cas rares où, ces agents d'information étant impuissants, l'action révélatrice pourrait éclairer le diagnostic, il vaut mieux s'abstenir, le péril et l'incertitude n'étant pas contre-balancés par les avantages.

7° Un diagnostic incomplet, en pareille occurrence, vaut mieux pour le malade qu'un diagnostic précis qui ne fournirait à la thérapeutique ni indication nette ni secours efficace.

THÈSES DE PARIS

Des luxations sus-acromiales de la clavicule; traitement par la suture métallique, par M. G. Lafon.

La luxation sus-acromiale de la clavicule est plus rare que la fracture de cet os; Galien, dit-on, en fut atteint à la suite d'une chute qu'il fit dans un gymnase. Ces luxations sont absolument sans danger, mais on doit prévenir les malades que la difformité n'est pas curable, ni par les bandages, ni par les appareils les mieux combinés.

Si la réduction est des plus faciles, la contention est, en effet, impossible. Aussi pour éviter cette déformation persistante, M. Lafon ne craint-il pas de conseiller le traitement par la suture métallique.

Nous ne saurions admettre la conclusion de M. Lafon, telle qu'il la formule. La difformité ne saurait à elle seule constituer une indication opératoire. Pour intervenir par le bistouri et la suture, il est bien certain que l'antisepsie et l'asepsie sont de rigueur, mais de ce que l'opération aseptique est innocente, cela ne suffit pas pour constituer une indication opératoire!

A notre avis, M. Lafon a eu le tort, dans son travail et dans ses conclusions, de ne pas insister sur ce point, c'est que cette suture de la clavicule à l'acromion ne doit être conseillée que dans deux cas : 1° si la luxation non réduite est douloureuse; 2° si elle rend le membre impotent ou tout au moins plus faible; conditions qui doivent être très rares.

Le bain froid contre la pneumonie grave, par M. J. Hénault.

Bonne et excellente thèse : telle est l'opinion qui se dégage du travail de M. Hénault. Cette question, si intéressante du traitement de la pneumonie, a bien été mise au point par l'auteur qui, après avoir démontré que cette thérapeutique est très rationnelle, reconnaît qu'elle ne doit pas être systématique. Dans la pneumonie plus que dans aucune autre maladie infectieuse, l'état du cœur et des vaisseaux peut en contre-indiquer l'emploi.

La température, la durée, le nombre des bains doivent varier avec l'âge, le degré de résistance du malade, l'intensité et la nature des phénomènes à combattre. La lecture du travail de M. Hénault donne, à ce sujet, de précieuses indications.

Dans ces conditions, la médication réfrigérante sera innocente d'abord et ensuite efficace. Instituée de bonne heure, elle peut exercer une action prophylactique sur les phénomènes généraux et sur l'insuffisance cardiaque. Elle n'abrège d'ailleurs nullement la durée de la maladie. La résolution du lobe hépatisé n'est ni avancée, ni retardée. Comme toute médication symptomatique, elle se borne à mettre le malade dans les meilleures conditions pour arriver sans encombre au jour de la défervescence.

A ce titre, dit M. Hénault, en raison de ses effets multiples et de sa sûreté d'action, elle prime les autres médications, sans les supprimer.

Essai sur la pathogénie de l'ictère émotif, par M. J. Daraignez.

L'ictère émotif est dû à la contraction spasmodique des canaux biliaires, ainsi qu'à la vaso-dilatation des veines de l'abdomen produisant une diminution de pression dans les branches de la veine porte. Ce serait cette variation de pression en sens inverse dans les canaux biliaires et les veines abdominales qui favoriserait le passage de la bile dans le sang et produirait ainsi l'ictère dans un espace de temps qui peut être très court.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Tableau d'avancement pour l'année 1891.

I. — Médecins principaux de deuxième classe, proposés et classés pour le grade de médecin principal de première classe :

1889. — MM. Kiéner et Laveran.

1890. — MM. Ducelliez, Vanmerris, Gentil, Laederich et Du Cazal.

II. — Médecins-majors de première classe, proposés et classés pour le grade de médecin principal de deuxième classe :

1889. — M. Rouflay.

1890. — MM. Jeunehomme, Jeanmaire, Guillemin, Eichinger, Delmas, Blaise, Zaepffel et Delorme.

III. — Médecins-majors de deuxième classe, proposés et classés pour le grade de médecin-major de première classe :

1889. — MM. Choux, Renaut, Burlureaux, Girardin et Hussenet.

1890. — MM. Radouan, Catrin, Chagnaud, Pugibet, Delaye, Schneider et Nimier.

IV. — Médecins aides-majors de première classe, proposés et classés pour le grade de médecin-major de deuxième classe :

1888. — MM. d'Audibert Caille du Bourguet et Forgue.

1889. — MM. Bordes-Pagès, Maubrac, Sieur, Nicolas, Lassègue Kocher, Lapasset, Lanel, Milliot, Mouret, Chêne, Barreau et Fasquelle.

1890. — MM. Carton, Camentron, Soula, Breton, Bernard (J.-R.) Ferrier et Loison.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 janvier 1891, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de pharmacien de première classe. — M. le pharmacien de première classe de la marine en retraite Pape.

— Par arrêté, en date du 16 janvier 1891, une médaille d'honneur en bronze a été décernée à M. le docteur Tisserant, médecin-major de deuxième classe aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, en témoignage du dévouement exceptionnel dont ce médecin a fait preuve, comme médecin aide-major de première classe au 4e régiment de chasseurs d'Afrique, lors d'une épidémie de fièvre pernicieuse qui a sévi en 1889-1890, à Maktar (Tunisie).

— Un concours pour deux emplois de professeur agrégé d'anatomie chirurgicale (opérations et appareils) s'ouvrira le 5 octobre 1891, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Pour tous renseignements, s'adresser au ministère de la Guerre (septième direction, bureau des hôpitaux).

Dans le cas où des emplois de répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon deviendraient vacants par suite de l'admission à l'agrégation d'un ou de plusieurs titulaires, un concours pour leur remplacement s'ouvrirait au Val-de-Grâce, le 7 décembre 1891.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ancelet (de Vailly), Desprez (de Reims), Garrigat (de Bergerac), L. Gaston Le Telier et A.-J. Warmont (de Paris).

— M. le docteur J.-V. Laborde commencera le cours d'anthropologie biologique, le mercredi 28 janvier à quatre heures, à l'École d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine, et le continuera tous les mercredis à la même heure. Il traitera des fonctions intellectuelles et instinctives.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Les courants continus en gynécologie, outillage, technique, effets physiologiques, par les docteurs G. Apostoli et G. Gautier. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Revue générale. Chirurgie de la vésicule biliaire, par Raymond Sainton, interne en chirurgie des hôpitaux de Paris. — Académie de Médecine. — Société de Chirurgie. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Chirurgie de la vésicule biliaire.

Par Raymond Sainton,
Interne des hôpitaux de Paris.

Un semblable titre aurait pu paraître étrange il y a seulement un quart de siècle. Nous verrons, il est vrai, que quelques principes avaient été posés, quelques idées avaient été émises; on avait même tenté d'ouvrir une voie aux calculs inclus dans la vésicule biliaire, lorsque ceux-ci pouvaient devenir la cause d'accidents graves. Mais avant l'ère moderne, le succès couronnait rarement pareille entreprise; on était forcé d'être timide en présence du péritoine, et il fallait ici, comme dans tant d'autres cas, que l'antisepsie permît de réaliser les idées qui avaient pu germer dans l'esprit de bien des chirurgiens désarmés.

Aussi, peut-on dire que ce chapitre de chirurgie date d'aujourd'hui, et c'est ce qui nous engage à résumer ici ce qui a été fait sur ce sujet jusqu'à notre époque. Dans ces dernières années, on a écrit sur la chirurgie hépatique de nombreuses monographies. Chaque jour, on voit apporter de nouvelles observations ou proposer quelques modifications aux méthodes adoptées jusque-là. Mais ces différents travaux sont encore épars, et nous croyons faire œuvre utile en recherchant ce qui a été dit et fait sur ce sujet.

Division. — Les accidents qui nécessitent le plus souvent l'intervention chirurgicale du côté de la vésicule sont certainement ceux dus à la lithiase biliaire. Les cas de tumeurs malignes de la vésicule sont très rares. Cependant, les auteurs en citent quelques cas; nous nous en occuperons lorsque nous étudierons les procédés d'ablation de la vésicule.

Notre intention est de passer d'abord en revue les accidents de la cholélithiase, dans lesquels l'intervention chirurgicale peut être utile. Après avoir posé ainsi les indications, nous passerons en revue les procédés qui ont été mis en œuvre, en essayant de montrer la valeur respective de chaque mode opératoire.

I

Accidents dus a la lithiase biliaire. Complications du côté de la vésicule ou des canaux excréteurs. — Si, comme nous le disions au début, l'idée d'une intervention chirurgicale, dans les cas de tumeur biliaire, par exemple, est déjà ancienne, il n'en est pas moins vrai que, jusque dans ces dernières années, ce chapitre de la chirurgie ne s'était pas beaucoup étendu. Dans la thèse d'agrégation de M. le docteur Mossé (1), travail qui est devenu classique et qui date de 1880, on trouve cette phrase qui résume les idées qui avaient cours il y a dix ans : « Deux ordres d'accidents dus à la cholélithiase relèvent de l'intervention chirurgicale, ce sont : la tumeur biliaire simple ou suppurée et les fistules. » Et dans les développements donnés à ces principes, M. Mossé ne reconnaît comme indiquée, dans les cas simples, là où il n'y a pas de suppuration, que la ponction qui, d'ailleurs, sera le plus souvent exploratrice. Ce conseil avait été également donné et suivi par Frerichs (2), et l'évacuation du liquide contenu dans la vésicule avait pu diminuer l'intensité des accidents dans les cas où tous les autres traitements avaient échoué. Si la ponction simple ne suffit pas, on peut recourir aux caustiques pour établir une fistule biliaire et enfin recourir au bistouri d'emblée, lorsqu'il y a des accidents très nets de phlegmon pariétal.

On voit que la part laissée ainsi à l'intervention chirurgicale était fort minime et les procédés peu variés.

Cependant, on avait déjà fait autre chose, mais les quelques faits, épars alors dans la science, étaient plutôt considérés comme des traits de hardiesse chirurgicale, qu'on ne devait pas trop chercher à imiter.

Notre intention n'est pas de retracer entièrement l'historique de la question qui nous occupe. Un chapitre très complet et fort intéressant de la thèse de M. Maurice Denucé (3) renferme à ce point de vue de nombreux détails. Nous rappellerons cependant que l'histoire de l'intervention chirurgicale dans les affections de la vésicule biliaire semble remonter à J.-L. Petit, qui posa les principes des deux opérations importantes pouvant être pratiquées sur le réservoir de la bile : la taille de la vésicule et la litho-

(1) Mossé. Thèse d'agrégation, 1880, p. 156.
(2) Frerichs. *Traité pratique des maladies du foie*, traduction française.
(3) Denucé. *Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire*, Thèse de Paris, 1886.

tritie biliaire. On voit, par cette simple indication, que pour un début l'idée était déjà hardie.

Jusqu'à Richter, en 1798, la question reste à ce point et J.-L. Petit trouve peu d'adhérents. Richter (1) proposa alors une modification importante. Au lieu d'ouvrir en un seul temps la tumeur biliaire, il a l'idée de commencer par provoquer artificiellement des adhérences. Ce chirurgien considère l'intervention comme des plus utiles dès qu'il y a obstruction des canaux excréteurs. L'adhérence du réservoir à la paroi est établie à l'aide d'une canule qui, après avoir vidé la vésicule, est laissée en place pour provoquer une inflammation locale et permettre de faire plus tard une incision.

A une époque plus récente on trouve une troisième période datant du travail de Thudicum (2), et caractérisée surtout par ce fait que le chirurgien incise d'abord la paroi abdominale, pénètre d'emblée dans la cavité péritonéale et agit selon les lésions qu'il constate alors. Le principe de la laparotomie exploratrice et de la cholécystotomie était posé, mais la réalisation était encore difficile.

Enfin, avec l'antisepsie apparaît une quatrième période, bien plus fertile en résultats que la précédente. On incise la vésicule, on la vide, on l'enlève, on crée des abouchements artificiels avec l'intestin; c'est l'époque vraiment féconde, celle que nous avons surtout l'intention d'étudier.

II

Indications opératoires. — L'importance et souvent même l'urgence de l'intervention chirurgicale dans certaines complications de la lithiase biliaire, ne peuvent plus être niées à notre époque. Si, dans les cas simples, le traitement médical peut avoir un intérêt de premier ordre et donne souvent des résultats excellents, il peut se présenter tels cas où il devient absolument impuissant. C'est avec raison que les chirurgiens du XVIIIe siècle comparaient la vésicule pleine de calculs à une vessie renfermant une pierre. Les accidents diffèrent, mais dans les deux cas il est urgent de débarrasser l'un et l'autre organe du corps étranger qu'il renferme.

Nous allons donc passer en revue les cas pour lesquels le chirurgien peut être appelé à agir. Nous verrons ensuite quels sont les moyens qui ont été conseillés et quels résultats ils ont donnés.

Les concrétions biliaires plus ou moins volumineuses, plus ou moins nombreuses, engagées dans les voies biliaires, peuvent manifester leur présence par un phénomène que M. Mossé appelle l'accident normal de la lithiase biliaire, la colique hépatique. Ce trouble, quand il est passager, ne nécessite pas une intervention radicale. Le calcul suit son cours après avoir été chassé de la vésicule où il naît le plus souvent, il suit les voies naturelles et vient tomber dans l'intestin. A ce moment tout est fini, et les moyens médicaux ont suffi pour permettre au malade de supporter la crise terrible qu'il vient de traverser. Ce n'est que dans quelques cas très rares qu'on a observé des morts subites au moment de la crise, sans lésion qui puisse expliquer pareil accident (Charcot, Grisolle, Durand-Fardel, Fauconneau-Dufresne). Le plus souvent, après la colique, c'est encore le traitement médical qui pourra éviter le retour de nouvelles crises.

Mais si c'est là la marche habituelle des accidents, il n'en est pas cependant toujours ainsi. Par leur répétition, leur intensité, l'impuissance des moyens médicaux, les crises hépatiques peuvent nécessiter une thérapeutique plus active et bénéficier d'une intervention chirurgicale. On sait, en effet, que l'élément douleur se rattache à la migration des calculs dans les canaux cystique et cholédoque et que, tant qu'ils séjournent dans la vésicule, ils peuvent ne pas même manifester leur présence. On pourra donc, dans les cas graves que nous venons d'indiquer, chercher à favoriser la sortie de ces calculs à l'extérieur (cholécystotomie), ou bien supprimer la vésicule qui est le lieu d'origine presque constant de ces concrétions (cholécystectomie), ou encore permettre au contenu de la vésicule de tomber dans l'intestin sans passer par les voies d'excrétion normales; c'est l'opération que nous étudierons sous le nom de cholécystentérostomie. C'est là un premier ordre de faits, déjà indiqué par M. Denucé dans sa thèse (1), où les méthodes chirurgicales modernes pourront éviter aux malades, non seulement des souffrances presque continuelles, mais souvent des accidents graves et même la mort, qui peut être due à l'exagération seule de la colique hépatique (Cruveilhier). Donc, dans la cholélithiase simple, sans complications proprement dites, il peut déjà y avoir indication à une opération.

Mais à côté de ces cas, rares d'ailleurs, nous allons trouver toutes les complications vraies qui peuvent être dues à la présence ou à la migration du calcul, et dans cette classe de faits, nous aurons à considérer tous les accidents dus à l'arrêt de la pierre dans un point quelconque des voies biliaires.

Si l'arrêt se fait dans le canal cystique, amenant l'oblitération de ce canal, les accidents seraient généralement peu graves, si le calcul reste enclavé en ce point et ne tend pas à se faire jour au dehors. La vésicule, ne recevant plus de bile, va dans certains cas se rétracter, ses parois vont s'épaissir, la bile qui y est contenue va se résorber. Il ne reste plus qu'un organe inutile, mais non dangereux; c'est, selon l'expression de M. Mossé, un mode de guérison.

Mais au lieu de se rétracter, la vésicule peut devenir le siège d'une hydropisie, constituée par une sécrétion muqueuse plus ou moins abondante, due à une cholécystite catarrhale entretenue par le contact direct des calculs avec la paroi. Cette tumeur liquide, d'un diagnostic difficile, pourra persister longtemps sans provoquer d'autre trouble qu'un peu de gêne et de tension [Frerichs (2)]. Si, au contraire, la collection tend à suppurer, on assiste à l'apparition d'accidents analogues à ceux produits par le passage des calculs hors des voies naturelles, accident que nous étudierons tout à l'heure. En tous cas, au moins dans les cas simples, il n'y a ici que peu ou pas d'indication à l'intervention chirurgicale immédiate. Il n'en est pas de même dans les complications que nous allons étudier maintenant.

Les calculs peuvent s'arrêter et se fixer dans le canal cholédoque. Il ne s'ensuit pas, il est vrai, nécessairement une rétention de bile, avec ictère chronique, soit qu'il y ait une anomalie des voies biliaires, soit que le calcul n'amène

(1) Richter. *Au fangogründe der Wundarzneik*, 1798.

(2) Thudicum. On the pathology and treatment of gall stones, *Brit. Med. Journ.*, 1839.

(1) Denucé. Loc. cit., p. 30.

(2) Frerichs. Loc. cit.

pas une oblitération complète du canal [Cruveilhier (1), Charcot (2)]. Mais, dans l'immense majorité des cas, c'est cette rétention qu'on observe. D'ailleurs, disons de suite que si nous prenons comme type, au point de vue qui nous occupe dans ce moment, un cas d'obstruction du canal cholédoque par une concrétion biliaire, la même lésion pourra se produire par une cause tout autre. On connaît des cas d'obstruction du canal cholédoque par des hydatides [Murchison (3)], par des lombrics remontés de l'intestin [Frerichs (4)]; d'oblitération plus ou moins complète par brides cicatricielles (Denucé), et surtout par compression exercée par une tumeur voisine. C'est dans ces cas que la ponction de la vésicule pourra être d'un grand secours pour le diagnostic exact; nous y reviendrons tout à l'heure.

Quels que soient la cause et le mécanisme, la marche des accidents est toujours à peu près la même. En dehors des altérations du côté de la glande hépatique elle-même, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, le fait le plus important pour nous, c'est la formation d'une tumeur biliaire due à l'accumulation de la bile dans la vésicule.

Le mode de formation de cette tumeur est des plus simples. La bile continue à être sécrétée, mais ne peut plus s'écouler par les voies naturelles. Il y a alors dilatation des canaux au-dessus de l'obstacle et cette dilatation porte surtout sur la vésicule. Ses parois s'amincissent, s'enflamment et son contenu s'altère. On comprend que, dans cet état, la situation devient rapidement grave. Le calcul, il est vrai, pourra être éliminé à la suite d'une perforation ou retomber spontanément dans la vésicule. J.-L. Petit, Andral, Barth citent des cas de guérison spontanée, survenue par l'un quelconque de ces processus, mais il n'en est pas moins vrai que, dans nombre de cas de ce genre, l'intervention rapide s'impose et le but vers lequel on doit tendre, c'est de rétablir le cours normal de la bile. S'il est impossible de lever l'obstacle, le plus physiologique de tous les moyens proposés est celui qui porte le nom de Winiwarter, si complètement étudié et si brillamment exécuté par M. Terrier (5) : nous voulons parler de la cholécystentérostomie ou entéro-cholécystostomie.

Puisque nous suivons dans cette étude la marche des accidents tels qu'ils se produisent ou peuvent se produire dans l'oblitération du canal cholédoque, nous devrions parler maintenant des complications hépatiques proprement dites. Mais ce serait sortir de notre sujet, la vésicule n'occupant alors qu'un rang très secondaire, et ce chapitre rentre plutôt dans l'histoire médicale des accidents de la lithiase biliaire. Cependant, nous devons dire que c'est la crainte de ces lésions presque constantes, devant amener tôt ou tard un état morbide grave, qui justifie dans beaucoup de cas une intervention opératoire.

Parmi les accidents inflammatoires et suppuratifs, il en est un qui doit nous arrêter, c'est la cholécystite suppurée. C'est une complication relativement fréquente qui peut être isolée ou coïncider avec l'angiocholite calculeuse. Sa marche est variable. Elle peut évoluer d'une façon presque suraiguë, et, dans des cas de distension considérable d'une vésicule pleine de calculs, on a pu observer une véritable gangrène de la paroi [Lared (1), Murchison, cités par M. Mossé].

Alors la vésicule n'a pas eu le temps d'adhérer aux parties voisines et les liquides septiques s'épanchent dans la cavité péritonéale.

D'autres fois, les phénomènes sont moins aigus et l'inflammation de la vésicule s'accompagne d'adhérences à la paroi. On assistera dans ce cas à une ouverture au dehors, précédée du phlegmon biliaire. Ce phlegmon, dans tous les cas où la vésicule ne sera pas trop déplacée, siégera dans l'hypochondre droit. Si l'ouverture ne se fait pas exactement dans cette région, ce sera le plus souvent, en tous cas, dans la région sus-ombilicale ou péri-ombilicale (Denucé). Les ouvertures au-dessous de l'ombilic sont très rares. Dans cette catégorie de faits doit se ranger le cas très intéressant de M. Th. Anger (2), qui présentait encore comme particularité digne de remarque que le phlegmon s'était ouvert par des orifices multiples.

Les caractères du phlegmon biliaire ne présentent rien de bien particulier. Leur évolution peut être très lente. Le malade se plaint d'abord de douleurs plus ou moins vives, parfois lancinantes. La région est sensible à la pression, il y a des accès de fièvre. Dès le début, on peut sentir la tumeur inflammatoire, précédée de l'empâtement de la péritonite adhésive. Enfin, au bout d'un certain temps, l'abcès se montre caractérisé par une tumeur fluctuante, chaude, douloureuse. L'ouverture se fera spontanément ou par la main du chirurgien. On voit s'écouler du pus verdâtre, quelquefois un flot de bile, des calculs, et cette ouverture n'ayant aucune tendance à se cicatriser, au moins pendant un certain temps, une fistule biliaire se trouve définitivement constituée.

Nous sommes amené ainsi à parler des ruptures de la vésicule. Nous venons d'étudier le cas le plus fréquent : celui des perforations précédées de phlegmon. Les choses ne se passent pas toujours ainsi et sous le nom de rupture, M. Mossé étudie spécialement les ouvertures brusques, sans phénomènes inflammatoires préalables. Il cite à ce propos un certain nombre d'observations permettant de reconnaître comme cause à ces ruptures brusques quatre mécanismes principaux. Ce sont : 1° les traumatismes; 2° les efforts physiologiques (toux, vomissements); 3° les contractions de la vésicule elle-même lorsqu'elle est distendue au maximum; 4° les contractions spasmodiques dans la colique hépatique (cas de Richardson, de Trousseau). Dans tous ces cas, la marche des accidents sera, le plus souvent, très aiguë; la situation se dénouera par une péritonite suraiguë dont le traitement chirurgical sortirait un peu de notre cadre. Cependant, il faut savoir que, si l'ouverture est très petite et l'écoulement de bile peu considérable, le liquide épanché peut se résorber sans provoquer de réaction absolument grave [Cauchois (3)]. Encore faut-il, pour que les suites ne présentent aucun danger, que la bile soit absolument normale [Dormont (4)]. Elle est alors non seulement aseptique, mais antiseptique. Mais dans les conditions actuelles, c'est la grande exception; même, quand il n'y a pas

(1) Cruveilhier. *Atlas d'anatomie pathologique*, livre xii.
(2) Charcot. *Leçons sur les maladies du foie*, 1877.
(3) Murchison. *Maladies du foie*.
(4) Frerichs. Loc. cit.
(5) Terrier. *Revue de chirurgie*, 1889.

(1) Lared. *Pathol. Transact.*, t. X, p. 177.
(2) Th. Anger. *France médicale*, 1879.
(3) Cauchois. *Union médicale*, 1872.
(4) Dormont. *Des épanchements de bile dans le péritoine*, Thèse de Paris.

eu de suppuration proprement dite, il y a presque toujours eu des altérations notables de la vésicule et de son contenu, et alors la bile présente toutes les propriétés redoutables des liquides septiques. Aussi, pouvons-nous poser comme principe que, dans toute intervention chirurgicale, il faut éviter avec soin le contact de la bile avec le péritoine. Donc dans les cas de rupture, rares, d'ailleurs, il pourrait être utile d'aller à la recherche de la perforation, afin de l'obturer après avoir fait la toilette du péritoine, Dans les faits de plaie pénétrante de l'abdomen avec blessure de la vésicule caractérisée par l'issue de la bile au dehors, on serait autorisé à pratiquer cette recherche, soit qu'on veuille faire une suture perdue comme dans la cholécystotomie idéale de Spencer Wells, soit qu'on préfère créer une fistule biliaire régulière.

Enfin, pour en terminer avec les lésions d'origine calculeuse qui peuvent nécessiter une intervention chirurgicale, nous devons dire un mot des fistules. Celles-ci peuvent se diviser en deux classes, les fistules internes et les fistules externes. Les fistules internes, qui présentent, pour le chirurgien, un intérêt beaucoup moins grand que les fistules externes, sont très variables, au point de vue de leur direction et de l'organe auquel elles aboutissent. Les parois de la vésicule atteintes d'inflammation chronique finissent par s'ulcérer en un ou plusieurs points (Obs. de Hervey (1), de Fournet (2), de Hopkins (3) relatant des ulcérations multiples). Après la formation d'adhérences, la vésicule perforée peut s'ouvrir dans l'intestin, dans l'estomac, dans le parenchyme hépatique, dans l'appareil respiratoire, plèvre ou poumon, dans les grosses veines, dans les voies urinaires et même dans l'utérus gravide [Frank (4)]. Ce qu'il nous importe de savoir, c'est que les fistules internes peuvent se guérir spontanément; exemple, le cas, souvent cité, de Barth (5), dans lequel on voyait une cicatrice siègeant à la face interne de la vésicule.

Les fistules cutanées sont spontanées ou chirurgicales. Nous avons déjà parlé de leur orifice externe, très variable comme siège, unique ou multiple. Le trajet, souvent très court, quelquefois sinueux, irrégulier, peut livrer passage à du pus, à de la bile, à des calculs. Le pus s'est écoulé au moment de l'ouverture, le phlegmon biliaire se vidant. Puis, au bout d'un temps variable, si le canal cystique est libre, on voit s'écouler de la bile pure, quelquefois en quantité considérable, jusqu'à deux litres par jour. L'ictère disparaît, mais la situation reste critique. Si l'absence d'écoulement de bile dans l'intestin ne s'accompagne pas immédiatement de phénomènes redoutables, il n'en est pas moins vrai que son action est nécessaire, et qu'il suffit souvent de la moindre complication intestinale intercurrente pour rendre la situation absolument grave [Röhmann (6)]. Et même, le plus souvent, le malade s'amaigrit rapidement, et finit par tomber dans le marasme avec diarrhée, vomissements, fièvre hectique. Cependant, la guérison spontanée par fermeture de la fistule n'est pas très rare, mais elle peut se faire très longtemps attendre, et même on l'observe rarement dans les cas où la bile s'écoule d'une façon continue.

(1) Hervey. *Bulletin de la Société anatomique*, 1873.
(2) Fournet. *Idem*, 1835.
(3) Hopkins. *Boston Med. Journ.*, in Mossé.
(4) Frank. *Obs. Med. Chir.*, Mayence 1783, in Fauconneau-Dufresne.
(5) Barth. *Bulletin de la Société anatomique*, 1851.
(6) Röhmann, cité dans Thèse de Delagénière.

Si nous avons indiqué à peu près tous les cas où une intervention chirurgicale peut être indiquée comme remède à un des nombreux accidents de la lithiase biliaire, il nous faut dire un mot des tumeurs proprement dites de la vésicule, puisque, dans ce cas encore, il peut y avoir indication à une intervention radicale. M. Denucé, qui a consacré un chapitre de sa thèse d'agrégation, constate, d'après les observations qu'il a recueillies, que les tumeurs bénignes sont rares. Il cite un cas de fibrome (Albers), de myxome (V. Schueppel), de kyste hydatique (Muschod), plusieurs cas de calcification des parois. Ces tumeurs présentent de l'importance, surtout au point de vue de la compression possible des voies biliaires.

Quant aux néoplasmes malins, ils sont presque toujours secondaires. Il existe, cependant, une forme de cancer primitif, étudié par Durand-Fardel (1), et, depuis, par la plupart des auteurs qui se sont occupés des affections des voies biliaires. Le diagnostic est toujours très difficile et peut mettre en défaut l'expérience la plus consommée [Villard (2)]. Les symptômes les plus habituels sont les troubles digestifs, la douleur dans l'hypochondre droit, l'ictère, la présence d'une tumeur et la cachexie cancéreuse. Tous ces signes sont souvent obscurs, aussi les néoplasmes de la vésicule ne sont-ils qu'exceptionnellement justiciables d'une intervention chirurgicale.

Nous croyons avoir indiqué presque tous les cas pour lesquels le chirurgien peut être appelé à intervenir, nous allons maintenant résumer les règles de médecine opératoire et indiquer les principaux procédés employés pour remédier aux accidents que nous venons d'étudier.

III

Médecine opératoire. — On comprend que certains paragraphes de ce chapitre de technique chirurgicale doivent être très courts, ils rentrent presque dans la chirurgie générale. Cependant, ils méritent que nous nous y arrêtions un instant, puisque ces opérations constituaient presque toute la chirurgie hépatique avant l'époque actuelle.

C'est ainsi que l'ouverture du phlegmon biliaire rentre à peu près dans le cadre ordinaire des opérations d'urgence. Cependant, nous devons indiquer ce qu'il présente de particulier. Dès que le diagnostic sera fermement établi et qu'on aura reconnu la présence du pus, il faudra ouvrir sur le point le plus saillant, et faire une incision assez grande pour permettre de pratiquer des lavages antiseptiques qui détergent complètement le foyer. Il sera toujours utile de rechercher avec précaution s'il n'existe pas, dans la tumeur, phlegmoneuse, quelque calcul facile à enlever avec le doigt. Cependant, il est indiqué d'agir avec prudence, le bénéfice qu'on peut retirer d'une semblable manœuvre n'étant pas suffisant pour compenser les dangers que l'on peut faire courir à l'opéré.

Nous avons indiqué ce qui se passera le plus souvent dans la suite. Ou bien, au moment de l'incision, on tombe directement dans la vésicule, l'ouverture se referme peu à peu mais non complètement, et on reste en présence de la fistule biliaire; ou bien la solution de continuité de la vésicule s'est obturée spontanément avant l'incision et le phlegmon guérit comme un phlegmon ordinaire. Le premier cas,

(1) Durand-Fardel. *Archives générales de médecine*, 1840.
(2) Villard. *Mouvement médical*, 1870.

de beaaucoup le plus fréquent, nous amène à parler du traitement des fistules.

Si celles-ci sont courtes, allant directement de la paroi à la vésicule, la guérison pourra se faire spontanément. C'est ce qui s'observe souvent à la suite de la cholécystotomie. Mais dans d'autres cas, la présence d'un calcul enclavé dans le trajet, l'écoulement continuel de la bile, mettent un obstacle à la cicatrisation. On doit dans ce cas explorer avec précaution la fistule, l'agrandir au besoin soit avec le bistouri, soit avec une tige de laminaire, afin d'en extraire les concrétions adhérentes. Ensuite, on favorisera la cicatrisation par des cautérisations avec la teinture d'iode ou le thermocautère. Ces moyens simples peuvent encore ne pas suffire. On a conseillé alors d'ouvrir la cavité abdominale, de détruire les adhérences qui unissent la vésicule à la paroi, et de fermer l'orifice de celle-ci par queques points de Lemberg [Witzel (1)]. L'orifice pariétal est ensuite suturé séparément. C'est, en somme, faire tardivement une cholécystotomie à sutures perdues, opération que nous étudierons tout à l'heure.

Si on se trouve en présence de fistules nombreuses avec orifices multiples, comme dans le cas déjà cité de M. Th. Anger, on pourra, à l'exemple de ce chirurgien, débrider et nettoyer les trajets fistuleux des calculs quelquefois nombreux qui y sont enclavés.

Quoi qu'il en soit, l'existence d'une fistule communiquant avec la vésicule, est souvent difficile à guérir et c'est même cet inconvénient qui a fait préférer par certains chirurgiens, l'« ideal cholecystotomy » des Américains à l'opération analogue établissant une fistule externe.

Avant d'aborder l'histoire de la cholécystotomie, disons un mot de la ponction de la vésicule et la laparotomie exploratrice comme moyen de diagnostic. Richter proposait de ponctionner la vésicule dilatée, de laisser la canule en place, afin de provoquer des adhérences entre la vésicule et la paroi. C'était, pour lui, le premier temps d'une opération plus complète ayant pour but d'ouvrir la vésicule et d'en extraire les calculs. Sébastian (1828) donnait le même conseil. C'est un procédé analogue à celui dit de Récamier, pour les kystes hydatiques; la canule à demeure remplace la pâte caustique.

Mais il ne faut pas perdre de vue que cette simple ponction est dangereuse, surtout lorsque les parois de la vésicule sont profondément altérées. A plus forte raison doit-on considérer comme mauvaises, les manœuvres conseillées par Harley (2), manœuvres qui consistent, après la ponction, à pousser le troquart dans la direction du canal cholédoque, où le calcul se rencontrera le plus souvent, et même à continuer l'exploration dans les autres points de la vésicule. Il [illegible] que, même en remplaçant la pointe par un mandrin mousse, il y a de [illegible] inconvénients à exécuter ces manœuvres aveugles. C'est, d'ailleurs, l'avis de M. Denucé qui discute ce procédé d'investigation.

Avec les aiguilles capillaires des appareils aspirateurs, il semblerait y avoir moins de danger, et on pourrait ainsi compléter des diagnostics douteux. A la suite de la lecture d'une observation de cholécystotomie faite par M. Terrillon à l'Académie en février 1888, cette question de l'utilité d'une ponction préventive fut soulevée. M. Terrillon, dans son cas particulier, la considérait comme inutile et, en général, la trouve dangereuse quand on est en présence d'une poche très distendue. La laparotomie d'emblée lui semble préférable. J. Bœckel (1), au contraire, conseille la ponction exploratrice, avec recherche du choc caractéristique, sans cependant trop insister sur cette manœuvre. Étant donné la sécurité que donne l'antisepsie pour pratiquer la laparotomie, et les renseignements beaucoup plus complets qu'elle fournit, il semble qu'actuellement elle soit bien préférable à une ponction toujours aveugle.

Nous sommes conduit maintenant à parler de la cholécystotomie. Inciser la vésicule plus ou moins distendue, évacuer la bile ou d'une façon plus générale le liquide qui y est contenu, extraire les calculs et au besoin aller à la recherche de ceux qui oblitèrent les voies biliaires, tel est le but que l'on se propose dans cette opération.

Nous avons montré quelles pouvaient être les indications et souvent l'utilité de la cholécystotomie, voyons maintenant la technique opératoire et supposons un cas de tumeur biliaire avec tous les accidents qu'elle entraîne.

Le point où doit porter l'incision de la paroi peut être variable, et cette question a été fort discutée. Pendant longtemps, le procédé, en quelque sorte classique, voulait que l'incision fût portée verticalement au niveau du bord externe du muscle droit, à deux travers de doigt environ au-dessous des fausses côtes. On cherchait à arriver ainsi directement sur la vésicule. Actuellement, beaucoup de chirurgiens préfèrent l'incision médiane; elle donne plus de jour, permet d'établir plus facilement les rapports des différents organes et donne lieu à un écoulement de sang moins considérable. La question de l'hémorrhagie présente en effet plus d'importance ici que dans la plupart des autres opérations sur l'abdomen. On sait, du reste, que les affections du foie et des voies biliaires mettent les malades en imminence d'hémorrhagies (Verneuil). Cette considération doit donc entrer en ligne de compte pour le choix du point à inciser. De plus, l'incision latérale peut causer un accident sérieux, bien étudié dans une observation de M. Vincent [de Lyon (2)], c'est l'ulcération consécutive de la surface du foie par les fils de suture, surtout quand on se sert de fils d'argent pour faire les sutures profondes de la paroi. Dans le cas cité, l'ulcération ainsi produite avait causé une hémorrhagie mortelle. C'est donc l'incision médiane que l'on devra préférer [Terrillon (3), Terrier (4), Routier (5)].

Quant aux incisions transversales [Bœckel (6)], elles produisent de grands délabrements, exposent à des éventrations consécutives et donnent, en tous cas, beaucoup de sang. Les avantages, qu'elles peuvent présenter au point de vue du jour qu'elles donnent, ne compensent pas tous ces inconvénients.

Lorsque l'incision est faite et le péritoine ouvert, il faut [illegible] de la vésicule, se rendre un compte exact de son volume et, par la palpation, [illegible] chercher si elle contient des calculs. Avant de l'inciser, il sera prudent de juger de l'état des voies biliaires et de chercher avec le doigt, s'il ne se trouve pas de calcul enclavé dans le canal cholédoque ou le canal cystique. Ce temps de l'opération

(1) Witzel. *Deuts. Med. Zeit. f. Chir.*, 1884-1885.
(2) Harley. *Diseases of the liver*, London, et *Med. Times*, 1884.

(1) J. Bœckel. *Revue de chirurgie*, 1885.
(2) Vincent. *Revue de chirurgie*, 1888.
(3) Terrillon. Académie de médecine, février 1888.
(4) Terrier. Académie de médecine, novembre 1890, et *Revue de chirurgie*, décembre 1889.
(5) Routier. Observation inéd[illegible]urgie, 188[illegible],
(6) Bœckel [illegible]
[illegible]ona, Loreta. Congrès de Naples, 1888.

est certainement un des plus délicats, ce qui tient peut-être, dit M. Terrier, à ce que les chirurgiens ont peu l'habitude de faire l'exploration de la face inférieure du foie.

Si la tumeur est très volumineuse et la vésicule fortement distendue, on a conseillé de la ponctionner d'abord et de la vider au moins en partie par l'aspiration [Witzel (1)]. On place, au moins provisoirement, une pince à forcipressure sur le siège de la ponction. A ce moment, on peut choisir entre la cholécystotomie en deux temps ou la cholécystotomie en un seul temps. Dans le premier cas, lorsque la vésicule est découverte, il faut attendre, avant de l'ouvrir, que des adhérences se soient établies entre elle et la paroi. Sans vouloir remonter jusqu'aux anciens chirurgiens, nous voyons que la cholécystotomie en deux temps a été préconisée par Kocher (2), Blodgett (3), Riedel (4). L'adhérence de la vésicule à la paroi est favorisée par l'interposition, dans les lèvres de la plaie, de gaze antiseptique. L'incision de la vésicule est faite huit jours après. Cette opération semble avoir donné de bons résultats (Riedel, 10 cas de guérison), mais il est certain que c'est une opération plus compliquée que la cholécystotomie en un seul temps [Delagénière (5)].

Lorsque l'on se décide à faire l'incision immédiate, il faut éviter, autant que possible, qu'il y ait écoulement de bile dans le péritoine. Pour cela, on conseille d'attirer la vésicule au dehors, à mesure qu'on l'incise, et de placer des éponges montées, en nombre suffisant, pour protéger la séreuse [Lawson-Tait (6)]. Quoi qu'il en soit, cette manœuvre est difficile, et il est peut-être préférable de suturer la vésicule à la plaie pariétale avant de l'inciser.

Avant de suturer, il a quelquefois été utile de réséquer une partie de la poche [Vincent (7)]. On peut y être autorisé lorsque les parois de la vésicule ont subi des modifications notables ou que la tumeur biliaire a pris des proportions considérables.

Pour la suture, on a conseillé de ne pas perforer complètement les parois de la vésicule, afin d'éviter l'écoulement de bile par les orifices ainsi produits. Ce conseil sera souvent difficile à suivre, à cause de la minceur des parois. De plus, lorsque la vésicule est vidée, cette précaution est à peu près inutile. Enfin l'incision est faite avec un bistouri ou avec des ciseaux.

A ce moment, ce qui reste de liquide s'écoule au dehors, entraînant les calculs restés libres dans la vésicule. Pour favoriser, on peut suivre le conseil de Kocher qui, à l'aide d'une sonde molle, fait une irrigation à l'eau boriquée, irrigation qui favorise la sortie des pierres. Si on a reconnu la présence d'un calcul dans un des canaux excréteurs, il est naturel de chercher à l'extraire ou à le faire glisser par pression dans la vésicule [Thornton (8)]. Mais cette manœuvre est dangereuse, [illegible] lequel le canal [illegible] [illegible]que. Cependant, la guérison spontanée [illegible] peut se faire [illegible] fermeture de la fist[illegible] [illegible]Trélat, dans [illegible] cystique fut ainsi perforé. M. Terrillon obtint un bon résultat en attirant une incrustation du canal cholédoque à l'aide d'une pince à pression.

La cavité étant soigneusement lavée, on place un ou plusieurs drains, on fait un pansement que l'on sera obligé de changer souvent à cause de l'écoulement de pus ou de bile et la cholécystotomie est terminée. Il reste alors une fistule et on se retrouve en présence du cas qui nous a occupés précédemment. L'existence de cette fistule a pu faire considérer la cholécystotomie comme une opération incomplète. C'est ce qui a donné à M. Campaignac l'idée de la cholécystotomie à suture perdue, l'*idéal cholecystotomy* des chirurgiens américains. C'est un élève de Spencer Wells, Meredith (1), qui l'a pratiquée pour la première fois. Cette opération consiste à ouvrir la vésicule, à la vider et à suturer immédiatement la plaie cystique, après s'être assuré de la perméabilité des canaux cystique et cholédoque. La suture se fait comme pour les plaies intestinales. Si les premiers résultats ont été peu encourageants (3 insuccès sur 4 cas cités par M. Denucé), M. Delagénière cite 4 cas suivis de guérison. Mais, même dans les cas les plus favorables, on est toujours dans la crainte d'une distension secondaire de la vésicule, quelle que soit la cause de l'obstruction primitive, et ce danger, bien signalé par Lawson-Tait, est fait pour rendre hésitant en ce qui concerne la cholécystotomie idéale. De plus, malgré les reproches qu'on a pu adresser à la cholécystotomie classique, elle reste au point de vue des résultats immédiats une bonne opération. Sur 19 opérés de Lawson-Tait (2), il n'y a pas eu un seul cas de mort. Dans une statistique plus générale, fournie par M. Depage (3), on trouve sur 99 cholécystotomies 17 morts, soit 17 p. 100.

Donc, dans la cholécystotomie ordinaire, danger de créer une fistule biliaire sans rétablir le cours de la bile dans l'intestin; dans la cholécystotomie à suture perdue, danger de provoquer un épanchement de bile dans le péritoine. Entre ces deux extrêmes, peut-on trouver un moyen terme et pratiquer une opération qui rapproche plus le malade de l'état physiologique. C'est cet idéal que cherche à atteindre la cholécystentérostomie ou abouchement de la vésicule biliaire dans l'intestin.

L'étude de cette opération a été faite d'une façon très complète par M. Terrier, dans la *Revue de chirurgie* (décembre 1889) et dans la thèse de son élève, M. Henry Delagénière. D'après les règles posées par ces auteurs, on doit chercher, pour pratiquer l'abouchement, un point de l'intestin aussi voisin que possible de l'estomac, et choisir, si faire se peut, le duodénum; Williet (4), au contraire, conseille de pratiquer l'abouchement dans le colon; il prétend que cette façon de procéder est plus facile et qu'elle présente autant d'avantages que n'importe quelle autre. Même en admettant que l'opération, telle que l'a pratiquée M. Terrier, soit plus difficile, elle est beaucoup plus logique, puisque c'est la reconstitution, aussi exacte que possible des choses dans leur état normal. [illegible] les dangers [illegible] courir à l'opéré.

En ce qui concerne les indications spéciales de la cholécystentérostomie, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de reproduire les règles posées par M. Delagénière. Elle serait l'opération de choix :

1° Dans tous les cas d'occlusion complète ou incomplète du canal cholédoque ayant amené une dilatation de la vésicule ou de la rétention biliaire;

(1) Witzel. Loc. cit.
(2) Kocher. *Corresp. Bl. f. Sch. Ærtze*, 1878.
(3) Blodgett. *Homœop. Times*, New-York 1879.
(4) Riedel. *Berl. Klin. Wochens.*, 1888.
(5) Delagénière. Thèse de Paris, 1890.
(6) Lawson-Tait. *Surgery of the liver*, Édimbourg 1889.
(7) Vincent. Loc. cit.
(8) Thornton

(1) Meredith. *Idem*, 1885.
(2) Lawson-Tait. In Thèse de Denucé.
(3) Depage. Chirurgie des voies biliaires, *Journ. de méd. et de chir. de Belgique*, mai 1889.
(4) Williet. *Brit. Med. Journ.*, 1886.

2° Dans tous les cas d'hydropisie de la vésicule dus à l'occlusion du canal cystique ;

3° Dans tous les cas de lithiase biliaire, à calculs multiples ou à calcul unique enclavé définitivement dans le canal cystique ou cholédoque, à condition que les parois de la vésicule ne soient pas trop altérées.

Il est certain que cette opération est, au moins théoriquement, bien supérieure à toutes celles qui se proposent le même but. Cependant l'anastomose de la vésicule avec l'intestin complique beaucoup l'opération. M. Terrier donne les règles qu'il a suivies pour amener cet abouchement. C'est le procédé à un seul rang de sutures séreuses. Le manuel opératoire en est complètement indiqué dans l'article que nous venons de citer. Un drain réunit provisoirement l'orifice de la vésicule à l'ouverture intestinale. C'est lorsque le drain est en place que l'on serre le dernier point. M. Delagénière décrit aussi le procédé dit de Colzi, employé par Monastyrki, Kappeler, Socin. Il l'appelle procédé des deux boutonnières réunies par deux rangs de suture. Il semble donner de bons résultats et il paraît d'une exécution relativement facile.

Quel que soit le mode opératoire employé, il semble, d'après les quelques cas que nous possédons, que la cholécystentérostomie est une bonne opération. M. Delagénière a pu en réunir 8 cas. Dans 6, il y a eu guérison. Le premier malade opéré de cette façon par Winiwarter (1) en 1866 et qui a subi six opérations consécutives, a lui-même guéri. Un des malades opéré par Bardenheuer est porté comme mort de l'opération. Le dernier malade opéré par le même chirurgien peut être considéré comme guéri (2).

Sans vouloir établir de comparaison, il semble que l'abouchement de la vésicule biliaire dans l'intestin est une bonne opération, qu'elle soulage rapidement le malade, qu'elle ne laisse rien derrière elle et qu'elle n'est pas plus dangereuse que la cholécystotomie.

Enfin il est une dernière opération qui a été décrite et pratiquée pour la première fois, par Langenbuch (3), en 1882, c'est la cholécystectomie ou ablation complète de la vésicule. Pour beaucoup de chirurgiens et pour son inventeur, en particulier, ce serait l'opération de choix, surtout dans les cas où le canal cholédoque reste perméable. Au point de vue spécial de la lithiase biliaire et de ses complications, il y a une grande importance à laisser ou à ne pas laisser la vésicule. Il faut l'extirper, non pas tant parce qu'elle renferme des calculs que parce qu'elle en fabrique (Langenbuch). De plus, sans vouloir prétendre que c'est un organe absolument inutile, on peut dire au moins qu'il est fort possible de s'en passer, et que, pourvu que le cours de la bile soit rétabli, les fonctions continuent à s'accomplir d'nne façon régulière chez ceux qui en sont privés. Il est vrai que si l'on veut bien prévoir tous les accidents qui pourront se produire dans l'avenir, il faut songer à une obstruction du canal cholédoque, se montrant de nouveau plus ou moins tardivement. Il sera impossible alors, la vésicule n'existant plus, de faire une cholécystotomie ou une entéro-cholécystotomie. Mais le cas est prévu par les partisans de la cholécystectomie, et ils ont fait remarquer que, dans les cas même les plus défavorables, on pourra

(1) Voir Winiwarter. *Prager Med. Wochens.*, 1882.

(2) Lettre de l'opérateur à M. Terrier.

(3) Langenbuch. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1882.

encore opérer sur le canal cholédoque qui sera considérablement dilaté.

La cholécystectomie est, de plus, la seule intervention rationnelle, lorsque la vésicule est le siège d'altérations profondes ou envahie par un néoplasme. Les partisans de cette opération radicale vont même plus loin. Dans la thèse récente de notre collègue, M. Calot (1), ses indications seraient bien établies dans les cinq cas suivants :

A. Lésion traumatique ;
B. Hydropisie ou empyème ;
C. Tumeur organique ;
D. Fistules biliaires persistantes
E. Accidents de la cholélithiase,

et il n'y aurait, comme contre-indication, que la trop grande étendue des adhérences et l'occlusion du canal cholédoque. Il est certain cependant que c'est une opération plus compliquée que les précédentes. La vésicule étant souvent réunie aux organes voisins et à la paroi par des adhérences, sa dissection est déjà difficile. La recherche du canal cystique est également fort minutieuse. On doit se rappeler sa situation dans le bord droit de l'épiploon gastro-hépatique.

Ce canal cystique, ainsi isolé, va former le pédicule de la tumeur que l'on doit enlever. Il est prudent d'en faire la section entre deux pinces à forcipressure [Hyernaux (2)] et la ligature sera faite avec un fort fil de soie (Langenbuch). Ce même chirugien conseille également de suturer par un ou deux points de catgut le péritoine au-devant de la surface sectionnée.

Comme on le voit, la cholécystectomie, pratiquée dans les cas où elle est formellement indiquée, doit être une bonne opération qui, dans certaines affections, peut guérir définitivement le malade, sans rien laisser après elle. Le plus grand reproche qu'on puisse lui faire, c'est qu'il n'est pas toujours possible de se rendre un compte exact de l'état de perméabilité du canal cholédoque, d'où le danger imminent du reflux de la bile dans le péritoine. C'est, en effet, de cette façon que sont morts plusieurs malades opérés de cholécystectomie. C'est dans la crainte de cet accident, que Lawson-Tait rejette complètement cette opération, qu'il considère comme absurde.

Il est vrai que, par le drainage, on peut éviter les accidents graves dus à l'épanchement biliaire dans le péritoine (Calot) et Langenbuch est d'avis que, par ce moyen, il aurait pu conjurer les accidents mortels dans deux cas.

Si on consulte les statistiques et, en particulier, celle de Courvoisier (3) qui comprend 28 cas, l'opération de la cholécystectomie fournirait une moyenne de 25 p. 100 de morts. C'est évidemment beaucoup. Par contre, Thiriar (4) donne une proportion de 10 p. 100 et Langenbuch de 15 p. 100. Pour ces deux chirurgiens, ainsi que pour d'Antona, Loreta (5) et d'autres chirurgiens qui se sont occupés de la question, l'ablation totale de la vésicule, la cholécystectomie doit, dans beaucoup de cas, être préférée à la simple cholécystotomie.

(1) Calot. *De la cholécystectomie*, Thèse de Paris, 1890.

(2) Hyernaux. Académie royale de Belgique, 1885.

(3) Courvoisier. *Corresp. Bl. f. Sch. Ærtze*, février 1886 (cité par Delagénière).

(4) Thiriar. Congrès français de chirurgie, 1888, et *Revue de chirurgie*, 1888.

(5) D'Antona, Loreta. Congrès de Naples, 1888.

M. Calot vient de relever 71 cas donnant une mortalité brute de 19 p. 100; mais, en recherchant les causes de mort, on trouve qu'on peut abaisser ce chiffre à 9,5 p. 100, en éliminant les cas de mort qui ne doivent pas être attribués à la cholécystectomie elle-même.

Ce que nous croyons pouvoir dire, c'est que chaque procédé d'intervention peut avoir son indication spéciale, et, ainsi que vient de le démontrer M. Terrier, ce n'est souvent qu'après une laparotomie exploratrice que l'on peut choisir l'opération qui doit être faite. Comme tous les auteurs s'accordent à le faire remarquer, le diagnostic exact de la lésion est souvent fort difficile, pour ne pas dire impossible à faire. On peut, par conséquent, en conclure que lorsqu'on ouvre l'abdomen pour remédier à une affection grave de la vésicule, il faut être prêt à tout.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 janvier 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. André qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de physique et de chimie médicales ;

2° Une lettre de M. le docteur Morvan (de Lannilis), qui sollicite le titre de membre correspondant national, et une lettre de M. le docteur Rampoldi (de Pavie), qui sollicite le titre de membre correspondant étranger.

RAPPORT

Ablation d'un morceau de foie. — M. DUPLAY fait un rapport sur une observation, adressée par M. Terrillon, relative à l'ablation, par la ligature élastique, d'un morceau de foie, rempli de petits kystes hydatiques.

Cette observation est intéressante par le fait de la résection d'une partie de l'organe hépatique et par le procédé opératoire qui a été suivi. La littérature médicale renferme divers exemples d'ablation du foie : tantôt le chirurgien s'est trouvé en présence d'une hernie du foie consécutive à une plaie de l'hypochondre droit et a pratiqué l'excision de cette portion herniée; tantôt l'opération a été faite, de propos délibéré, après la laparotomie et dans le but d'extirper une tumeur du foie. On compte une dizaine de cas se rapportant à la première catégorie; la plupart de ces blessés ont guéri.

Les exemples de résection du foie, dans le but d'extirper une tumeur, sont beaucoup plus rares; plusieurs ont été suivis d'une hémorrhagie mortelle, même après l'application d'une ligature.

M. Terrillon, en imaginant de se servir, en pareille circonstance, d'un tube élastique, a été bien inspiré, car ce moyen d'assurer l'hémostase ne convient pas seulement dans les cas de tumeur pédiculée, mais dans le cas de tumeur sessile; il est alors doublement utile, en produisant par la [illegible] tissu hépatique [illegible] constriction du [illegible] peut se [illegible] une [illegible] artificiel qui permet de circonscrire très exactement la partie malade et de la fixer en dehors, si l'on ne veut pas pratiquer de suite l'excision, et en amenant une hémostase parfaite.

COMMUNICATION

Pied plat valgus douloureux; opération d'Ogston. — M. KIRMISSON communique l'observation d'un malade atteint de double pied plat valgus, extrêmement douloureux, et rendant la station debout impossible. M. Kirmisson lui pratiqua sur le pied droit, le 27 septembre 1889, l'opération d'Ogston, c'est-à-dire la résection cunéiforme de l'articulation astragalo-calcanéenne; les surfaces furent réunies par une cheville d'ivoire aseptique. La difformité était bien réduite. Le résultat immédiat fut bon et, le 3 mai 1890, le côté opposé fut opéré : le côté droit était resté en très bon état et fonctionnait fort bien. Le résultat fut également bon du côté gauche.

DISCUSSION SUR LA VACCINE OBLIGATOIRE

M. PROUST constate l'accord qui règne entre M. Le Fort et lui sur l'isolement et la désinfection qui doivent être imposés aux varioleux, comme à tous les individus atteints d'affections transmissibles. Mais, si l'on est obligé de se contenter de ces moyens contre la diphthérie, la scarlatine, la rougeole, le choléra, etc., on se trouve, à l'égard de la variole, dans une situation particulière. Jenner nous a légué le moyen de rendre le terrain réfractaire ; c'est là un avantage extrêmement important, car malgré tous les procédés d'isolement et de désinfection, on ne peut jamais être certain qu'un individu contaminé ne puisse pénétrer dans une ville et y devenir le point de départ d'une épidémie, si ce terrain n'a pas été rendu réfractaire.

M. Proust fait observer qu'il n'y a pas qu'à Paris qu'on isole les varioleux; il y a des hôpitaux spéciaux à Bordeaux, à Marseille, au Havre, à Montpellier, Nantes, Reims et dans presque toutes les grandes villes.

Il établit ensuite :

1° Que la variole est encore une maladie grave, lorsqu'elle rencontre un terrain qui n'est pas rendu réfractaire par la vaccination;

2° Que si l'isolement obligatoire rend des services, la vaccination et la revaccination obligatoires ne sont pas moins nécessaires;

3° Que l'exemple de l'Allemagne est, à cet égard, absolument démonstratif.

M. Proust compare les résultats obtenus dans les différents pays avant que la vaccine y ait été obligatoire et depuis que l'obligation est devenue la loi.

On peut conclure, de la comparaison des diverses statistiques, que la mortalité moyenne, en Allemagne, pour les dix années consécutives à la loi de la vaccination et de la revaccination obligatoires, est tombée à 2,23 p. 100 000.

En Angleterre, où la vaccination seule est obligatoire — et non la revaccination — la mortalité est 3 fois plus élevée.

En Autriche, où aucune obligation n'existe, la mortalité est 27 fois plus élevée.

Paris, à lui seul, compte plus de décès par variole que tout l'empire allemand !

M. Proust termine en disant : « Ce qui effraye, c'est le mot obligatoire ; mais n'avons-nous pas déjà le service obligatoire, l'instruction obligatoire et n'imposons-nous pas la vaccination et la revaccination obligatoires à tous les soldats, à tous les employés des grandes administrations publiques ? »

Il propose à l'Académie d'adopter la conclusion du Comité consultatif d'hygiène publique de France, votée par lui à l'unanimité, en mai 1889 (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 81).

M. DUJARDIN-BEAUMETZ ne partage pas l'opinion de M. Le Fort contre la nécessité [illegible] on obligatoire. M. Le Fort veut don[illegible] constitue la vaccination [illegible] à l'isolement et à la désinfec[illegible] obligatoires, dans la prophylaxie de la variole, le pas sur la vaccination et la revaccination obligatoires.

Le Conseil d'hygiène de la ville de Paris place, au contraire, en tête de l'instruction donnée pour empêcher la propagation de la variole, la vaccination et la revaccination, et ce n'est qu'en second lieu qu'il s'occupe de l'isolement et de la désinfection.

M. Le Fort dit que, dans un pays de liberté, l'obligation de la vaccination ne peut être acceptée, et que les populations forment des ligues assez puissantes pour résister à la loi et en supprimer les effets. M. Dujardin-Beaumetz croit que M. Le Fort exagère le libéralisme du peuple français à ce point de vue; et il admet, contrairement à cette opinion, que si la vaccination était gratuite, facile, tous les citoyens français s'y soumettraient.

D'ailleurs, les difficultés seraient autrement grandes pour l'isolement réel des varioleux. Si l'on invoque la liberté indivi-

duelle dans ces questions d'hygiène, on se heurte aux plus grandes difficultés.

Il faut d'abord une déclaration de la maladie : or, la loi, qui exige cette déclaration, lorsqu'il s'agit d'épidémies sur les animaux, ne l'exige pas lorsqu'il s'agit de l'homme. Une fois ce premier obstacle franchi, on arrive à l'isolement du malade. Soit qu'on le place dans des détachements spéciaux, soit qu'on l'isole dans la maison qu'il occupe, on est forcé d'adopter une série de mesures qui atteignent la liberté individuelle. A cet isolement, il faut joindre l'internement. M. Dujardin-Beaumetz appelle aussi l'attention sur la création de foyers par l'accumulation de varioleux sur un même point. Il a déjà montré que les plaintes provoquées par la création de l'hôpital d'Aubervilliers étaient très exagérées. Il reconnaît pourtant que la création d'hôpitaux de varioleux n'en constitue pas moins des foyers, cela surtout parce que l'isolement n'est jamais parfait.

Ainsi donc, violation du secret médical, suppression de la liberté individuelle, internement du malade, possibilité de foyers de contagion, telles sont les objections que soulève le projet d'isolement. Il en résulte que la vaccination et la revaccination obligatoires sont infiniment moins difficiles et moins vexatoires que l'isolement.

La désinfection, compagne obligée de l'isolement, entraîne aussi des mesures vexatoires, moins rigoureuses que l'isolement, mais qui n'en existent pas moins. A Paris même, où la désinfection est gratuite, on a bien de la peine à la faire accepter.

En résumé, l'isolement et la désinfection entraînent des mesures bien autrement attentatoires à la liberté individuelle que la vaccination.

M. Dujardin-Beaumetz est persuadé que l'obligation de la vaccination sera acceptée par la grande majorité des Français. Il est également persuadé qu'il faut édicter des mesures d'isolement, tout en reconnaissant que leur organisation rencontre de grandes difficultés.

Enfin, un côté délicat de cette question, c'est le côté politique. La centralisation des mesures, au ministère de l'intérieur, fait que les préfets, dans un pays de suffrage universel, hésitent à employer des mesures vexatoires. C'est là encore un obstacle particulier.

Mais, quels que soient ces obstacles, ces mesures sanitaires s'imposent : il ne faut pas que, dans notre pays, l'homme soit inférieur aux animaux, et M. Dujardin-Beaumetz croit que l'Académie devrait compléter le vœu qu'elle a émis pour la vaccination obligatoire, en réclamant, au nom de la santé publique, l'adoption d'une loi de police sanitaire permettant d'appliquer aux maladies infectieuses l'isolement et la désinfection.

De tous les agents prophylactiques des maladies infectieuses, et, en particulier, de la variole, la vaccination obligatoire est celle dont l'obligation lèse le moins la liberté individuelle. Cette obligation doit donc être rigoureusement imposée. Des mesures législatives doivent, malgré les résistances qu'elles pourraient soulever, être édictées par une loi de police sanitaire. L'adoption d'une pareille loi est absolument urgente.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 janvier 1891. — Présidence de M. Horteloup.

RAPPORT

Érysipèle de la face suivi d'accidents infectieux et de gangrène de la jambe. — M. **REYNIER** fait un rapport sur une observation communiquée par M. Schmidt. Il s'agit d'un jeune soldat entré à l'hôpital pour un érysipèle de la face bientôt suivi d'une diarrhée infectieuse et d'un adéno-phlegmon axillaire qui dut être ouvert. Il était en convalescence quand il présenta tous les signes d'une gangrène confirmée de la jambe. L'auscultation du cœur révélait un souffle systolique et les signes d'une endocardite. L'état général restait bon. M. Schmidt pratiqua une amputation de nécessité, dite de Larrey. Il trouva dans la fémorale un caillot obturateur et les lésions de l'artérite. Malgré les précautions antiseptiques, la plaie suppura; au septième jour, le malade fut pris d'une broncho-pneumonie droite, dont il guérit. Trois semaines après, il eut une pleurésie purulente, avec des accidents très graves, de l'hyperthermie, etc., il eut une vomique, rendit 150 grammes de pus et les accidents ensuite s'amendèrent et finirent par disparaître. Mais le malade était resté quatre mois au lit. Son moignon est régulier, non douloureux; la prothèse est facile.

M. Reynier fait suivre cette observation de réflexions générales sur l'endartérite infectieuse, sur les dangers des opérations dans certains de ces cas, sur les contre-indications formelles de l'emploi de la bande d'Esmarch comme moyen d'hémostase et de toute compression exagérée sur les vaisseaux. Il cite un exemple où l'emploi de la bande d'Esmarch a fait courir les plus grands dangers au malade.

M. **RECLUS** se demande si, dans bien des cas de gangrène des membres, il ne vaudrait pas mieux s'abstenir de toute intervention hâtive et se contenter de faire un trait de scie sur l'os après la limitation de la gangrène. Il croit qu'on pourrait appliquer cette manière de voir aux grands traumatismes, pour lesquels on a de la tendance à abuser des amputations hâtives. Il cite l'exemple d'un blessé qui lui fut amené avec un membre écrasé par une locomotive; une seule intervention était possible : la désarticulation de la hanche. M. Reclus se contenta d'amputer en plein foyer de la fracture, fit une injection prolongée d'eau à 50 degrés et, par ce lavage prolongé, obtint le double avantage de nettoyer la plaie et de réchauffer le malade, dont l'état se trouva rapidement amélioré. Il appliqua ensuite une pommade antiseptique dans les interstices musculaires, fit une légère compression de façon à mettre en contact les tissus vivants entre eux, puis il attendit. Son malade guérit. Il suffit, dans la suite, de donner un trait de scie sur le fémur et on obtint un très bon moignon.

M. **QUÉNU** croit qu'il faut distinguer la question des grands traumatismes de celle des gangrènes. Dans les grands traumatismes, en effet, lorsqu'on intervient, il n'y a pas encore d'infection et l'on conçoit que, dans ces conditions, les membres puissent être embaumés. Dans les gangrènes, au contraire, et, en particulier, dans les gangrènes humides avec suppuration, on ne peut attendre et il faut amputer. M. Reclus cite un exemple dans lequel il a pratiqué l'amputation de la cuisse chez un malade atteint de gangrène humide de la jambe, qui avait plus de 40 degrés de température et qui, le soir de l'opération, n'avait plus que 38 degrés. Il faut donc distinguer les traumatismes des gangrènes et, parmi ces dernières, celles qui s'accompagnent ou non de suppuration.

M. **ROUTIER** cite l'exemple d'un vieillard de Bicêtre qui était atteint de gangrène de la jambe et chez lequel il pratiqua l'amputation à la rugine. Ce malade se remit et succomba deux ans après de pneumonie. A l'autopsie, on trouva une artérite qui remontait jusqu'à la bifurcation de l'aorte.

M. **RECLUS** admet parfaitement la distinction faite par M. Quénu de la gangrène à marche rapide qui nécessite l'amputation d'urgence d'avec la gangrène sèche, limitée, pour laquelle l'embaumement du membre peut donner d'excellents résultats.

M. **BERGER**, peu partisan de l'intervention dans les gangrènes spontanées, avait cependant pour habitude d'amputer hâtivement dans les cas de gangrènes humides à marche rapide et n'a presque jamais obtenu que de mauvais résultats de l'intervention dans ces cas. Depuis les progrès de l'antisepsie, il s'applique, autant que possible, à embaumer le membre et à attendre la limitation de la gangrène pour régulariser et amputer à la rugine.

Il rapporte l'observation d'un homme de quarante ans, qui, après des troubles variés du côté des extrémités inférieures, fut pris de sphacèle d'un gros orteil, puis du second orteil. M. Verneuil lui pratiqua l'amputation de ces deux orteils. Un an après,

ce malade présenta les mêmes accidents du côté de l'autre pied. M. Berger amputa de nouveau un orteil. Quelques mois après. apparurent de nouveaux phénomènes de gangrène dans tout le pied et le bas de la jambe. M. Berger, sur le conseil de M. Perier, amputa la jambe au lieu d'élection, à trois travers de doigt au-dessus de la gangrène. Le malade a parfaitement guéri. L'examen anatomique de la pièce n'a révélé l'existence d'aucune lésion vasculaire, ni d'aucune lésion nerveuse.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE partage l'avis de M. Reclus au sujet de l'abstention dans les grands traumatismes. Mais les tentatives de momification ne réussissent pas toujours et l'on est quelquefois obligé d'intervenir. Il y a des cas, en effet, où l'amputation seule peut arrêter les phénomènes septiques. Il y a, dans ces cas, place pour des opinions diverses. Toutefois, il ne faut pas avoir un respect exagéré pour la gangrène et on peut être aujourd'hui plus hardi qu'autrefois.

M. BAZY cite deux cas où il a obtenu de bons résultats de la méthode de l'embaumement. Dans un cas, grâce à des pulvérisations phéniquées et à l'enveloppement dans des compresses au sublimé, il a pu attendre et se contenter de régulariser là où il aurait fallu faire une amputation. Dans un autre cas, il s'agissait d'un vidangeur qui avait eu la jambe broyée par sa voiture; il eut un érysipèle remontant jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, M. Bazy chercha la momification du foyer de la fracture avec de l'huile créosotée au dixième et des pulvérisations d'éther au sublimé. Il put ainsi attendre et faire plus tard l'amputation au tiers inférieur de la jambe. Il cite un autre cas où il agit de même, avec le même succès.

M. VERNEUIL voudrait voir porter à l'ordre du jour la question des gangrènes. Il en établit quatre catégories : 1° les gangrènes traumatiques, qu'il distingue en mécaniques ou infectieuses, puis les gangrènes emboliques, variété à part, enfin les gangrènes par artérites, à côté desquelles il fait placer les gangrènes toxiques, diabétiques ou alcooliques. M. Verneuil a obtenu de bons résultats, dans certains cas, de l'amputation en plein foyer de gangrène, avec pulvérisations phéniquées, prolongées, appliquées consécutivement. Il a aussi obtenu de bons effets des amputations secondaires au thermocautère. Enfin, dans certains cas, les bains antiseptiques prolongés lui ont également donné de bons résultats. Toutefois, dans les cas de gangrènes infectieuses, il faut recourir à l'amputation hâtive; l'amputation peut être variable dans les gangrènes traumatiques. Quant aux gangrènes emboliques ou par artérite, il y a une condition qui prime toutes les autres, c'est l'âge du malade. Après soixante ans, la mort est presque toujours la conséquence de l'intervention.

ÉLECTIONS

MM. Mac Ewen, de Mooy, Janné Son, Romyceanu et Kummer sont élus membres correspondants étrangers.

MM. Claudot, Moty, Fontan, Chénieux, Poisson et Pousson sont élus membres correspondants nationaux.

PRÉSENTATION DE MALADE

Suture de la rotule. — M. PICQUÉ présente un malade qui était atteint d'une fracture de la rotule et auquel il a pratiqué, le seizième jour, la suture avec des fils d'argent. Le malade a marché la cinquième semaine; il jouit de tous les mouvements de son membre. Le cal paraît osseux.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 1er janvier 1891, les aspirants aux grades de docteur en médecine, d'officier de santé, de pharmaciens de première et de deuxième classe ne sont admis à s'inscrire dans les Facultés, Écoles supérieures, Écoles de plein exercice et Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, que sur la production d'un certificat constatant qu'ils ont été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté ou de l'École. — Les Facultés et Écoles détermineront les conditions de ce contrôle.

Les étudiants actuellement en cours d'études ne seront admis à prendre une nouvelle inscription que sur la production du certificat dont il s'agit.

— Un concours pour trois places de médecin au Bureau central s'ouvrira le vendredi 27 février 1891, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert de midi à trois heures, du lundi 2 février 1891 au samedi 14 du même mois.

— *Facultés de médecine.* — Le cadre des professeurs des Facultés de province est actuellement arrêté de la manière suivante :

Première classe. — MM. Feltz (de Nancy), Wannebroucq et Folet (de Lille), Hecht (de Nancy), Castan (de Montpellier); Bondet, Monoyer, Lortet et Ollier (de Lyon), Azam et Bouchard (de Bordeaux).

Deuxième classe. — MM. Beaunis et Poincarré (de Nancy); Gaulard (de Lille); Jaumes (de Montpellier); Gayet et Renaut (de Lyon), Charpentier (de Nancy), de Fleury (de Bordeaux), Dubrueil (de Montpellier), Gross (de Nancy), Perrens (de Bordeaux).

Troisième classe. — MM. Bertin et Engel (de Montpellier), Bernheim (de Nancy), Grasset et Grynfeltt (de Montpellier), Chrétien (de Nancy), Lannegrâce (de Montpellier), Heydenreich (de Nancy), Chalot et Tédenat (de Montpellier), Weiss (de Nancy), Lotar, Lescœur et Arnould (de Lille), Hamelin (de Montpellier), Castiaux (de Lille), Spillmann (de Nancy), Moniez, Herrmann, Tourneux, Leloir et Dubar (de Lille), Berne, Crolas, Lépine, Arloing, Morat, Mayet, Pierret, Rollet, Gailleton et Léon Tripier (de Lyon), Paulet (de Montpellier), Testut et Raymond Tripier (de Lyon), Imbert (de Montpellier), Lacassagne (de Lyon), Debierre (de Lille), Lanelongue, Dupuy, Masse, Coyne, Jolyet, Vergely, Picot, Morache, Guillaud, Layet et Pitres (de Bordeaux), Soulier et Poncet (de Lyon), Figuier (de Bordeaux), Cazeneuve (de Lyon).

Quatrième classe. — MM. Moussous, Demons et Viault (de Bordeaux), Garnier (de Nancy), Teissier (de Lyon), Badal (de Bordeaux), Herrgott (de Nancy), Blarez (de Bordeaux), Carrière (de Montpellier), Demange (de Nancy), Kiener et Mairet (de Montpellier), Leroy (de Lille), Fochier (de Lyon), Bergonié (de Bordeaux), Macé (de Nancy), Baudry et Wertheimer (de Lille), Granel (de Montpellier), Lambling, Lemoine et de Lapersonne (de Lille).

En résumé, sur 97 professeurs de Facultés de médecine de province, 11 sont de première classe au traitement de 11000 francs; 11 de deuxième classe au traitement de 10000 francs; 53 de troisième classe au traitement de 8000 francs et 22 de quatrième classe au traitement de 6000 francs.

Bordeaux compte 2 professeurs de première classe; 2 de deuxième classe; 12 de troisième classe et 6 de quatrième classe.

Lille compte 2 professeurs de première classe; 1 de deuxième classe; 10 de troisième classe et 6 de quatrième classe.

Lyon compte 4 professeurs de première classe; 2 de deuxième classe; 16 de troisième classe et 2 de quatrième classe.

Montpellier compte 1 professeur de première classe; 2 de deuxième classe; 10 de troisième classe et 4 de quatrième classe.

Enfin, Nancy compte 2 professeurs de première classe; 4 de deuxième classe; 5 de troisième classe et 4 de quatrième classe.

— M. le docteur Sockel, médecin-adjoint du lycée de Douai, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Maugin, décédé.

M. le docteur Desmoulin est nommé médecin-adjoint dudit lycée, en remplacement de M. Sockel, nommé titulaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourgeois (de Beauvais) et Borelli (de Turin).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 12. — MARDI 27 JANVIER 1891. 64e ANNÉE. MARDI 27 JANVIER 1891. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL ANDRAL. Un cas d'ictère fébrile à rechute. — THÈSES DE PARIS. — VARIÉTÉS. L'Hôtel-Dieu au XVIe siècle. — Service médical de nuit dans la ville de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 26 janvier 1891.

La nouvelle loi militaire contient, à l'adresse des étudiants en médecine, les trois articles suivants :

Art. 10. — Chaque année, pour la formation des classes, les tableaux de recensement des jeunes gens ayant atteint l'âge de vingt ans révolus dans l'année précédente... sont dressés par les maires.

Art. 23. — En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande, jusqu'à la date de leur passage dans la réserve :

1° .....

2° Les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir... le diplôme de docteur en médecine... ou le titre d'interne des hôpitaux nommés au concours.

Art. 24. — Les jeunes gens qui n'auront pas obtenu, avant l'âge de vingt-six ans, les diplômes ou les prix spécifiés au paragraphe 2°... seront tenus d'accomplir les deux années de service dont ils avaient été dispensés.

Ainsi, en temps de paix, aux termes de l'article 10, tous les jeunes gens ayant eu vingt ans dans l'année précédente, sans qu'il y ait *ni sursis ni appel*, sont inscrits sur le tableau de recrutement. Il s'ensuit que l'étudiant en médecine, qu'il soit à sa première, deuxième ou troisième année d'études, doit quitter complètement et absolument ses travaux pour aller passer une année à la caserne. Nous nous sommes déjà expliqué, il y a quelque temps, sur la façon peu intelligente dont on avait compris cette année de service que doivent faire nos futurs médecins. Pendant trente jours à peine, on leur apprend le métier de médecin militaire. On croirait vraiment, à voir de telles dispositions, que le passage du jeune homme sous les drapeaux n'est qu'une pure mesure vexatoire et sans autre but que d'imposer des charges désagréables. Il nous a toujours semblé que le but unique du législateur avait été de constituer une armée solidement organisée dans tous ses éléments, pour qu'au moment du besoin, au moment du danger, le fonctionnement en soit le moins défectueux possible. Or, pour tous ceux qui ont traversé l'Année terrible et qui nous en ont rapporté les souvenirs, le service de santé fit, à cette époque, bien piteuse figure par son organisation défectueuse et l'insuffisance de son personnel ; c'est à peine si le courage et le dévouement incomparables de nos médecins militaires parvinrent à pallier les désordres occasionnés par les lacunes et les défectuosités de notre service de santé.

Depuis lors, il semblait que la dure leçon eût été profitable, car en même temps qu'on perfectionnait nos armements, qu'on multipliait nos corps d'armée, on fit quelque chose pour le corps de santé militaire : on lui donna d'abord l'autonomie qui lui était nécessaire, puis, on essaya de proportionner le nombre des médecins au nombre, maintenant considérable, des combattants, et l'on incorpora les médecins civils dans le cadre du service de santé.

Cette mesure s'imposait, d'ailleurs, car si l'élément civil ne venait pas, en temps de guerre, seconder les médecins d'armée, ceux-ci seraient loin de suffire à la centième partie de leur tâche. En sorte que, dans l'avenir comme actuellement, les médecins civils formeront, en temps de guerre, une grosse partie de nos médecins militaires. Dès lors, il semblait bien simple et fort naturel de préparer les futures générations médicales à leur rôle éventuel. Mais non, il a paru plus judicieux d'envoyer, à leur vingtième année, nos jeunes étudiants à la caserne, et de leur apprendre le maniement du fusil qu'ils ne porteront jamais.

Dans son rapport au Conseil général des Facultés, M. Brouardel faisait ressortir le mauvais côté de ces dispositions. « Il y a en France, disait l'honorable doyen de la Faculté de Paris, 11500 médecins environ. Dans ce nombre on ne trouvera certainement pas les 7500 médecins actifs de moins de quarante-cinq ans qui seraient nécessaires au service de santé de l'armée mobilisée. » Dès lors, puisque tout médecin valide devient, en temps de guerre, un médecin d'armée, pourquoi ne pas profiter de son passage sous les drapeaux pour l'initier à ses fonctions futures ? Il n'y a pas plus de passe-droit à apprendre la médecine militaire à un futur médecin militaire, qu'à apprendre le maniement du canon à un futur artilleur.

En ce qui touche les étudiants en médecine, il y a donc, dans l'application de notre loi militaire, des incohérences et, par suite, des déperditions de force, préjudiciables à l'intérêt commun.

Nous avons déjà critiqué les dispositions que le ministre de la Guerre a cru devoir prendre vis-à-vis des étudiants en médecine ; mais, l'application de la loi va, en outre,

porter un terrible coup aux études médicales, c'est ce que vient de comprendre le Conseil général des Facultés.

Quand l'étudiant revient, à vingt-deux ou vingt-trois ans, d'accomplir son année de service, on peut dire qu'il recommence à ce moment ses études médicales, et qu'en réalité, s'il doit, comme la loi l'exige, *être docteur à vingt-six ans*, il n'a que trois ans pour faire son instruction médicale. Il paraît qu'un ancien ministre, personnage considérable au Conseil supérieur de l'Instruction publique, aurait prétendu que ces trois années étaient plus que suffisantes pour mener à bien les études de médecine, et qu'au bout de ce temps, le nouveau docteur était amplement instruit. Cette assertion n'a dû être, nous l'espérons, qu'une simple boutade, échappée dans le feu d'une discussion, et que regrette actuellement celui qui l'aurait émise.

Nous n'en sommes plus à penser qu'un docteur est d'autant plus méritant qu'il a fait plus rapidement ses études, Ce sont là des choses que l'on ne discute pas.

Pour ceux qu'intéresse vraiment la bonne renommée du diplôme des Facultés françaises, il convient de protester hautement contre cette disposition de notre nouvelle loi militaire. Les représentants des Facultés et Écoles de médecine sont tous d'accord à cet égard, et ils viennent de proposer au ministre deux modifications qui, sans violer le principe général de la loi militaire, éviteraient les inconvénients que nous venons de signaler. Ils proposent donc de :

1° Porter de vingt-six à vingt-sept ou vingt-huit ans la limite d'âge pour les étudiants en médecine qui aspirent à l'internat ou au doctorat;

2° Donner aux élèves de toutes les Facultés la liberté accordée à ceux de l'École normale, c'est-à-dire la possibilité, ou de devancer l'appel, ce qui leur permettrait de satisfaire à la loi militaire avant de commencer leurs études, ou d'obtenir un sursis, pour n'aller au régiment qu'une fois leurs études faites.

Si ces deux modifications sont adoptées, les grands intérêts de l'enseignement médical sont ménagés, et cela sans qu'on puisse accuser cette disposition de favoriser une catégorie de jeunes gens au détriment des autres. Tout porte donc à croire que ceux de nos confrères qui siègent dans les deux Chambres, tiendront à honneur d'appuyer la demande du Conseil des Facultés, et en faisant adopter ces nouvelles mesures, ils auront agi au mieux des intérêts du pays.

HOPITAL ANDRAL. — M. Debove.

Un cas d'ictère fébrile à rechute (1).

II

L'ictère catarrhal fébrile se présente quelquefois, soit à l'état sporadique, soit à l'état épidémique, avec les apparences d'une maladie infectieuse. On rencontre alors un ensemble de phénomènes qui forment comme un fonds commun aux faits de cet ordre.

La maladie commence d'une façon brusque, assez souvent par des frissons, du malaise général, de la courbature. Les malades éprouvent souvent des douleurs extrêmement vives dans certaines masses musculaires, en particulier dans les mollets et les cuisses. La pression des muscles y cause de vives douleurs, les malades s'immobilisent, évitant tout mouvement. L'ictère se montre bientôt, plus ou moins marqué. Habituellement, la coloration de la peau n'est pas très foncée; il n'y a rien là qui rappelle l'ictère vert et surtout l'ictère noir. Les urines sont fortement colorées; elles donnent généralement, en présence des réactifs appropriés, la réaction des matières colorantes de la bile. La fièvre est assez élevée, et la température dépasse souvent 38°5 pour atteindre 39 et même 40 degrés.

Les malades sont déprimés; leur sommeil est agité. Parfois, ils ont des épistaxis; parfois aussi, soit des exanthèmes érythémato-papuleux, soit de petites pétéchies. L'herpès labial se montre assez souvent.

Tantôt il y a de la diarrhée, tantôt de la constipation. Dans ce dernier cas, les matières sont le plus souvent alors décolorées. L'abdomen est assez souvent légèrement ballonné.

La matité du foie peut demeurer stationnaire; parfois elle augmente légèrement pendant le cours de la maladie. La matité splénique est toujours accrue, elle mesure 10 à 12 centimètres de diamètre dans tous les sens.

Enfin, il faut ajouter que, dans les urines, on constate souvent de l'albumine et même des cylindres.

Dans les premiers jours, on peut être fort embarrassé. En présence de la céphalalgie, de la fièvre, de la dépression générale, des épistaxis, on pense à la fièvre typhoïde. Survient l'ictère, s'il ne s'est pas montré encore. Ce qu'on redoute alors, c'est l'ictère grave. Cependant, au bout de quelques jours, les phénomènes généraux s'amendent; l'ictère diminue; les urines, plus abondantes, sont moins foncées et moins chargées d'albumine; le sommeil revient; l'appétit réapparaît, les forces renaissent et tout se termine ainsi par la guérison : le tout a duré de dix à quinze jours en moyenne.

M. Landouzy a donné à ces faits le nom de fièvre bilieuse ou hépatique, de typhus hépatique (1). M. Chauffard a fait ressortir, d'une façon ingénieuse, les caractères qui rapprochent souvent certains faits d'ictère catarrhal des maladies infectieuses (2). Il était donc bien démontré, en France, que l'ictère catarrhal n'est pas une maladie; mais que cette dénomination abrite des faits différents par leur évolution clinique et, sans doute, par leur origine, et qu'il y a une chaîne ininterrompue, depuis les cas les plus simples jusqu'aux formes malignes et fatalement mortelles de l'ictère grave.

L'histoire de plusieurs épidémies avait prouvé que des faits de ce genre peuvent sévir avec les mêmes caractères, sur certaines collectivités, et, en particulier, sur les garnisons (3).

En 1886, j'eus l'occasion de voir un cas d'ictère infectieux, dans lequel il y eut deux poussées successives. La fièvre, après avoir disparu pendant quelques jours, réapparut, et, avec elle, les phénomènes généraux; l'ictère subit une légère recrudescence. Cette rechute fut l'affaire de quelques jours. La fièvre tomba de nouveau, et, phénomène de très bon augure, en semblable occurrence, la quantité des urines augmenta notablement, annonçant la guérison. Cette re-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 54.

(1) Landouzy. *Gazette des hôpitaux*, 1883.

(2) Chauffard. *Revue de médecine*, 1885 et 1887.

(3) On trouvera, dans un fascicule récent de la collection de Volkmann, l'énumération des diverses épidémies d'ictère : A. Hennig. *Ueber epidimischen Ikterns*, 1890.

chute me frappa vivement; j'y vis un argument nouveau en faveur de la nature infectieuse de l'ictère, et je publiai ce cas sous le nom de typhus hépatique bénin, adoptant ainsi la dénomination proposée par M. Landouzy. Cela fit croire à certains, malgré les explications données, que je pensais qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde à détermination hépatique prédominante.

Quelque temps après, Weil (1) publiait quatre cas analogues; trois d'entre eux avaient présenté précisément la rechute qui m'avait si fort intrigué. Après lui, en Allemagne surtout, on fit connaître de nombreux cas analogues : on les décrivit sous le nom de maladie de Weil (2). On perdit bientôt de vue la rechute, et on réunit sous cette dénomination des faits hétérogènes qui avaient comme traits communs la fièvre, l'ictère, la tuméfaction de la rate, l'albuminurie. On retombait de nouveau dans la confusion.

Quelle était la nature de la maladie? Pour les uns, il s'agissait d'une fièvre typhoïde à forme bilieuse; pour les autres d'une forme hépatique de la fièvre récurrente : la maladie serait analogue, identique même au typhus bilieux qui règne épidémiquement en Égypte et en Syrie; pour quelques-uns c'est une maladie spécifique *sui generis*, sans relation étiologique avec aucune maladie connue; pour certains, enfin, l'ictère infectieux résulte de l'action sur le foie de substances infectieuses de diverse nature.

L'ictère est tellement rare dans la fièvre typhoïde, qu'il est difficile de lui rapporter l'ictère fébrile infectieux. Pour admettre la fièvre récurrente, il faudrait démontrer dans le sang la présence du spirille d'Obermeyer, ce qu'on n'a pu faire.

En réalité, on doit se borner, à l'heure actuelle, à constater l'origine très vraisemblablement infectieuse de la maladie et attendre de l'avenir la démonstration de sa nature. Quelque impatience que l'on ait de voir la question tranchée, on doit, comme l'a dit M. A. Chauffard, se borner à classer maintenant les faits d'après leurs seuls caractères cliniques. Il propose de diviser les ictères infectieux bénins en : ictère catarrhal simple, ictère catarrhal infectieux, ictère polycholique infectieux et ictère infectieux à rechutes (3).

Nous acceptons volontiers le principe de cette classification provisoire; toutefois, pour moins préjuger encore et accentuer davantage la note clinique, nous pensons qu'il vaut mieux dire, pour les cas analogues à ceux que nous avons rapportés en 1886 et dans le présent travail : ictère fébrile à rechute. Il est possible, en effet, qu'il s'agisse là d'une maladie particulière, et qu'il faille attribuer à la rechute une importance plus grande qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Dans les 84 cas relevés dans la thèse de M. Timowske, il y a eu 19 fois rechute. En ajoutant notre cas, cela fait 20 cas de rechute, sur 85 cas d'ictère fébrile. Si la rechute ne différencie pas la maladie, si elle n'a pas plus de signification au point de vue du diagnostic d'une espèce morbide que la rechute dans la fièvre typhoïde, il faut reconnaître, tout au moins, qu'elle est beaucoup plus fréquente que dans cette dernière maladie.

(1) Weil. *Deuts. Arch. Klin. Med.*, 1886.

(2) On trouvera, dans la thèse de M. Timowske (*De l'ictère infectieux fébrile*, Paris 1889), la bibliographie relative à cette question) et le résumé des principales observations.

(3) A. Chauffard. *Semaine médicale*, 24 juillet 1889.

D'autre part, il semble que les cas dans lesquels la rechute est survenue présentaient une physionomie plus grave que ceux dans lesquels elle a fait défaut.

En tout cas, dans l'ignorance où nous sommes de la nature du processus morbide, on n'a nullement le droit de confondre, sous la même dénomination, les cas simples et les cas à rechute : nous sommes à ce point de vue parfaitement d'accord avec M. Chauffard.

Pour terminer, nous relèverons dans notre observation une particularité intéressante. L'ictère, au début, a été un ictère biliphéique. Les urines donnaient la réaction de Gmelin; d'autre part, les matières fécales étaient décolorées. Il y avait donc obstruction des canalicules biliaires et ictère par rétention et par résorption de la bile. Dans une seconde phase, au contraire, les matières se sont colorées, sans qu'il y ait eu flux de bile, polycholie, diarrhée bilieuse; les urines n'ont plus présenté alors que la réaction de l'hémaphéisme. Elles renfermaient donc surtout alors de l'urobiline, en quantité considérable.

La seconde poussée fébrile, la rechute, s'est produite sans recrudescence de l'ictère, les urines étant et demeurant hémaphéiques. La rate, nous l'avons dit déjà, était restée grosse pendant l'intervalle apyrétique interposé entre les deux poussées fébriles. Cela, du reste, nous avait fait prévoir la survenue de la rechute, par analogie avec ce qui se passe dans la fièvre typhoïde; il faut, en cas semblable, surveiller la rate; la maladie n'a terminé son évolution que lorsqu'elle revient à ses dimensions normales.

Revenons à l'ictère. L'ictère biliphéique du début, avec rétention des pigments hépatiques, oblitération des canalicules biliaires, ne semble-t-il pas indiquer une lésion primitive du foie ? Dans les maladies générales, dans la fièvre typhoïde par exemple, c'est de l'urobilinurie, de l'hémaphéisme qu'on observe. Cela ne semble-t-il pas démontrer que c'est le foie qui a été le premier atteint ?

Il est, en effet, interposé comme un filtre actif sur le trajet de la veine-porte. Il peut être le premier organe atteint et le plus fortement touché par les germes ou les substances pathogènes. Une autre voie, la voie cholédoque, peut être suivie encore dans l'invasion des germes pathogènes. Le foie est, en somme, une sorte de ganglion volumineux qui accapare au passage une grande partie des substances morbigènes.

L'ictère catarrhal est sa façon de réagir devant certaines irritations et peut-être, plus spécialement, devant les irritations venues de l'intestin soit par la veine porte, soit par le canal cholédoque et les canalicules biliaires.

Tout peut se borner à cet ictère catarrhal fébrile : le foie imprimant ainsi son cachet à l'infection pour laquelle il a été une insuffisante barrière. Il peut se faire que l'organisme réagisse à son tour; de là, la rechute après un temps d'arrêt de quelques jours. Cette fois, l'ictère n'est plus de cause locale, il est de cause générale; il prend les caractères de l'ictère hémaphéique.

Nous donnons cette théorie pour ce qu'elle vaut, ayant pour principe de faire bon marché des interprétations, et plaçant les faits en première ligne. Elle montre tout au moins qu'il n'est pas nécessaire de supposer une infection spécifique. On peut concevoir que l'irritation primordiale du foie, due à sa situation topographique, explique à la fois l'ictère et la rechute. C'est du reste à la bactériologie qu'il appartiendra de résoudre la question, et de dire s'il

s'agit toujours, dans les ictères infectieux fébriles et dans les ictères fébriles à rechute, de la même cause pathogène (1). Albert Mathieu.

THÈSES DE PARIS

De l'arthrectomie appliquée au traitement de l'ostéo-arthrite tuberculeuse chronique suppurée chez l'enfant, par E. Bourgogne.

Voici les conclusions de la thèse de M. Bourgogne, conclusions reproduisant les idées de M. le professeur Lannelongue, et qui ont un intérêt d'actualité, étant donné les discussions récentes de la Société de chirurgie :

« 1° En raison des différences qui existent dans la marche et le pronostic de la tuberculose, suivant que cette affection évolue chez un adulte ou chez un enfant, le traitement devra varier dans l'un et l'autre cas ;

2° Chez l'enfant atteint d'ostéo-arthrite tuberculeuse, on pratiquera, de préférence aux résections typiques, les opérations plus économiques qui ne peuvent pas nuire à l'accroissement des os par le cartilage de conjugaison.

De toutes les opérations économiques, l'arthrectomie nous semble la meilleure pour détruire les produits morbides de l'articulation ;

3° Encore cette arthrectomie n'impliquera-t-elle pas, comme on l'a quelquefois entendu, l'ablation de la totalité des tissus fibreux articulaires.

Lorsque ceux-ci ne présenteront que les lésions de l'inflammation chronique, il faudra les respecter. Ce serait une faute de sacrifier une trop grande partie de l'article ; car, dans toute intervention pratique sur les enfants, on ne doit jamais oublier les ressources de la nature et l'influence du traitement général sur la guérison des tuberculoses articulaires ;

4° L'arthrectomie doit être pratiquée dès que la suppuration s'est établie, mais non plus tôt, parce qu'alors on n'a pas épuisé toutes les ressources de la nature, et l'on peut encore arriver à la guérison, sans qu'il soit besoin de recourir aux moyens sanglants ;

5° L'opération, ainsi comprise et pratiquée en temps utile, produit très rapidement une amélioration notable de l'état général, et les résultats éloignés se montrent excellents ;

6° Le traitement institué, en vue de remonter l'état général, doit marcher de pair avec le traitement chirurgical.

VARIÉTÉS

L'Hôtel-Dieu au XVI[e] siècle (2).

L'Hôtel-Dieu de Paris était situé dans la partie méridionale de la place ou parvis Notre-Dame, le long de la Seine. On attribue généralement sa fondation à saint Landri, évêque de Paris, qui vivait au VII[e] siècle, mais sans preuves à l'appui (3). Peut-être a-t-il la même origine que celle de beaucoup d'hôpitaux voisins des églises cathédrales. Il existait, en effet, près de la maison de l'évêque de Paris, comme auprès de tous les évêchés en général, un édifice destiné à loger tous les pauvres inscrits sur la matricule de l'église. On les y nourrissait et on les y soignait quand ils étaient malades. Peu à peu l'hôpital prit de l'importance ; une chapelle dédiée à saint Christophe, et qui servait à l'usage des pauvres matriculaires, donna assez longtemps le nom de ce saint à l'hôpital. Bientôt, cet édifice s'enrichit grâce à des personnes pieuses et bienfaisantes.

Il avait le droit de dîme sur les biens de l'Église de Paris, et, d'autre part, le chapitre de Notre-Dame statua, en 1068, que chaque chanoine, en mourant ou en quittant sa prébende, serait tenu de donner un lit à l'Hôtel-Dieu (1).

Philippe-Auguste, dans ses lettres du mois de mars 1208, faisait donner, à la « Maison-de-Dieu de Paris », toute la paille de son palais toutes les fois qu'il quittait la ville pour aller coucher ailleurs.

Saint Louis exempta l'Hôtel-Dieu de toute contribution, de droit d'entrée et de péage par terre et par eau, et augmenta notablement l'étendue des bâtiments, qu'il prolongea jusqu'au Petit-Pont. A plusieurs reprises enfin, il lui assigna des rentes importantes pour le temps. Charles IV, en 1321, l'exonéra des droits de prise. L'Hôtel-Dieu, dont nous venons de donner ainsi un court historique, était composé, du temps d'Habicot, comme il est noté plus tard, par des bâtiments irréguliers construits à différentes époques. Il n'avait pas encore été augmenté du grand corps de logis le long de la Seine, qu'on bâtit en 1635. Son ensemble ne pouvait avoir aucune prétention au mérite architectural. On y accédait par deux portes : l'une, la plus grande, appelée le portail, donnait sur le parvis ; elle était desservie par deux portiers ; c'est par là qu'entraient les malades en temps ordinaire. L'autre, plus petite, près du Petit-Pont, et à laquelle était attaché un seul portier, ne s'ouvrait pour les malades qu'en temps de peste, parce qu'elle était toute proche de la salle du légat où on entassait d'habitude les pestiférés (2). Les bâtiments étaient loin d'être tous destinés aux malades. Il y avait, en effet, le logement du maître de l'Hôtel-Dieu, des chapelains, du personnel. On y rencontrait une boucherie desservie par un boucher, une boulangerie où travaillaient trois boulangers, un grand lavoir où l'on nettoyait le linge des malades, une cuisine, etc. Nous avons pu retrouver le nom des salles, grâce aux relations, que l'on trouve dans les registres, des réparations qu'on y a faites. Il y avait la grande et la petite salle Saint-Thomas, la salle Saint-Denis, la grande salle, la salle neuve, la salle du légat, dans laquelle on logeait d'habitude les pestiférés (cette salle était séparée du reste de l'Hôtel-Dieu par une cour basse). On y remarquait de gros piliers soutenant des arcades ; les fenêtres étaient ornées de vitraux représentant des armoiries, des sujets de sainteté, etc. Les salles reposaient sur les communs de l'hôpital ; au-dessus se trouvaient des greniers (3).

Dans le personnel de l'Hôtel-Dieu, très considérable, comme on devait s'y attendre, l'élément religieux était largement représenté. Il y avait quatre religieux profès, quatre chapelains, des frères laïques, six enfants de chœur et leur maître. On y comptait encore cinq emballeurs (garçons des morts), un sommelier, un charretier, un boucher, trois boulangers, un cuisinier, un serviteur de la cuisine, trois portiers, trois petits serviteurs, huit anciennes religieuses, trente-sept jeunes religieuses, la prieure et sept veilleuses.

Le nombre des malades était très variable, suivant les époques. A certains moments, par exemple dans les temps d'épidémie, il se produisait un encombrement épouvantable. Comme il n'y avait pas assez de place pour tout ce monde, on couchait jusqu'à cinq ou six personnes dans le même lit ; ces lits étaient de simples couchettes. Ce n'est que plus tard, au XVII[e] siècle, que Geneviève Bousquet les fera orner de rideaux et de ciels de lits.

Nous avons fait quelques relevés des vivres que l'on distribuait aux malades : il leur était accordé 1 livre de viande par jour et

(1) Nous avons laissé de côté à dessein les questions de diagnostic, de pronostic, de traitement, désirant avant tout rapporter un fait nouveau. Le journal publiera du reste très prochainement une Revue générale sur cette intéressante question.

(2) Nous extrayons de la thèse de M. René Vaucaire (*Étude sur Habicot, sur la chirurgie et l'anatomie de son temps*) un tableau de l'Hôtel-Dieu vers la fin du XVI[e] siècle, qu'on lira sans doute avec intérêt.

(3) Voir ce que dit Dulaure à ce sujet.

(1) Voir Félibien et Lebœuf.

(2) Voir les délibérations de l'Hôtel-Dieu, dans les archives de cet hôpital publiées par l'Assistance publique.

(3) Voir archives et ouvrages de M. de Tornery.

par personne. Ceux de la salle Saint-Thomas n'avaient droit qu'à du bouilli, mais ceux de la salle Saint-Denis avaient droit à une demi-livre de viande bouillie et à une demi-livre de viande rôtie. On leur allouait un demi-setier de vin mélangé d'un tiers d'eau.

On recevait tout le monde, sans distinction d'âge, de sexe ni de religion. Il paraît qu'il s'y glissait pas mal de faux malades. Un jour, le bureau se plaint que beaucoup de gens valides s'introduisent dans l'Hôtel-Dieu la veille d'une fête, tout simplement pour assister à un banquet qu'on y donne. Une autre fois (le 19 décembre 1605), on fait défense au portier de la porte du parvis Notre-Dame de laisser dorénavant entrer audit Hôtel-Dieu, sans être visité par le chirurgien dudit Hôtel-Dieu, « comme il est accoutumé de faire, à peine de punition corporelle et d'être chassé ».

Une fois guéris, beaucoup de malades réussissaient à se perpétuer dans les salles. Pour remédier à cet abus, on ordonne, le 22 septembre 1600, au chirurgien de compter tous les matins les malades. Depuis le 17 février 1576, le chirurgien était astreint, tous les vendredis de chaque semaine, à rendre compte au bureau de ses clients, d'indiquer les traitements, de signaler les convalescents, ceux qui étaient en état de sortir. Pour plus de sûreté, le bureau avait installé un garçon qui devait compter, chaque jour, le nombre des malades. Un très grand désordre régnait dans l'administration de l'hôpital. En 1505, les choses avaient été si loin qu'on avait dû enlever au chapitre l'administration du temporel pour le confier à un bureau composé de huit notables bourgeois de Paris. Il avait fallu aussi renvoyer les sœurs noires et les remplacer par les sœurs grises. La lecture des registres de cette période nous a montré le bureau luttant sans cesse contre des abus invétérés, obligé de fixer strictement la pitance de chacun, devant veiller à ce qu'on ne gaspille pas le pain, le vin, la viande, le charbon, le linge, qu'on ne vole pas les effets, forcé d'interdire au garçon qu'on garde les chiens dans les salles, etc.

Quel était le rôle du personnel médical à l'Hôtel-Dieu (1)? Il n'avait pas certes l'importance numérique, ni la considération qu'on lui accorde actuellement, ni même celle dont il a joui plus tard, au XVIIe et au XVIIIe siècle. Le bureau faisait lui-même les nominations de médecin ou chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Le chirurgien pouvait, au besoin, être un simple barbier, comme il résulte d'une pièce justificative annexée à cette thèse. M. de Tornery fait ressortir son humble position. On le paye mal, sous prétexte qu'on le loge gratis; on le casse impitoyablement si on est mécontent de ses services; chaque vendredi, il est obligé de rendre compte de sa charge au bureau, qui le réprimande s'il est en faute (2).

Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu doit faire tous les jours la visite des malades dès sept heures du matin. A certains moments, il lui est enjoint d'appeler le médecin chaque fois qu'il juge nécessaire de pratiquer une opération importante. Comme il ne peut pas faire la besogne à lui seul, on lui adjoint des serviteurs ou compagnons ou garçons chirurgiens (on leur donne tous ces titres sur les registres de délibérations). A partir de 1585, on trouve mentionné le compagnon gagnant maîtrise, sorte de chef de clinique dont la fonction était très enviée, car on y faisait un stage de six ans et on devenait maître sans passer par les frais et les formalités habituelles. Nous avons recherché, avec M. Brièle, si nous ne trouverions pas le nom d'Habicot mentionné sur les registres; nous n'avons absolument rien trouvé, bien que les biographes d'Habicot s'accordent tous à dire qu'il a travaillé à l'Hôtel-Dieu. Certains registres (1587-1588) ont été, il est vrai, perdus; mais cependant on ne trouve jamais ce nom mentionné sur le registre de compte. Habicot a-t-il été simplement garçon chirurgien externe? C'est possible; les fonctions de ces garçons chirurgiens externes, et même leur existence à cette période, n'ont du reste pas été élucidées par nous, malgré nos recherches persévérantes. Nous les avons vues mentionnées, mais beaucoup plus tard, en 1653 (1).

Le 28 juin de cette année, le bureau décide que désormais on leur fera passer un examen devant les médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, en présence de deux administrateurs. Il n'y avait pas de service clinique, mais le chirurgien, d'après les registres, avait depuis un temps immémorial l'habitude d'instruire les élèves. Ce ne devait pas être un cours, une leçon, mais quelques brèves paroles sur un cas clinique intéressant et sur le traitement qu'il fallait instituer. Néanmoins, comme il y avait beaucoup de faits curieux à voir dans cet hôpital et que le chirurgien pratiquait souvent de grandes opérations, telles que des amputations, les élèves s'y pressaient en foule. Ambroise Paré nous rappelle fièrement dans ses œuvres qu'il y a travaillé (2).

(1) Voir registres de l'Hôtel-Dieu, l'introduction de Malgaigne et le *Saint Côme* de M. Corlieu.

(2) Voir le fragment des registres de l'Hôtel-Dieu qui est rapporté dans la deuxième partie de cette thèse.

(1) Voir introduction de Malgaigne et de *Saint Côme* de M. Corlieu.

(2) Voir la préface aux œuvres chirurgicales d'Ambroise Paré.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Par M. le docteur PASSANT.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1890.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	16	20	2	38
2e	8	26	5	39
3e	21	36	8	65
4e	39	79	23	141
5e	22	49	12	83
6e	17	29	8	54
7e	14	20	6	40
8e	13	15	4	32
9e	7	17	2	26
10e	17	63	11	91
11e	103	136	59	298
12e	25	46	22	93
13e	43	113	45	201
14e	69	61	40	170
15e	40	80	23	143
16e	16	11	10	37
17e	54	65	22	141
18e	50	113	48	211
19e	61	87	37	185
20e	67	131	84	282
	722	1197	471	2390

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites. 172
Croup. 53
Coqueluche. 13
Corps étranger de l'œsophage 2
Corps étranger de l'oreille. 1
Ophthalmie. 2

B. Asthme. 69
Affections du cœur. 86
Bronchites aiguës et chroniques. 216
Pleuro-pneumonie. 110
Congestion pulmonaire. . . 46

C. Affections et troubles gastro-intestinaux. 133
Cholérine. 64
Dysenterie 2
Athrepsie. 66
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines. . 70
Hernie étranglée. 18
Rétention d'urine. 28
Orchite 3
Fistule et fissure à l'anus. 2
Chute du rectum 1

D. Métrite, métro-périto-

MALADIES OBSERVÉES (*suite*).

nite	61	Fièvre intermittente	3
Métrorrhagie	59	Fièvre typhoïde	29
Fausse couche	67	Hémorrhagies de causes internes et externes	82
Accouchement, délivrance	181		
Accouchements non terminés	44	G. Plaies, contusions	98
E. Affections cérébrales	183	Fractures, luxations, entorses	36
Convulsions, éclampsies	67		
Névralgie	39	Brûlures	6
Névroses	71	Empoisonnements	17
Epilepsie	20	Asphyxie par le charbon	16
Aliénation mentale	7	— submersion	3
Alcoolisme, delirium tremens	17	Suicide	4
Catalepsie	2	H. Mort à l'arrivée du médecin	59
F. Rhumatisme	35		
Affections éruptives	63	Total	2 390

La moyenne des visites par nuit est de 26. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 28,43.

Les hommes entrent dans la proportion de 30 p. 100.
Les femmes — — 50 —
Les enfants au-dessous de trois ans 20 —

Visites du quatrième trimestre de 1889	2 616
Visites du quatrième trimestre de 1890	2 390
Différence en moins	226

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1890.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	TOTAL.
1er trimestre	837	1 263	409	2 509
2e trimestre	628	1 037	446	2 111
3e trimestre	670	1 073	357	2 100
4e trimestre	722	1 197	471	2 390
	2 857	4 570	1 683	9 110

Pour l'année 1889, le nombre des visites de nuit était de	8 544
Pour l'année 1890, — — est de	9 110
Différence en plus pour 1890	566

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876, première année	3616	visites de nuit.
1877, deuxième année	3312	—
1878, troisième année	3571	—
1879, quatrième année	5282	—
1880, cinquième année	6341	—
1881, sixième année	6521	—
1882, septième année	6891	—
1883, huitième année	6895	—
1884, neuvième année	8712	—
1885, dixième année	7494	—
1886, onzième année	7553	—
1887, douzième année	7168	—
1888, treizième année	7408	—
1889, quatorzième année	8544	—
1890, quinzième année	9110	—

Le service a été assuré pendant l'année par 520 médecins, 505 sages-femmes et 536 pharmaciens.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé samedi soir 24 janvier 1891, par la nomination de 370 candidats dont les noms suivent, et classés par ordre de mérite.

Ce sont MM. :

1. Baudet, Boquel, Terrien, Robineau, Chauveau, Dujarier, Jolly (Justin), Savariaud, Combes, Long.

11. Martin (Charles), Thoumire, Dominici, Lapeyre (Louis), Blanc, Brouardel, Daguillon, Deneux, du Mesnil, Fauvel (Louis).

21. Guinard, Hardel, Sourdille, Hémery, Leray, Martin (Henri), Miquet, Papillon (Gustave), Binot (Jean), Chapt.

31. Durante, Gallet-Duplessis, Giresse, Houzé, Walch, Ardouin, Cavasse, Luys, Mettetal, de Oliveira.

41. Schmid, Brindeau, Latruffe, Roland, Rudaux, Crouzet, Hepp, Chabory, Collinet, Lantzenberg.

51. Lenoble, de Massary, Meslay, Saguet, Banzet, Vandremer, Caye, Cotta, Fauvelle (René), Leblanc.

61. Le Dard, Lévy (Moïse), Marie (René), Neveux, Baron, Casamayor, Catumeanu, Differdange, Grandguillot, Husson.

71. Leloir, Rabé, Anghelesco, Flandrin, Levis, Thomas (Jean), Claverie, Nordmann, Baraduc, Condamy.

81. Demantké, Finet, Monbouyran, Radiguet, Mlle Kohan, Malbec, Gervais de Rouville, Lévi (Léopold), Meunier, Aschkinazi.

91. Baldet, Boudeau, Bruyère, Chantier, Grosjean, Guérineau, Guillemot, Letorey, Millet (Charles), Chastanet.

101. Delamare, Etchepare, Gibert, Plantier, Robineau (Albert), Hermary, Villatte de Penfeilhoux, Baruk, Guillemin, Mlle Leclerc.

111. Angerant, Gellé, Piaget, Renard, Théry, Zuber, Staïcovits, Delansorne, Dolbeau, Farabeuf.

121. Poux, Prévost (Charles-Auguste), Vanverts, Bartoli, Carnot, Charnaux, de Combes, Desveaux, Lefilliatre, Lesimple.

131. Meslier, Mourlot, Saint-Martin, Tucker, Wateau, Mlle de Lesly, Foubert, Jacob, Moundlic, Poix.

141. Voronoff, Auguy, Guerlain, Moreau, Gourichon, Boissier, Brunet, Didsbury, Petit (Clément), Plicot.

151. Ravé, Durville, Nogué, Chaillou, Lévy (Samuel), Behr, Cartier, Audrain, Baudré, Berg.

161. Bonamy, Caboche, Delabost, Douriez, Dreyer-Dufer, Fays, Gentilhomme, Jacobson, Oppenot, Pasteau.

171. Roger, Vintrebert (Maurice), Comle, Mlle Gorvitz, Hamant, Monteiro, Page, Auclair, Bournhonet, Lavergne.

181. Sabatier, Mlle Zlotowska, Villière, Bouchacourt, Corbière, Gesland, Lefèvre, Le Juge de Segrais, Magdelaine, Lemaricy.

191. Ozanon, Stojanovits, Vintrebert (Paul), Bruneau (Maurice), Fuchs, Keller, Lachouille, Leconte, Lefournier, Leroy.

201. Maggiar, Millienne, Patay, Mme Pelletier, Tanguy, Trastour, Coquet, Cougnot, Delaroche, Fosse.

211. Guérin, Mauger, Riche, Tainturier, Trinité, Meyer, Faure, Herzenberg, Millet (Georges), Petit (René).

221. Beaussenat, Courtey, Laforest, Rouquès, Trenel, Dedieu, Iscovesco, Carrel, Alliot, Bernard.

231. Bigeard, Bobier, Bourgeois, Choisnet, Flammarion, Kaminer, Manesse, Simon, Aubry (Emile), Fialon.

241. Martin (Achille), Thibaud, Bruyer, Monscourt, Paquet, Derome, Cachau, Duchemin, de Marchena, Georgescu-Carpatianu.

251. Céry, Hopenhendler, Lardeux, Partenay, Mlle Scheinziss, Spaletta, Bastard, Delthil, Faitout, Le Masson.

261. Michaëlidès, Altman, Barbier, Bonnet, Joly (Stéphane), Renon, Rémond, Nissim, Mlle Hoeltzel, Kortz.

271. Luton, Iliesco, Combalat, Dos Santos, Markovitch, Brin, Clamouse, Lucas, Mlle Pasternak, Vassal.

281. Lagnoux, Wolf, Manheimer, Béal, Peyré, Jay, Djélalian, de Fayard, Changeux, Diniz.

291. Gillé, Pecker, Potelet, Vernhes, Golesceanu, Tonnelier, Foucart, Darzens, Larroux, Dufour.

301. Bergeron, Bouquet, Cosmabey, Hugonnet, Chaumier, Chevillot, Gay (Joseph), Mory, Martin (Jean), Prévost (René).

311. Rosenblat, Durrieux, Gerson, Gotchaux, Hulmann, Barbellion, Lenief, Lévy (Henri), Mangery, Carra.

321. Poirson, Ratignié, Barbary, Fontoynont, Delbecque, Hardiviller, Schtein, Guay (Charles), Sicard, Bacquelin.

331. Debains, Pinesse, Souesme, Thomas (Joseph), Contrastin, Paté, Derrien, Monsarrat, Durand, Sifflet.

341. Virey, Normand, Grasset, Rosenbaum, Lauzeral, Marie (Auguste), Tisserand, Pachabezian, Aubry (Justin), Chateney.

351. Van Bergen, Vic, Cuneo, Sebilleau, Grunberg, Ghazarossian, Harlez, Lesné, Angot, Relle.

361. Vanderhaghen, Balli, Hagopow, Laffaille, Pressat, Delisle, Gayman, Girard, Vié, Mme Pommert.

— Par décision ministérielle, en date du 16 janvier 1891, M. Strauss, médecin-major de première classe, est nommé membre de la section technique de santé.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Chatinière est chargé des fonctions d'aide d'anatomie.

M. Vire est nommé aide d'anatomie.

M. Bosc est nommé aide d'histologie.

M. Metze est nommé aide de physiologie.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Aslanian, Lop, Zuccarelli, Rathelot, Lartail et Sepet.

Externes : MM. Isoard, André, Tousten, Bouisson, Chini, Dabo, Jacquemet, Arréat et Gouin.

— M. le professeur Peter, remis de son indisposition, reprendra ses leçons, à l'hôpital Necker, le mercredi 28 janvier, à dix heures. La première leçon sera consacrée à l'étude des effets de la *toxine de Koch.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

16

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

30

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

Sources : *Grande-Grille*, Maladies du Foie de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

45

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

23

VIN DU DOCTEUR A. REVIL

Hématogène phosphaté.

CORDIAL DES HÔPITAUX AU QUINQUINA

Phosphate de chaux monobasique et Coca.

Ce vin, très agréable au goût et supporté par tous les estomacs, est le meilleur des toniques, stimulants et reconstituants.

Dépôt : Darasse frères et Landrin, 21, rue Simon-le-Franc, Paris. — Détail : Toutes phies.

22

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

93

PERLES DE GAÏACOL

DU Dr CLERTAN

Il peut être avantageux, dans certains cas, de remplacer la créosote par le *Gaïacol*, qui la constitue dans la proportion de 60 à 90 p. 100. On a ainsi un agent défini et, de plus, doué d'une odeur aromatique agréable. Les résultats obtenus sont les mêmes que ceux que donne la créosote. Le *Gaïacol* convient particulièrement aux phthisies lentes qui exigent un traitement de longue durée.

Chaque perle de gaïacol du Dr Clertan contient cinq centigr. de gaïacol, en solution dans l'huile de faîne.

Dose : 3 à 4 par jour. *Prix* : **2** fr. **50** *le flacon.*

Maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris.

33

VARICES, HÉMORRHOÏDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Elle a pour *adjuvant indispensable* ds le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais à l'Hamamelis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**

Dépôt : Phie Logeais, av. Marceau, et ttes phies.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

38

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut nos **1, 2, 3, 4, 1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris, Collin et Cie, 49 r de Maubeuge. (Éch. fo).

23

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

Exiger la source du **Pavillon.**

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

22

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

101

SPA POUHON PIERRE-LE-GRAND

Source communale, la meilleure eau ferrugineuse connue depuis des siècles. — *Exiger le sceau de la Ville.* — En vente dans toutes les Pharmacies.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie Champigny, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

56

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). DéptPhie Cie Fg Montmartre, Paris.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. Gros : Dufilho, à St-Cloud.

Nº 13. — JEUDI 29 JANVIER 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 29 JANVIER 1891. — Nº 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Clinique nationale des Quinze-Vingts. Diagnostic précoce des cardiopathies par l'examen ophthalmoscopique. — Thérapeutique. Un nouveau mode d'emploi de l'antipyrine. — Académie de Médecine. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le discours de M. Le Fort contre la vaccine obligatoire continue à être l'objet de critiques sévères et de vives réfutations. S'il était une question sur laquelle on pût espérer voir un accord unanime parmi les médecins, c'était bien celle d'une loi sur l'obligation de la vaccine. M. Le Fort en a jugé autrement et son opposition, en raison même de l'autorité qui s'attache à son nom, nous a causé une pénible impression. Nous avons pu constater que c'était d'ailleurs le sentiment général, et le succès même des critiques de MM. Hervieux et Brouardel n'a fait que l'accentuer. On verra plus loin avec quelle conscience M. Hervieux a réfuté chacun des arguments de M. Le Fort, et a rétabli la supériorité de la vaccine obligatoire sur l'isolement, comme mesure prophylactique. Quant à M. Brouardel, il a fait justice du fantôme des dangers de l'inoculation vaccinale, bien malheureusement invoqué par M. Le Fort, et du prétendu attentat à la liberté. Il est hors de doute, pour nous, que M. Le Fort est et restera seul de son avis, à l'Académie. Malheureusement la ligue des antivaccinateurs, si jamais il s'en forme en France comme en Angleterre, pourra s'autoriser de son nom.

Le procès du traitement de l'endométrite par les flèches au chlorure de zinc s'est terminé à l'Académie, comme à la Société de chirurgie, par une condamnation, malgré une nouvelle plaidoirie de l'un de ses avocats, M. Polaillon. M. Le Dentu, rapporteur d'un travail, communiqué par M. Para (de la Ferté-Alais), sur les avantages du curettage, a comparé les deux méthodes et s'est montré un juge sévère, mais juste à notre avis, en proclamant dangereuse la méthode des cautérisations au chlorure de zinc. Un fait cité par M. Budin, un autre rappelé par M. Le Dentu lui-même et observé par M. Ricard et bien d'autres encore, ne peuvent laisser aucun doute sur le bien fondé du jugement porté par le jeune professeur de clinique chirurgicale.

M. Guéniot a présenté une pièce anatomique intéressante : une énorme hypertrophie du foie compliquée de deux kystes séreux, d'hypertrophie rénale et de malformations diverses chez un fœtus à terme, né de parents consanguins, d'un père absinthique, et conçu dans l'ivresse.

Nous signalerons aussi un rapport de M. Ollivier sur un travail de M. Chaumier (de Tours), relatif aux tumeurs adénoïdes du pharynx chez les enfants.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Nocard sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire. La liste de présentation est fixée ainsi qu'il suit : 1° M. Weber, 2° M. Raillet, 3° M. Barier, 4° *ex æquo* MM. Benjamin, Kauffmann et Mégnin.

CLINIQUE NATIONALE DES QUINZE-VINGTS

M. Valude.

Diagnostic précoce des cardiopathies par l'examen ophthalmoscopique.

On sait depuis longtemps que les altérations de l'appareil cardio-vasculaire, lésions cardiaques ou athérome généralisé, entraînent assez souvent la production d'hémorrhagies dans l'épaisseur de la rétine et suivant le trajet des vaisseaux qui irriguent cette membrane; c'est la rétinite hémorrhagique bien connue des cardiaques et des albuminuriques.

Dernièrement, M. Kœnig, dans sa thèse inaugurale (Paris, 1890), a donné une bonne étude d'ensemble des faits de cet ordre.

Ce qui est moins connu et ce qui n'est point énoncé dans la plupart des travaux qui ont paru sur la matière, c'est ce fait que ces hémorrhagies rétiniennes peuvent être observées avant toute autre manifestation de l'affection cardio-vasculaire, et partant, peuvent, pour un observateur attentif et prévenu, servir à reconnaître préventivement la lésion primordiale. Inutile d'insister sur l'intérêt qui est attaché à cette constatation précoce au point de vue de la thérapeutique prophylactique.

Mais nous avons eu la bonne fortune d'observer plusieurs faits de ce genre, dont l'énoncé succinct suffit à établir le bien fondé de notre proposition, et d'une manière qui se passe de commentaires ; les voici :

M. D..., âgé de soixante-cinq ans, de bonne santé apparente, bien qu'un peu fatigué par des excès divers, m'est adressé pour un trouble visuel de l'œil droit.

Je constate l'existence d'hémorrhagies en nappe, multiples, de

la région maculaire de l'œil droit; l'œil gauche est entièrement sain.

Les urines examinées à plusieurs reprises n'ont rien présenté d'anomal.

M. D... n'éprouve point de palpitations; l'auscultation cardiaque ne me révèle rien et ses artères ne me semblent point durcies. Néanmoins, me défiant de ma propre oreille et faisant de fortes réserves à l'égard d'un trouble cardiaque possible, j'engage M. D... à se faire examiner sérieusement du côté des organes de la circulation.

Quelques jours après, la réponse à ma question m'était apportée; il n'avait été constaté rien d'appréciable du côté du cœur.

Guidé par l'existence des hémorrhagies que rien n'expliquait en dehors d'une lésion cardiaque latente, je n'en présageai pas moins une affection du cœur imminente. L'événement ne tarda point à me donner raison; M. D... revint quelques mois après, avec une insuffisance mitrale très nette qui, aujourd'hui, s'est notablement accusée.

Tout à fait analogue est l'histoire de Mlle J..., qui appartient également à ma clientèle particulière et dont je suis l'évolution depuis plus d'une année :

Mlle J..., âgée de quarante-cinq ans, est atteinte d'hémorrhagies multiples et en nappe, situées à la périphérie de l'œil gauche; il n'y a rien à l'œil droit.

La santé générale est bonne et, s'il existe des palpitations, elles sont mises au compte d'un tempérament plutôt nerveux. Les urines sont normales.

L'existence des hémorrhagies rétiniennes et leur nature d'hémorrhagies en nappe me poussent à demander au médecin de Mlle J... un examen complet des organes de la circulation. L'auscultation donne alors un résultat négatif et le médecin convaincu, comme devant, de la nature nerveuse des palpitations, émet l'avis de reprendre la médication bromurée.

Je maintins toutefois mon pronostic et, à quelques temps de là, une nouvelle auscultation révélait l'existence d'un souffle mitral qui n'existait certainement pas lors de la première exploration et qui, depuis, s'est maintenu en s'augmentant plutôt que de diminuer.

A côté de ces deux observations dans lesquelles nous avons pu prévoir et annoncer la lésion cardiaque future, voici deux autres faits dans lesquels l'athérome artériel, l'artério-sclérose, fût resté méconnu sans l'accident hémorrhagique survenu à la rétine.

Mme F..., âgée de soixante ans, présente à l'œil droit des hémorrhagies rétiniennes en nappe au pourtour de la papille et des plaques blanches de dégénérescence graisseuse au niveau et à la périphérie de la macula.

La malade souffre d'étourdissements et de maux de tête; ses urines sont normales.

L'examen de l'appareil cardio-vasculaire ne dénonce rien; il n'y a pas de palpitations, pas de souffle au cœur. Toutefois, le pouls dur et inégal accuse une tension exagérée du courant sanguin et un état athéromateux des parois vasculaires. Mais la santé de Mme F... était d'apparence fort satisfaisante et l'artério-sclérose que nous avons ainsi mise à jour ne lui avait donné encore aucun sujet d'inquiétude et serait restée parfaitement méconnue, sans l'examen oculaire qui devint l'occasion d'une exploration spéciale de l'appareil circulatoire.

Tout récemment, enfin, nous avons observé encore un fait du même genre.

M. A..., âgé de cinquante-neuf ans, et d'apparence très robuste, se présente à notre consultation des Quinze-Vingts, porteur d'une névrite hémorrhagique de l'œil gauche; il existe aussi de ce côté des plaques blanches régressives, disséminées, et nombreuses surtout au niveau de la macula.

A nos questions, le malade répond qu'il jouit d'une santé excellente et, de fait, nous ne pouvons rien constater du côté du cœur; l'examen des urines est négatif.

Mal outillé pour une exploration délicate de l'appareil cardio-vasculaire, nous avons recours alors à l'obligeante intervention de M. Rendu, qui nous répond en ces quelques mots topiques : « Artério-sclérose; tension exagérée de l'arbre artériel; accentuation du deuxième bruit aortique; candidat à la néphrite interstitielle. »

Et chez ce malade qui se confiait aux apparences d'une robuste santé, nous avons ainsi été conduit, par le fait de notre constatation ophthalmoscopique, à prescrire un régime, sévère en somme, et approprié à l'équilibre instable de son économie.

En résumé, les hémorrhagies de la rétine, et surtout les hémorrhagies en nappe qui, par ce caractère, doivent être comprises comme des effusions sanguines déjà abondantes, en dehors des altérations dyscrasiques du sang, sont le témoignage, soit d'un excès de tension dans l'arbre circulatoire, soit d'une altération des parois vasculaires; parfois les deux causes concourent à la rupture des ramuscules rétiniens et à la production des nappes hémorrhagiques.

Ces hémorrhagies de la rétine, qui se rencontrent habituellement en compagnie d'autres symptômes découlant de la maladie principale, peuvent parfois en être les premiers indices. Nous espérons avoir démontré, par nos observations, qu'ils en doivent être les indices révélateurs.

Eclatant au milieu d'un état de santé satisfaisant, l'amblyopie causée par l'apoplexie rétinienne, en conduisant le malade chez l'ophthalmologiste, devra entraîner ce dernier à démêler l'origine réelle des accidents, à pronostiquer la lésion cardiaque, si elle n'est pas encore produite, et à dénoncer l'altération vasculaire, si celle-ci ne s'est pas encore suffisamment affirmée par d'autres symptômes morbides.

Lors donc qu'on se trouvera en présence d'une apoplexie rétinienne, et que l'examen du sang et des urines n'aura pas donné la clef du problème, il faudra s'attacher, avec un soin minutieux, à découvrir, dans l'appareil cardio-vasculaire, la lésion originelle capable de devenir la cause de semblables accidents.

Et s'il n'existe pas d'athérome vasculaire appréciable, on pourra presque à coup sûr prévoir et annoncer l'établissement d'une lésion cardiaque encore réduite à des troubles fonctionnels dans la tension du courant sanguin.

Nos deux premières observations sont la preuve qu'une pareille prévision n'offre rien de trop hypothétique, et l'intérêt d'un semblable pronostic, au point de vue thérapeutique, ne peut être discuté.

Les hémorrhagies rétiniennes, qui s'observent chez les malades atteints d'artério-sclérose, offrent encore un autre point de pronostic très important à connaître et à réserver, bien qu'il soit exclusivement ophthalmologique; nous voulons parler de la redoutable complication qui a nom « le glaucome hémorrhagique » et qui peut aller jusqu'à conduire à l'énucléation du globe oculaire atteint.

En présence d'un œil atteint d'hémorrhagies rétiniennes, il est possible, à certains indices, de reconnaître l'imminence de cette complication; on tentera dès lors de la combattre avec l'énergie la plus grande.

Si, conjointement aux hémorrhagies de la rétine, le globe oculaire semble avoir perdu sa souplesse et son élasticité, si l'iris reste paresseux à la lumière, si, plus encore, le

corps vitré apparaît quelque peu nébuleux, on devra exprimer, à l'égard d'un œil ainsi menacé, les craintes les plus vives, même si l'œil n'a jamais souffert antérieurement d'attaque de glaucome, et bien que la papille optique ne présente point, en ces cas-là, d'excavation.

Il m'est arrivé de prévoir ainsi, à quelques semaines de distance, l'apparition d'une attaque de glaucome hémorrhagique; dans des cas plus heureux, on pourra l'empêcher.

Il s'agissait d'une malade âgée de soixante-douze ans, atteinte d'une artério-sclérose déjà ancienne et soumise à des poussées fréquentes de rhumatisme. Cette malade se présenta à mon examen pour une rétinite hémorrhagique de l'œil gauche; mais les hémorrhagies étaient tellement abondantes, que la rétine s'en montrait entièrement couverte, mais l'œil était quelque peu dur, la pupille ovale et paresseuse; enfin les milieux de l'œil étaient troublés. Je pronostiquai un glaucome hémorrhagique à brève échéance, et malgré un traitement énergique, la poussée glaucomateuse eut lieu peu de semaines après.

Si nous avons cité cette observation à côté des autres, c'est pour montrer ce qu'il peut y avoir à démêler dans un diagnostic d'apoplexie de la rétine et combien ici la question du pronostic peut prendre d'importance, étant double : pronostic d'un état général important à reconnaître; pronostic d'un état local qui peut devenir d'une gravité extrême.

THÉRAPEUTIQUE

Un nouveau mode d'emploi de l'antipyrine

Par M. le docteur Hicks.

La question du mode d'emploi des médicaments est une de celles qui devraient, au plus juste titre, préoccuper le médecin praticien.

Beaucoup de substances actives voient leur usage restreint dans des proportions regrettables, en raison des difficultés que présente leur administration aux malades. Les unes sont insolubles et ne peuvent être données qu'en cachets, forme médicamenteuse qui n'est pas acceptée par tous les sujets, les enfants par exemple. D'autres, introduites dans des potions, sont douées d'une saveur telle que le dégoût naît rapidement pour l'estomac toujours plus ou moins délicat du patient. D'autres, enfin, et ceci constitue le cas de beaucoup le plus embarrassant pour le praticien, tout en étant solubles et faciles à ingérer en apparence, provoquent, une fois introduites dans le tube digestif, des nausées, des vomissements, des vertiges d'origine gastrique, qui forcent trop souvent le médecin à priver son malade du bénéfice d'un médicament héroïque. On peut donc dire que tout progrès accompli dans le sens d'une plus facile administration d'un médicament important, constitue une acquisition thérapeutique d'une réelle valeur.

Parmi les médicaments auxquels nous venons de faire allusion, se trouve l'antipyrine.

Nul ne contestera, aujourd'hui, la place que l'antipyrine a conquise en thérapeutique. Inutile, par conséquent, de rappeler ici les services qu'elle rend chaque jour dans le traitement des migraines essentielles, des névralgies, du mal de mer, de la fièvre avec hyperthermie, de la chorée, de l'ataxie, etc. Il est peu de médicaments dont l'emploi se soit plus rapidement généralisé. On peut, en effet, affirmer que cette substance, découverte depuis cinq ans à peine, se trouve aujourd'hui dans toutes les familles. C'est qu'elle convient non seulement à ce que nous pourrions appeler la thérapeutique du médecin, celle des cas qui appellent l'intervention de l'homme de l'art, mais encore à la médication journalière, à la thérapeutique de ménage, celle de la migraine, celle du mal de mer, par exemple.

Or, l'antipyrine fait malheureusement partie de ces médicaments héroïques, inévitables, pour ainsi dire, contre lesquels l'estomac de beaucoup de malades oppose une résistance fâcheuse. Bien souvent, en effet, le migraineux, et surtout la migraineuse, qui absorbe de l'antipyrine pour soulager son mal, voit l'état nauséeux qui accompagne fréquemment la migraine, s'exagérer encore, et l'estomac rebelle rejeter avant l'heure du soulagement le médicament qui l'eût soulagé. Dans le mal de mer, c'est pis encore, et il n'est rien d'aussi pénible pour le praticien que de se trouver ainsi les mains liées par une question de détail, en apparence du moins, alors que la théorie et l'expérience indiquent que le médicament prescrit est bien le seul qui puisse sauver la situation.

Si l'antipyrine pouvait être dépouillée de son action nauséeuse, il n'y aurait certes pas d'agent thérapeutique qui puisse lui être comparé pour faire cesser le mal contre lequel tout a échoué jusqu'ici, le mal de mer. Tous ceux qui en ont fait usage dans ces conditions, et qui étaient doués d'un estomac pouvant la supporter en temps ordinaire, sont là pour l'affirmer.

C'est avec plaisir que nous enregistrons aujourd'hui un progrès réel accompli dans ce sens, progrès grâce auquel l'emploi d'un médicament à indications déjà si multiples, ne manquera pas de se généraliser encore davantage. Ce progrès consiste à associer à l'antipyrine une substance dont l'action antigastralgique et antiémétique est bien connue, l'acide carbonique.

M. Dujardin-Beaumetz, un des premiers, a conseillé de faire dissoudre l'antipyrine dans de l'eau de Seltz. Mais il y a mieux à faire encore, car lors même que l'eau impure employée à la préparation des siphons du commerce, ne serait pas proscrite depuis longtemps du régime des malades par une bonne hygiène, cela fait, en somme, une complication de plus, puisque, outre l'antipyrine, il faut encore, au moment de l'emploi, se procurer le siphon.

C'est ici qu'un petit artifice pharmaceutique, déjà employé avec succès dans d'autres circonstances, est venu trouver sa place. On sait, en effet, que pour administrer la lithine, le mode d'emploi le plus commode consiste à l'associer au bi-carbonate de soude et à l'acide tartrique, de façon à obtenir un mélange capable de dégager, dès son contact avec l'eau, de l'acide carbonique faisant effervescence. Dans ces conditions, l'antidote est absorbé en même temps que la substance suspecte, et les douleurs gastralgiques, ainsi que les vomissements, se trouvent conjurés à l'avance. Ce procédé, mis en pratique d'abord par M. Ch. Le Perdriel, a été appliqué depuis à une foule d'autres médicaments d'ingestion délicate, dont il a facilité grandement l'emploi courant en thérapeutique.

La méthode était dès lors tout indiquée pour trouver le moyen de rendre l'antipyrine acceptable pour tous les estomacs. Il a, en effet, suffi de mettre l'antipyrine sous forme de *sel granulé*, comme on l'avait fait pour les sels de lithine, les sels de magnésie, etc., — pour obtenir un produit laissant au médicament toute sa puissance d'action, tout en lui facilitant, pour ainsi dire, l'accès du malade.

La forme de sel granulé effervescent est donc de beaucoup celle qui convient le mieux aujourd'hui à l'emploi de l'antipyrine. A cet état elle ne provoque plus ni nausées, ni vomissements, ni vertiges. Les enfants eux-mêmes peuvent l'ingérer ainsi avec la plus grande facilité. Sur mer, elle peut, dans ces conditions, rendre les services immenses auxquels elle est destinée, sans voir son action contrariée par aucune résistance de la part de l'estomac.

Ajoutons que cette forme est de beaucoup la plus commode sous laquelle on puisse prendre un médicament que bien des personnes sont obligées d'avoir toujours sur elles. Il suffit, en effet, de mettre dans un peu d'eau la dose nécessaire, pour que la dissolution avec effervescence se produise immédiatement et pour que le médicament puisse être aussitôt ingéré sans présenter même de saveur sensible.

C'est donc à titre de progrès très réel, obtenu dans l'emploi

d'une des substances les plus indispensables à la thérapeutique actuelle, que nous signalons aux praticiens le nouveau mode d'administration de l'antipyrine mis en pratique par M. Le Perdriel.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une note de M. Maurin (de Marseille) sur la diphthérie;

2° Un travail de M. Bitterlin (de Baume) ayant pour titre : « Constitution médicale de la grippe; petite épidémie de fièvre typhoïde à Baume et dans les environs. »

RAPPORTS

Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants. — **M. OLLIVIER** fait un rapport sur un travail de M. Chaumier (de Tours) sur ce sujet. (Voy. *Gazette de hôpitaux*, 1890, p. 287.)

Sept cas d'endométrite traités, avec succès, par le curettage combiné à l'écouvillonage ou associé à d'autres opérations. — **M. LE DENTU** fait un rapport sur ce sujet. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, pp. 1075 et 1102.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Malformations fœtales. — **M. GUÉNIOT** montre un fœtus arrivé à terme, qui a été extrait avec les plus grandes difficultés en raison de son énorme volume. Ce fœtus présente plusieurs malformations : il est anencéphale; ses organes génitaux externes sont incomplètement développés: il a six doigts à chaque main et à chaque pied, etc. En ouvrant la cavité abdominale, on la trouve remplie par un foie énorme et présentant deux kystes séreux. Les reins sont également très volumineux.

La mère a eu sept enfants. Elle a épousé son neveu, qui est un dypsomane et un absinthique. La conception de ce dernier a eu lieu le père étant en état d'ivresse. Ces divers renseignements : consanguinité, absinthisme du père, conception dans l'ivresse, peuvent offrir un certain intérêt au point de vue de l'affection congénitale du foie de ce fœtus.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA VACCINE OBLIGATOIRE

M. HERVIEUX achève la lecture du discours qu'il a commencé dans la dernière séance. En voici le résumé :

M. Hervieux croit pouvoir ainsi résumer le discours de M. Le Fort : L'obligation légale est impuissante à modifier la mortalité variolique; au lieu de l'amoindrir, elle l'aggrave par les résistances qu'elle provoque; l'isolement est le remède par excellence aux envahissements du fléau; la vaccine, les vaccinations et les revaccinations sont reléguées au dernier plan comme moyen prophylactique. M. Hervieux examine successivement chacun de ces trois points :

1° *L'obligation.* — Des statistiques présentées par MM. Proust et Brouardel il n'en retient qu'une, d'abord parce que son authenticité est indiscutable, et ensuite parce qu'elle suffira à la démonstration du fait qu'il veut établir. Il s'agit de la statistique relative à la mortalité variolique dans l'armée française.

Tous les ministres de la Guerre, depuis 1848, ont insisté sur la nécessité de vacciner et de revacciner tous les militaires nouvellement appelés. Mais les prescriptions ministérielles étaient restées à peu près lettre morte à cause de l'insuffisance des sources du vaccin. La note ministérielle du 1er mars 1876, en prescrivant les mesures indispensables, pour que le nombre des vaccinifères fût mis en rapport avec le chiffre des inoculations à pratiquer, amena une modification sensible dans la mortalité variolique. De 1876 à 1880, le nombre des morts par variole n'a été que de 430 sur un effectif de 3622659 hommes. De 1880 à 1885, grâce à des mesures encore plus rigoureuses, la mortalité s'abaisse progressivement jusqu'à descendre à 6 unités. Elle est remontée à 16, en 1886, et à 18, en 1888; et, si elle n'a pas disparu, comme en Allemagne, cela tient au contact permanent des civils avec les militaires, c'est-à-dire à l'absence des vaccinations et des revaccinations dans la population civile.

Cette diminution progressive dans la mortalité variolique sous l'influence des vaccinations et des revaccinations dans l'armée française, constitue une démonstration lumineuse de l'efficacité du principe de l'obligation. Si les inoculations ont produit ces résultats, c'est uniquement parce que, étant obligatoires, elles ont été exécutées, sans aucune exception, sur tous les soldats nouvellement appelés.

M. Le Fort a cherché à prouver que le principe de l'obligation était étranger aux magnifiques résultats obtenus par la Prusse, en ce qui concerne la mortalité variolique dans la population civile comme dans l'armée. Les graphiques si saisissants publiés par l'office sanitaire impérial allemand n'offriraient qu'un mirage trompeur.

En Angleterre, où la mortalité variolique a été une fois et demie celle de la Prusse, parce que la vaccination seule est obligatoire, et la revaccination facultative, l'obligation n'aurait pas été seulement impuissante, mais encore funeste en aggravant la mortalité.

M. Le Fort a méconnu : 1° que, grâce à la vaccine obligatoire, le problème de l'extinction était aujourd'hui résolu; 2° que, grâce à la vaccine obligatoire, l'expérience était faite dans notre armée, et, qu'étant faite dans notre armée, elle peut se faire et se fera dans la population civile; 3° que, grâce à la vaccine obligatoire, pour la population civile comme pour l'armée, l'expérience est faite à nos portes, sur une immense échelle, et dans un empire de 40 millions d'hommes; 4° que, grâce à la vaccine obligatoire, ce qui est possible à l'Allemagne (soit dit sans chauvinisme) est et sera toujours possible à la France.

En répudiant l'obligation et, par suite, les revaccinations qui ne seront jamais sérieusement applicables sans l'obligation, M. Le Fort ne s'est pas aperçu qu'il nous reportait à quatre-vingts ans en arrière, c'est-à-dire, à l'année 1809, au cours de laquelle le comité central de vaccine, par l'organe de son secrétaire, M. Husson, déclarait, pour la première fois, que le problème de l'extinction de la variole était résolu.

M. Hervieux rappelle qu'on croyait alors à la pérennité de l'action prophylactique de la vaccine, et qu'on ne se péoccupait que des moyens de multiplier les ressources vaccinales. On ne se défiait, ni des défaillances possibles de la vaccine, ni de la résistance passive de certaines parties de la population. Il rappelle tous les efforts que l'on fit, en vain, pour la propager, et, malgré tous ces efforts, la terrible épidémie qui, de 1824 à 1826, désola, sur une grande étendue, le territoire français. Dans onze départements seulement il y eut en chiffres ronds 36000 sujets atteints et 7000 décès.

Cela montre l'impuissance de la vaccine à supprimer la variole, lorsqu'elle ne s'appuie pas sur ces principes tutélaires, l'obligation et les revaccinations. Il y a deux sortes de préservation vaccinale : l'une individuelle, l'autre sociale. La préservation individuelle n'a pour but que l'intérêt d'un seul; la préservation sociale vise l'intérêt de tous; elle s'applique à défendre les collectivités contre les individualités imprudentes, oublieuses de leurs propres intérêts, et susceptibles de contagionner tout ce qui les entoure. Une telle tâche ne saurait être abandonnée au bon plaisir de chacun; elle est l'apanage de l'État, mais de l'État armé d'une loi.

En supprimant l'obligation et, par suite, les revaccinations qui ne se conçoivent ni sérieuses, ni efficaces sans l'obligation, M. Le Fort porterait, s'il réussissait dans sa regrettable tentative, un coup funeste à la préservation nationale, il reculerait indéfiniment peut-être l'époque où l'extinction de la variole pourrait devenir une vérité

2° *L'isolement.* — M. Hervieux se défend bien de faire le proc è

à l'isolement. Il rappelle les efforts faits depuis 1864 par la Société médicale des hôpitaux pour obtenir cette mesure d'hygiène, ce qui a été obtenu, les salles d'isolement, les hôpitaux spéciaux, etc. M. Le Fort n'a pas manqué d'insister sur les heureux effets de ces mesures et, suivant lui, l'isolement produirait en moitié moins de temps d'aussi bons résultats que la vaccine obligatoire.

En Prusse, il montre les mesures rigoureuses d'isolement édictées par l'ordonnance de 1835, jointes aux facilités très grandes apportées à la vaccination, faisant tomber la mortalité variolique. En Angleterre, il attribue à la loi de 1855, qui prescrit la vaccine obligatoire, la diminution notable observée dans le chiffre des vaccinations et une augmentation dans celui de la mortalité variolique.

Il résulterait de ces exemples au dire de M. Le Fort, d'une part, qu'une loi sur la vaccine obligatoire peut, par les résistances qu'elle provoque, élever le chiffre des varioleux et, d'autre part, que, si la vaccine a une valeur prophylactique incontestable, ses effets ne sauraient être comparés aux résultats inouïs que peut amener l'isolement réel, effectif, sérieux, des malades atteints de variole.

L'isolement, reprend M. Hervieux, n'agit que sur les épidémies développées ou en voie de développement; la vaccine, secondée par l'obligation s'oppose à l'éclosion de l'épidémie en détruisant au moins temporairement l'aptitude à contracter la variole. La vaccine, par son action réellement préventive, a supprimé la variole en Allemagne ; l'isolement n'aurait pu y réussir, puisque pour exercer son action, il lui faut attendre les manifestations varioliques. Dans la hiérarchie des moyens propres à combattre le fléau variolique, la vaccine est le premier en date, en action et en puissance; l'isolement n'est qu'un auxiliaire précieux. La vaccine pour détruire la variole peut se passer de l'isolement; celui-ci ne peut se passer de la vaccine dont il est appelé à compléter l'œuvre.

Sans méconnaître aucun des avantages de l'isolement, nous devons toutes nos préférences à la vaccine obligatoire.

3° *Vaccine, vaccinations et revaccinations.* — M. Hervieux rappelle que dans le cours de son argumentation contre l'obligation, M. Le Fort n'a cessé de protester de son attachement à la vaccine et de la haute estime en laquelle il tient sa puissance préservatrice, ce qui ne l'empêche pas de la considérer comme très inférieure à l'isolement et d'attribuer à ce dernier, beaucoup plus qu'à l'obligation de la vaccine, les résultats obtenus en Allemagne.

A priori, il paraît, à M. Hervieux, inadmissible que, dans les différentes épidémies citées par M. Le Fort, l'isolement ait à lui seul produit les résultats obtenus, alors que la vaccine obligatoire, qui agissait simultanément, restait impuissante et de nul effet.

M. Hervieux arrive ensuite à la question de l'organisation de la vaccine, telle que l'a proposée M. Le Fort.

A la vaccine facultative M. Hervieux ne fait qu'une objection, c'est qu'elle nous a valu l'effroyable épidémie de 1870 et la perte de 23400 combattants, alors que, sur plus d'un million d'hommes, 459 seulement succombaient au même mal du côté de nos ennemis.

M. Le Fort conseille encore d'agir par persuasion et de prêcher d'exemple. A cela M. Hervieux répond en rappelant que l'enthousiasme et l'entraînement général qu'on vit depuis l'introduction de la vaccine en France, jusqu'en 1824, n'en aboutit pas moins à la cruelle épidémie de 1824 à 1826.

Organisez le service de la vaccine de manière à multiplier les ressources vaccinales et à rendre les vaccinations gratuites, a dit encore M. Le Fort; s'il est vrai que nos ressources vaccinales ne sont pas encore ce qu'elles devraient être et ce qu'elles pourraient être, néanmoins elles sont beaucoup plus considérables que ne paraît le croire M. Le Fort. M. Hervieux fait connaître ce qui existe, à ce sujet, à Paris et dans les grandes villes.

Il montre qu'avec les ressources vaccinales dont on dispose, il serait facile aux municipalités d'établir la gratuité des vaccinations. L'organisation complète de la vaccine, en France, ne saurait donc être un obstacle sérieux à l'application d'une loi sur la vaccine obligatoire.

L'isolement serait, dans le système de M. Le Fort, la pierre angulaire de l'édifice, l'agent prophylactique par excellence, c'est lui qui remplacerait la vaccine obligatoire, c'est sur lui que notre collègue compterait pour résoudre complètement le problème de l'extinction de la variole. Mais l'isolement n'est pas un agent prophylactique proprement dit, c'est une puissance de second ordre.

Si, d'une autre part, on tient compte de toutes les difficultés que présente un isolement réel et sérieux, on comprendra qu'on ne puisse pas faire un grand fonds sur une prophylaxie de ce genre.

Il ne faut pas penser davantage à la création d'hôpitaux de varioleux dans les principales villes de France, une charge aussi lourde ne pouvant être, de longtemps, supportée par le budget. Restent les mesures de séquestration dans les habitations privées. Ces mesures, éminemment vexatoires et dispendieuses, ne seront acceptées avec résignation, ni par les ouvriers de nos villes, ni par les habitants de nos campagnes.

M. Le Fort redoute les résistances que pourrait rencontrer l'application d'une loi sur la vaccine obligatoire. M. Hervieux redouterait bien davantage les effets d'une application rigoureuse des mesures d'isolement.

M. Le Fort s'est fait un argument de la facilité avec laquelle la vaccine est acceptée par la population française, pour répudier le principe de l'obligation. La population de nos villes, comme celle des campagnes, n'oppose pas à la vaccine, comme dans nos colonies, une résistance active et systématique, mais une résistance passive, une force d'inertie qui ne sera jamais sérieusement vaincue que par l'obligation. Or, pour obtenir un abaissement progressif de la mortalité variolique et, à plus forte raison, la disparition de la variole, ce n'est pas seulement les vaccinations, dans les premiers mois qui suivent la naissance, dont il faut obtenir l'exécution complète, mais encore les revaccinations, surtout à la période scolaire et à l'époque de l'adolescence. Pour cela, il n'existe qu'un moyen efficace : l'obligation.

M. Hervieux répond à cette objection de M. Le Fort : « Puisque vous avez dans la vaccine une confiance illimitée, disent les antivaccinateurs, faites-vous vacciner, et. si je suis atteint par la variole, vous n'aurez plus rien à redouter de moi. » Les antivaccinateurs savent parfaitement que le vacciné peut, au contact d'un varioleux, contracter une varioloïde, et que celle-ci peut, chez un non vacciné, engendrer une variole légitime. L'objection énoncée n'a donc que l'apparence d'un argument sérieux. Une autre objection est celle du respect dû à la liberté individuelle. « Vous n'avez pas plus le droit d'imposer à ma conscience une doctrine quelconque, s'écrie M. Le Fort, que celui d'inoculer, malgré moi, à mon corps, un virus quel qu'il soit. » Ce droit, nous l'exerçons sur les soldats avec une certaine rigueur depuis soixante ans.

La vaccine obligatoire existe depuis longtemps dans le civil comme dans le militaire, sérieuse dans l'armée, défectueuse et incomplète dans la population civile, et nous, qui que nous soyons, qui recueillons les bénéfices de cette organisation, si imparfaite qu'elle soit, sommes-nous autorisés à nous prévaloir de ce principe quotidiennement violé de la liberté individuelle, pour réclamer, à notre profit, l'affranchissement d'une obligation que nous trouvons bonne et légitime pour les militaires et pour les enfants ?

A l'heure où le public médical tout entier est acquis au principe de l'obligation, à l'heure où la suppression de la variole entraînerait *ipso facto* la suppression d'une cause facilement évitable de dépopulation, n'est-il pas regrettable de voir, dans une enceinte comme celle de l'Académie, se produire des objections à l'adoption d'une loi réclamée par nos plus chers intérêts?

M. BROUARDEL, dans cette discussion, tient à faire ressortir, en premier lieu, les points sur lesquels il est d'accord avec M. Le Fort.

M. Le Fort n'est pas ennemi de la vaccination, il l'a déclaré

hautement. Il a dit que les vaccinés avaient deux chances de moins que les non vaccinés de contracter la variole et vingt-six chances de moins d'en mourir. Il a oublié de nous donner la statistique des revaccinés et, pour une bonne raison, c'est que cette statistique n'existe pas, attendu que les revaccinés n'ont pas la variole.

M. Brouardel est aussi d'accord avec M. Le Fort sur l'utilité de l'isolement et de la désinfection, mais il ne voudrait pas qu'on fît de ces mesures une panacée universelle. Il fait remarquer, d'ailleurs, combien ces mesures seraient difficiles à obtenir dans les petites villes et les campagnes.

En ce qui concerne l'isolement, lorsqu'une épidémie se déclare à la campagne, dans une école par exemple, on licencie celle-ci et les enfants, malades ou non, sont mis en garde chez les parents de ceux qui ont été atteints, parce que ceux-là restent seuls à la maison pour soigner leur malade pendant que les autres vont à la moisson ou à leurs travaux des champs; par conséquent, il n'y a pas à proprement parler d'isolement.

Si l'isolement est peu praticable, la désinfection ne l'est guère davantage. A Paris, lors de la dernière épidémie de choléra, c'est la crainte seule des rigueurs de l'autorité administrative ajoutée à celle de contracter la maladie qui a permis de faire accepter les mesures de désinfection par la population.

M. Le Fort désire qu'on multiplie les vaccinations et qu'on les rende plus faciles, mais comment pourrions-nous compter à cet égard sur la propagande que feront les médecins, alors qu'il y a, en France, 126 cantons et 29000 communes qui n'ont ni médecin, ni officier de santé, ni pharmacien.

Du reste, malgré une active propagande faite par les médecins et le clergé, la ville de Douarnenez a perdu, en 1887 et en 1888, 844 habitants par variole, sur une population de 10923 habitants. Le nombre des morts pour la ville de Douarnenez seule a donc été, pendant chacune de ces années, plus considérable que ceux de l'Angleterre et de l'Allemagne réunis.

M. Le Fort, pour démontrer l'efficacité de l'isolement à l'hôpital d'Aubervilliers, a cité pour Paris des chiffres très rassurants; mais s'il était remonté plus haut, il aurait vu que cet abaissement de la mortalité se produit toujours à la suite des grandes épidémies, celles-ci conférant, pour une dizaine d'années, une certaine immunité à la population. Après la guerre de 1870, pendant laquelle 23000 soldats sont morts de la variole, le nombre des morts a été en diminuant. On peut attribuer aussi l'abaissement de la mortalité, dans ces dernières années, à la campagne ardente qui a été menée à Paris pour vacciner et revacciner.

A Douarnenez, en 1888, il y a eu 422 décès par variole, alors qu'en 1889 on n'en a compté qu'un seul.

On a reproché à la vaccine de causer certains accidents, mais M. Le Fort n'a pu en citer un seul imputable à la vaccination au moyen du vaccin de génisse. Je pense qu'il n'a pas pris pour son compte l'opinion des personnes qui croient que la vaccination peut donner la tuberculose, la fièvre typhoïde, le cancer, etc. S'il en était ainsi, je me réserverais de lui répondre, et l'Académie tout entière lui répondrait avec moi. Je ne veux pas insister aujourd'hui sur ce point, je dirai seulement quelques mots au sujet de la tuberculose. Les antivaccinateurs nous ont reproché de transmettre cette maladie de la génisse au moyen du vaccin.

Or, tous les expérimentateurs qui se sont appliqués à transmettre la tuberculose d'une génisse évidemment tuberculeuse à un animal sain, en se servant pour cela du virus vaccinifère, n'ont jamais pu y parvenir.

En outre, le contraire existât-il, il serait bien facile de se mettre à l'abri de toute contagion en tuant la génisse vaccinifère pour s'assurer qu'elle est complètement indemne de toute lésion tuberculeuse.

M. Le Fort a dit aussi qu'il ne nous reconnaissait pas plus le droit d'imposer une doctrine à sa conscience que d'introduire par force un virus dans son corps. Mais alors, pourquoi nous donne-t-il le droit de séquestration? Il est cependant, à mon avis, beaucoup plus dur d'obliger un malade à mourir loin des siens que de lui inoculer sous la peau un vaccin absolument inoffensif.

M. Le Fort, d'un autre côté, accepte l'obligation de la vaccination dans l'armée, et le droit qu'il accorde ainsi au ministre de la guerre, pourquoi le refuse-t-il au ministre de l'intérieur?

Il y a là tout au moins une singulière contradiction.

« Quant à moi, dit en terminant M. Brouardel, je ne suis pas de ceux qui, sous prétexte d'inscrire sur leur drapeau le mot de liberté, poussent les conséquences de leurs doctrines jusqu'à vouloir repousser toute mesure de contrainte, dût le peuple en mourir. Je trouve au moins singulier qu'on admette l'isolement et la désinfection obligatoires et qu'on s'obstine à considérer comme un attentat à la liberté l'application d'un vaccin que l'on sait et reconnaît innocent. »

M. LABORDE cite, à l'appui de ce que vient de dire M. Brouardel, l'épidémie qui a sévi pendant la guerre de 1870, sur le bataillon des mobiles bretons. Ces hommes, d'une constitution cependant robuste, furent décimés par la maladie parce qu'ils ne s'étaient jamais fait vacciner. Cette négligence tenait surtout à leur ignorance, facteur qu'il ne faut pas négliger lorsqu'on s'occupe d'une pareille question et qui est un argument de plus en faveur de la vaccine obligatoire.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé lundi soir, 26 janvier 1891, par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite :

A. *Internes titulaires.* — 1. Binaud (William), Lepetit, Michon, Potel, Londe, Michel-Dansac, Brodier, Charcot, Cazenave, Durante.

11. Mayet, Phulpin, Levi (Léopold), de Massary, Bouglé, Glantenay, Perrin, Halipré, Bernard (Félix), Jayle.

21. Taurin, Dudefoy, Lebon, Richerolle, Fort, Walch, Donnet, Sée (Marcel), Bracquehaye, Hulot.

31. Collinet (Édouard), Giresse, Malherbe, Damaye, Gervais de Rouville, Magniaux, Bernard (Gustave), Bernardbeig, Manson, Reymond.

41. Harou, Chaillou, Péron, Poussard, Carrel, Bezançon, Finet, Brésard.

B. *Internes provisoires.* — 1. Martin (Albert), Lantzenberg, Daudet, Letoux, Longuet, Danseux, Bodin, Diaz, Jacquinet, Chabory.

11. Guépin, Floersheim, Héan, Meslay, Courtey, Morin, Isidor, Touche, Follet, Riche.

21. Binot (Jean), Trékaki, Bois, Meunier (Henri), Vaudremer, Demantké, Banzet, Levy (Émile), Raffray, Mme Bonnier (née Cherchewsky, Esther).

31. Galpin, Maupâté, Émerit, d'Hotman de Villiers, Fiquet, Fournier, Prieur, Grilhaut des Fontaines, Ozanon, Diriart.

41. Auclair, Navarro, Dutournier (Adrien), Escat (Louis), Condamy, Gellé, Steeg, Mangin-Bocquet, Marmasse, Benoit (Charles).

51. Dauriac, Malbec, Magdelaine, Mège, Duvivier, Morallié.

— Les questions données cette année au concours de l'externat ont été les suivantes :

Anatomie. — Muscles fléchisseurs superficiel et profond des doigts et fléchisseur propre du pouce. — Artère humérale. — Clavicule. — Articulation tibio-tarsienne. — Rapports de l'estomac. — Muscle sterno-cléido-mastoïdien. — Articulation du coude. — Tiers supérieur du fémur. — Artère fémorale. — Muscle psoas iliaque. — Vertèbres dorsales. — Rapports du foie. — Crosse de l'aorte. — Muscles de la région antérieure de la jambe. — Artère axillaire. — Rapports des reins. — Os maxillaire inférieur. — Rapports du poumon. — Rapports du rectum. — Rapports de l'œsophage. — Ligaments de l'articulation du genou.

Pathologie. — De la saignée. — Appareil plâtré pour une fracture de jambe sans plaie. — Symptômes et diagnostic de la rougeole. — De l'entorse. — Des brûlures. — Symptômes de l'ascite, technique de la ponction de l'ascite. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme. — Signes de la pneumonie franche. — Fractures de la clavicule. — Technique de l'autopsie des cavités thoracique et abdominales. — Vaccination contre la variole. — Signes de la pleurésie aiguë. — Fractures de l'extrémité inférieure du péroné. — Symptômes et diagnostic de la scarlatine. — De l'épistaxis. — Anthrax. — De la blennorrhagie aiguë. — Des lavements. — Panaris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 14. — SAMEDI 31 JANVIER 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 31 JANVIER 1891. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. De la cachexie pachydermique, ou myxœdème, par le docteur Georges THIBIERGE, médecin des hôpitaux. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Nouvelles.

REVUE GÉNÉRALE

De la cachexie pachydermique, ou myxœdème.

Par le docteur Georges THIBIERGE,
Médecin des hôpitaux.

Sir William Gull, au mois d'octobre 1873, rapportait à la Société clinique de Londres cinq cas d'une affection non encore décrite, qu'il désignait sous le nom d'*état crétinoïde survenant chez les femmes à l'âge adulte :* l'état d'indifférence des malades, le gonflement de la peau et l'absence d'hypertrophie du corps thyroïde, tels étaient les traits principaux de ce nouvel état morbide.

En 1877, Ord lisait, à la Société médico-chirurgicale de Londres, six observations appartenant à la même affection et, se basant sur les lésions histologiques de la peau constatées dans un de ces cas, proposait le nom de *myxœdème* (œdème muqueux), qui fit fortune et resta, depuis lors, attaché à la maladie, tout au moins en Angleterre.

M. le professeur Charcot avait, depuis plusieurs années, observé quelques cas de ce même état pathologique, tant en France qu'à l'étranger, et comptait en donner la description sous le nom de *cachexie pachydermique*, lorsque parut le mémoire de Ord. M. Ballet (1) publia, en 1880, la première observation française, recueillie dans la clientèle de M. Charcot. Depuis lors, les faits se sont multipliés : Thaon (2) en rapporta bientôt un nouveau et l'année suivante M. Morvan [de Lannilis] (3) qui, depuis 1875, avait eu l'attention attirée sur cette affection, en publiait cinq cas.

Dans tous les faits précédents, il s'agit, ainsi que l'indique le titre du mémoire de sir William Gull, d'un état pathologique survenu chez des sujets adultes. Mais, en même temps que paraissaient les premières observations de M. Ballet et de Thaon, un fait, publié par MM. Bourneville et H. d'Olier (4), montrait un nouvel aspect de la maladie; il s'agissait d'un jeune crétin, de l'hospice de Bicêtre, qui présentait exactement les mêmes symptômes que les malades de Gull et de Ord. Depuis lors, M. Bourneville a consacré une série (1) de publications à l'idiotie myxœdémateuse, dont il a presque à lui seul édifié toute l'histoire.

(1) G. BALLET. *Progrès médical*, juillet 1880, p. 605.
(2) THAON. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, août 1880, p. 615.
(3) MORVAN. *Gazette hebdomadaire*, 1881, pp. 542, 557, 573, 590.
(4) BOURNEVILLE et D'OLIER. *Progrès médical*, 28 août 1880, p. 709.

Entre temps, des observations nouvelles furent publiées en Angleterre et en Amérique, notamment par D. Duckworth et par Hammond; une revue critique de M. Merklen (2), une thèse, faite par M. Ridel-Saillard (3) sous l'inspiration de M. Ballet, vulgarisèrent la connaissance de cette nouvelle maladie, et bientôt la symptomatologie en fut nettement établie.

La clinique à elle seule avait suffi à faire reconnaître l'individualité de cet état morbide; mais les autopsies étaient rares, on n'en connaissait que trois, publiées par Ord (4) et Lloyd (5). Dans ces autopsies, on avait noté la présence, dans différents tissus, d'une matière mucoïde très riche en mucine, ce qui avait permis à Ord de donner un nom à la maladie, mais ce qui n'avançait pas beaucoup son étude pathogénique. Ord avait également signalé, dans une de ces autopsies (celle de 1880), l'atrophie du corps thyroïde, mais sans y attacher une grande importance.

Des données nouvelles ne tardèrent pas à venir éclairer la pathogénie et vinrent d'un côté où, certes, on ne les attendait guère.

La thyroïdectomie était, depuis peu, mise en honneur, les chirurgiens des pays à goître la pratiquaient couramment : un des plus éminents de ces chirurgiens, J. Reverdin [de Genève] (6), avait observé chez plusieurs de ses opérés des symptômes singuliers; il avait vu se développer chez eux, outre des phénomènes nerveux précoces, des œdèmes bizarres survenant un certain temps après l'opération, dont la signification lui échappa d'abord, mais qu'il ne tarda pas (7) à comparer à la cachexie pachydermique et qu'il désigna sous le nom de myxœdème par extirpation de la glande thyroïde ou de myxœdème opératoire. Kocher [de

(1) BOURNEVILLE et BRICON. *Archives de neurologie*, 1886, t. XII, p. 137 et 292; — BOURNEVILLE. *Idem*, 1888, t. XVI, p. 431; 1889, t. XVII, p. 85 et 479; et 1890, p. 217.
(2) MERKLEN. *Annales de dermatologie*, 1881, p. 359.
(3) RIDEL-SAILLARD. *De la cachexie pachydermique (myxœdème des auteurs anglais)*, Thèse de Paris, n° 218, 3 juin 1881.
(4) ORD. *Med.-Chir. Trans.*, t. LXI, 1878, p. 57; — *Trans. of Clin. Soc. London*, 1880, t. XIII, p. 15.
(5) LLOYD. *Trans. of Clin. Soc. London*, 1881, t. XIV, p. 111.
(6) J. REVERDIN. *Revue médicale de la Suisse romande*, octobre 1882, p. 539.
(7) J.-L. et A. REVERDIN. *Idem*, juin 1883, p. 336.

Berne] (1), qui avait observé des accidents semblables, les décrivit peu après la première communication de J. Reverdin, sous le nom de *cachexie strumiprive*; malgré la justesse de cette dénomination, l'interprétation qu'il donnait de ces accidents manquait d'exactitude, car il les attribuait plutôt aux lésions des tissus du cou, pendant l'opération, qu'à la perte des fonctions du corps thyroïde. J. Reverdin, au contraire, avait insisté au début sur ce fait, dont nous aurons à discuter la réalité, que les accidents ne se produisaient qu'à la suite des thyroïdectomies totales et les rapportait à l'ablation de la glande elle-même.

La voie était tracée par ces travaux : la chirurgie avait montré de quel côté on devait chercher l'interprétation physiologique de la maladie qu'elle reproduisait involontairement (2), elle avait fait inconsciemment, sur l'homme, ce que les physiologistes allaient, à leur tour, entreprendre de parti pris sur les animaux.

En effet, après les travaux de Reverdin, il avait suffi de relire les observations antérieures et d'examiner les malades pour s'apercevoir que, chez les myxœdémateux, le corps thyroïde était complètement atrophié; mais il fallait, par l'expérimentation, rechercher comment sa destruction agissait sur l'économie.

La Société clinique de Londres, qui avait eu la primeur des travaux de Gull et de Ord, décida, à la fin de 1883, d'entreprendre une enquête sur le myxœdème. Il résulta de cette enquête un volumineux rapport qui fut publié en 1888 (3) : ce rapport comprend, tout d'abord, un exposé clinique basé sur l'analyse de 109 observations de myxœdème recueillies à des sources diverses, exposé qui n'a guère fait que confirmer les observations et les descriptions antérieures, puis une étude anatomique due à Cavafy, Goodhart et Hadden, qui n'apporte également pas de données bien nouvelles; la partie la plus importante de ce rapport est, sans contredit, l'étude expérimentale due à Horsley : cet éminent expérimentateur avait déjà publié (4) une partie de ses recherches avant de les consigner dans le rapport en question où il les complète et où il montre, à l'évidence, l'influence de la thyroïdectomie sur la production des accidents du myxœdème; enfin, Semon y étudie les effets de l'extirpation du corps thyroïde chez l'homme, en critiquant les faits publiés ou communiqués à la Société par plus de cinquante chirurgiens. M. Lannois (5) a fait connaître, en France, dans une intéressante revue critique, les résultats de l'enquête de la Société anglaise.

On peut dire que, grâce aux enseignements fournis par la chirurgie et aux expériences des physiologistes, la question de la pathogénie du myxœdème avait fait rapidement un progrès immense.

Les recherches cliniques n'ont, d'ailleurs, pas été abandonnées pendant que les physiologistes étudiaient le myxœdème. Sans citer ici les nombreux travaux, dont le rapport de la Société clinique de Londres donne l'énumération jusqu'en 1887, nous rappellerons que, à la suite d'une communication faite par Virchow, la Société de médecine berlinoise (1) avait mis la question du myxœdème à son ordre du jour et consacra une longue suite de séances à son étude (2).

M. Bourneville (3) faisait, en 1889, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, une importante communication dans laquelle il résumait ses travaux antérieurs; l'an dernier, il revenait sur le même sujet au Congrès de la Société des médecins aliénistes français (4).

Enfin, au Congrès de Berlin, une discussion à laquelle ont pris part Mosler, Horsley, Leube, Gerhardt, Ewald, Baumler, Hanau, s'est ouverte sur un rapport de Ord et a permis de constater que, sauf pour quelques points de détail, l'accord était fait sur la question du myxœdème.

Un fait capital se dégage de tous les travaux et de toutes les discussions sur la cachexie pachydermique; c'est le rôle que joue le corps thyroïde dans sa production. L'affection survenant spontanément chez les adultes, décrite par Gull, Ord et M. Charcot, l'idiotie myxœdémateuse de M. Bourneville, le myxœdème opératoire de Reverdin ou cachexie strumiprive de Kocher, ne sont que des formes cliniques d'un seul et même état morbide, ayant pour origine l'altération ou l'extirpation du corps thyroïde.

De cela, nous donnerons plus loin la démonstration; mais pour la rendre plus nette et pour faciliter l'exposition de leurs symptômes, nous décrirons successivement ces trois formes cliniques dans autant de paragraphes séparés, avant d'en faire la synthèse et d'étudier leur pathogénie commune.

I

Des trois formes de la cachexie pachydermique, la plus importante est certes celle qui a servi de base aux descriptions de sir William Gull, de Ord et de M. Charcot.

Débutant généralement d'une manière lente et insidieuse, elle n'attire ordinairement l'attention que quand ses symptômes sont constitués depuis longtemps déjà. Parfois, cependant, le début en est rapide à la suite d'hémorrhagies abondantes ou parfois du rhumatisme articulaire aigu, au dire des auteurs anglais.

L'aspect extérieur des malades, l'état de leur appareil tégumentaire, d'une part, les troubles intellectuels, d'autre part, enfin, l'état du corps thyroïde, tels sont les termes de la trilogie des symptômes capitaux de la maladie, auxquels viennent se joindre des phénomènes relativement accessoires.

La physionomie des malades pourrait, à elle seule, suffire presque à caractériser leur état morbide : la face est large et arrondie, en pleine lune, suivant l'expression de William Gull, les yeux écartés et rapetissés par suite d'une infiltration semi-transparente des paupières, le nez épaté et élargi, les lèvres renversées, bouffies et légèrement cyanotiques, le front et les oreilles plissés par suite de la

(1) Kocher. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XXIX, heft 2.

(2) La question du myxœdème opératoire a été remarquablement exposée par M. A. Broca dans son article Thyroïdectomie du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

(3) Report of a committee of the Clinical Society of London nominated to investigate the subject of myxœdema. Supplement to vol. the XXV of *Clin. Soc. Trans.*, Londres 1888.

(4) Horsley. *Brit. Med. Journ.*, 1885, vol. I, p. 111.

(5) M. Lannois. *Archives de médecine expérimentale*, 1889, p. 470 et 590.

(1) Virchow. Société de médecine berlinoise, 2 février 1887.

(2) Société de médecine berlinoise, séances des 9 février, 23 février, 9 mars, 16 mars 1887, 31 octobre 1888.

(3) Bourneville. Congrès de l'Association française, 1889, et *Progrès médical*, 28 juin, 5 et 26 juillet, 16 et 23 août 1890, t. XI, p. 513, et t. XII, p. 3, 61, 126 et 147.

(4) Bourneville. Congrès de la Société des médecins aliénistes français, Rouen 1890, in *Mercredi médical*, 13 août 1890, p. 390.

bouffissure de leurs téguments. En même temps qu'ils sont tuméfiés, les téguments de la face ont changé de coloration : elle est d'un blanc jaunâtre, sur laquelle se détache une zone rosée plaquée sur les joues, comme sur celles d'une poupée de porcelaine. En outre, les traits sont immobiles comme ceux d'un masque, stupides, et la qualification de crétinoïde, donnée par Gull, n'a rien d'excessif dans la plupart des cas.

Sur le reste du corps, les téguments sont pâles, jaunâtres, épaissis et infiltrés, mais ils sont durs, résistants, et la pression du doigt n'y détermine pas la production d'un godet comme dans l'œdème des brightiques ou des cardiaques; la sécrétion sudorale est complètement tarie, de même que la sécrétion sébacée, et la peau est sèche et se couvre d'une desquamation plus ou ou moins épaisse et plus ou moins étendue, pityriasique sur le tronc, squameuse et parfois écailleuse aux extrémités. Les poils tombent; la barbe disparaît presque entièrement, les sourcils et les cils manquent presque complètement, les cheveux deviennent secs, cassants, le cuir chevelu se dénude presque entièrement.

Aux extrémités des membres, le gonflement s'accompagne d'un certain degré de cyanose avec refroidissement des téguments. Les mains sont élargies, pachydermiques, prennent l'aspect d'une bêche (W. Gull), les doigts forment de gros boudins arrondis qui se meuvent difficilement, les ongles sont rabougris, cassants, fendillés, striés, parfois épaissis, souvent aplatis, amincis, soulevés à leur extrémité libre, comme dans l'éléphantiasis. Les pieds sont élargis transversalement.

Le tronc est difforme; la peau y est également infiltrée. Dans les régions sus-claviculaires, on voit des saillies étalées, mollasses, ayant toute l'apparence du pseudolipome des névropathes arthritiques. La vulve est tuméfiée, sèche; le mont de Vénus est devenu glabre.

Les muqueuses sont, comme la peau, tuméfiées et anémiées : le fait est facile à constater sur les gencives, la langue, la luette et le voile du palais; au laryngoscope, on s'aperçoit qu'il en est de même de la muqueuse laryngée, ce qui explique, pour une part, les modifications de la voix.

Les troubles cérébraux consistent presque constamment dans la lenteur de l'idéation, dans le défaut de mémoire, surtout pour les faits récents : les malades répondent lentement aux questions qu'on leur pose, et ne le font qu'à regret; en outre, ils sont irritables et se fâchent souvent lorsqu'on insiste auprès d'eux pour les interroger ou lorsqu'on paraît s'occuper d'eux avec quelque intérêt; constamment hébétés et somnolents pendant le jour, ils ont souvent des insomnies et surtout des cauchemars pendant la nuit; dans près de la moitié des cas, on observe des hallucinations.

La lenteur que les malades apportent dans leurs réponses existe également dans leurs mouvements : ils ne se déplacent qu'avec peine et ce phénomène, qui dépend de leur torpeur cérébrale (Charcot), a pu faire croire à l'existence d'une parésie musculaire qui n'existe pas en réalité; en même temps, les mouvements sont inhabiles, les travaux un peu délicats sont impossibles, ce qui est dû sans doute, pour une part, aux déformations et à l'épaississement des mains. Souvent la tête tombe en avant, le menton vient toucher le sternum, et cette attitude augmente encore la ressemblance avec les crétins. Souvent les malades font des chutes dues à un certain degré d'incoordination musculaire.

L'état du corps thyroïde a une importance de premier ordre : dès les premiers travaux sur le myxœdème, on avait noté son atrophie dans les autopsies. Depuis les travaux de Reverdin, on n'a plus manqué de l'explorer sur le vivant et, dans l'immense majorité des cas, on a constaté son atrophie, malgré la difficulté qu'apporte à cette constatation l'état des téguments ; quelquefois, cependant, on a noté son augmentation de volume (4 fois d'après le rapport du comité de la Société clinique de Londres). Parfois, on a pu s'assurer que l'atrophie de l'organe avait été précédée de son hypertrophie : Ord, dans un fait qu'il rappelait au Congrès de Berlin, a vu le myxœdème précédé par une tuméfaction du corps thyroïde avec exophthalmie de cet organe.

A côté de ces symptômes cardinaux viennent se placer une série de troubles portant sur différents appareils.

On note fréquemment un peu d'affaiblissement du cœur, quelquefois des irrégularités du pouls. La température est abaissée ; on l'a vue tomber à 35 degrés et même à 33°8 ; les malades se plaignent d'ailleurs souvent d'une sensation de froid pénible et constante, surtout accusée en hiver ; leur immobilité contribue certainement, pour une grande part, à cet abaissement de la température. Les hémorrhagies sont fréquentes, en particulier les métrorrhagies.

Presque toujours la voix est lente, monotone, elle a un timbre rauque, et est coupée de temps à autre par des sons nasaux d'un singulier effet. Les troubles respiratoires sont rares et peu intenses.

Les urines ne renferment d'albumine qu'à une période avancée de la cachexie.

La déglutition est assez souvent gênée par la tuméfaction des muqueuses des premières voies ; les dents sont souvent cariées et parfois manquent presque toutes. La constipation est habituelle.

La sensibilité peut présenter des troubles variés : sensation permanente de froid, sensation d'eau froide coulant sur la peau, démangeaisons persistantes et rebelles, comme dans un cas cité par Grainger Stewart, au Congrès de Berlin ; mais il n'y a ni anesthésie, ni hyperesthésie.

Certains malades se plaignent d'une céphalalgie occipitale, d'intensité variable ; d'autres ont des douleurs rhumatoïdes dans les membres, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, etc.

Les réflexes superficiels sont affaiblis ; les réflexes profonds ordinairement normaux.

Les convulsions, le tremblement, les contractures sont rares.

La *marche* de la maladie est lente et progressive ; néanmoins, on peut observer des périodes de rémission plus ou moins prolongées, principalement à la suite d'une résidence dans un climat chaud ou pendant l'été, ou encore pendant une grossesse.

Par les progrès de la maladie, la cachexie s'accuse de plus en plus, des complications pulmonaires ou rénales ou des accidents cérébraux graves, tels que de l'agitation maniaque ou un état comateux, terminent parfois l'existence.

D'autres fois, la mort est la conséquence de la cachexie croissante ; en pareil cas, on voit souvent certains symptômes, tels que l'infiltration cutanée, diminuer ou disparaître dans les dernières périodes de la vie.

Ord fait remarquer que cette disparition des symptômes

caractéristiques fait sans doute méconnaître un certain nombre de cas de myxœdème.

Voyons maintenant ce que l'on sait au sujet de l'*étiologie*.

Le sexe a certainement une grande part dans le développement du myxœdème : sur les 109 cas relevés par le comité de la Société clinique de Londres, 94 ont trait à des femmes. D'ailleurs, jusqu'à l'observation de M. Ballet, on avait cru, avec William Gull et Ord, l'affection propre au sexe féminin.

Néanmoins, les diverses phases de la vie sexuelle ne paraissent pas avoir d'influence sur sa production. Elle se développe à l'âge adulte, et plus spécialement de trente à cinquante ans; les grossesses, la lactation ne paraissent intervenir que rarement dans sa production; les troubles menstruels sont fréquents, mais coïncident rarement avec le début de la maladie ; quelquefois, cependant, il a suivi de près des hémorrhagies ; la ménopause ne joue pas un rôle important, étant donné que l'affection débute souvent de trente à quarante ans.

Le climat et la race n'ont aucun rôle dans la production du myxœdème : les observations anglaises sont les plus nombreuses dans le rapport du comité de la Société clinique de Londres, on en conçoit sans peine les raisons, mais on a observé également la maladie en France, en Suisse, en Allemagne, en Suède; M. Charcot en a rencontré des exemples en Espagne (1) et en Italie.

Mais, en somme, on ignore les causes réelles de la maladie. En présence du rôle indiscutable des lésions du corps thyroïde dans sa production, il faudrait rechercher la cause de ces lésions elles-mêmes. A l'avenir, l'enquête devra porter sur les diverses altérations que l'organe a pu subir : on arrivera vraisemblablement ainsi à établir que ces altérations sont d'ordres très différents et qu'il faut réserver une place à diverses maladies infectieuses qui, parfois, s'accompagnent de thyroïdite aiguë et peuvent déterminer à longue échéance l'atrophie de l'organe : un fait de myxœdème, rapporté par Mackew (2) et attribué par l'auteur à une thyroïdite bilatérale *a frigore* semblerait plutôt, si l'existence de la thyroïdite était plus expressément prouvée par l'observation, établir que celle-ci peut être consécutive à une angine infectieuse.

Les *lésions* trouvées à l'autopsie des sujets atteints de cachexie pachydermique sont d'importance très différente.

Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré d'une substance gélatineuse ou œdémateuse, la couche de graisse sous-cutanée est augmentée; au microscope, on trouve une infiltration cellulaire au voisinage des glandes sébacées, des glandes sudoripares et des follicules pileux. La présence de la mucine dans la peau et dans le tissu cellulaire, sur laquelle on avait tant insisté au début des travaux sur le myxœdème, ne présente plus aujourd'hui qu'un intérêt médiocre : elle a été constatée par C[illegible]stoun Charles dans un des cas de Ord.

Les viscères présentent souvent une infiltration semblable par la mucine; le fait a été constaté par Stevenson, Bernays, etc.; Halliburton a également constaté, dans les viscères des singes qui ont subi la thyroïdectomie, la présence d'une proportion anomale de mucine. On a spécialement noté la fréquence de la néphrite interstitielle. Les lésions du système nerveux sont peu importantes, ou tout au moins ont été peu étudiées; l'hypertrophie du grand sympathique et de la glande pituitaire, notée dans un cas de M. Henrot (1), doit être rayée de l'anatomie pathologique du myxœdème, car ce fait appartient à l'acromégalie (2).

Le seul organe sur l'état duquel il faille insister est le corps thyroïde. Presque toujours trouvé atrophié pendant la vie, il présente à l'autopsie des lésions constantes. Ord en avait fait mention dans une autopsie alors qu'on ne prévoyait pas l'importance de ce fait. L'organe, toujours diminué de volume, est tantôt de coloration pâle, tantôt d'un blanc jaunâtre ou blanc; il est de consistance ferme, d'apparence fibreuse et n'offre plus aucune trace de sa structure normale; parfois, les lésions prédominent dans un des lobes de la glande. Dans les examens histologiques, au nombre de 13, consignés dans le rapport du comité de la Société clinique de Londres, les lésions observées consistaient au début dans une infiltration de cellules embryonnaires dans les parois des vésicules glandulaires, infiltration accompagnée ou suivie d'une prolifération de l'épithélium des vésicules; à une période plus avancée, la glande était convertie en tissu fibreux dans lequel on trouvait par places des amas de cellules embryonnaires, vestiges des vésicules glandulaires; au degré le plus prononcé, elle formait un bloc de tissu fibreux avec quelques petits îlots de cellules rondes. Ce sont, en somme, des lésions de thyroïdite à la fois parenchymateuse et interstitielle avec tendance à la sclérose, en un mot, des lésions dont on peut soupçonner l'origine infectieuse.

Ces altérations du corps thyroïde sont-elles les seules que l'on puisse rencontrer dans le myxœdème ? Il est vraisemblable que des lésions diverses de cet organe peuvent lui donner naissance; mais, si de nouvelles autopsies réservent encore des surprises, au sujet de la nature des altérations thyroïdiennes, les faits actuellement connus suffisent pour affirmer que, dans tous les cas de myxœdème spontané des adultes, le corps thyroïde est altéré profondément et fonctionnellement détruit.

Le *diagnostic* du myxœdème est facile : l'aspect du visage est déjà caractéristique et il suffit de l'avoir vu une fois pour le reconnaître dans d'autres cas; les modifications des autres régions de la peau, les troubles intellectuels, les altérations du corps thyroïde viennent bientôt confirmer l'idée que l'on avait pu se faire à la simple inspection du malade.

Les œdèmes des affections rénales et cardiaques se laissent déprimer en godet par le doigt; lorsque l'œdème véritable vient se surajouter au myxœdème dans la période ultime, il n'est pas généralisé et on trouve toujours, en quelque région, la pachydermie avec ses caractères spéciaux.

Les lésions de l'éléphantiasis des Arabes, dans ses formes dites simples, c'est-à-dire lorsqu'il ne s'accompagne pas du développement de productions papillomateuses, peuvent présenter une grande analogie avec celles du myxœdème;

(1) Le sujet que M. Charcot a rencontré en Espagne serait probablement, d'après Gimeno (*La Medicina practica*, 3 avril 1889, p. 437), un mendiant atteint d'idiotie myxœdémateuse : ce serait alors le premier exemple diagnostiqué pendant la vie de cette forme de cachexie pachydermique.

(2) Mackew. *Contribution à l'étude du myxœdème,* Thèse de Paris, 6 décembre 1888, nº 44.

(1) Henrot. *Union médicale et scientifique du Nord-Est*, décembre 1882, p. 353.

(2) P. Marie. *Revue de médecine*, avril 1886, p. 319.

mais il ne se généralise pas comme celui-ci, et a pour siège, à peu près constant, l'un des membres inférieurs.

L'acromégalie a pu être confondue avec le myxœdème : M. Henrot(1) rapportait, en 1882, sous le nom de myxœdème, un fait d'acromégalie, tout en reconnaissant qu'il présentait des caractères singuliers. Aujourd'hui, pareille assimilation ne serait pas possible : en effet, en dehors de la pâleur et de la bouffissure des téguments, tous les symptômes diffèrent dans les deux maladies. Tandis que le visage de l'acromégalique est allongé, avec prognathisme très accusé, par suite du développement du maxillaire inférieur, dans la cachexie pachydermique, la face est arrondie, « en pleine lune », dit Gull, avec élargissement de son diamètre transversal; la lèvre inférieure est bien moins tombante; la coloration des téguments est pâle, blanchâtre et uniforme dans l'acromégalie, plutôt cireuse dans le myxœdème où l'on voit de plus un placard rouge sur les pommettes; dans le myxœdème, les téguments sont immobiles et adhérents au squelette, et la tuméfaction est limitée aux parties molles, alors que dans l'acromégalie ils ont conservé une mobilité à peu près normale sur les os qui sont augmentés de volume; la cyphose, qui est à peu près constante dans l'acromégalie, fait défaut dans le myxœdème; le corps thyroïde a son volume normal dans l'acromégalie; enfin, l'intégrité de fonctions intellectuelles et l'amaurose fréquente dans l'acromégalie contrastent avec l'état crétinoïde des myxœdémateux dont la vue est intacte. On ne conçoit donc pas pourquoi Cheadle (2) a voulu assimiler les deux états morbides.

II

L'idiotie myxœdémateuse débute peu après le sevrage; un œil exercé pourrait cependant, au dire de M. Bourneville, en constater l'existence dans le cours de la première année, sinon dans les premiers mois de la vie. Une fois apparue, ses symptômes ne rétrocèdent guère et, à l'époque où l'on observe les malades, ils sont nettement accusés et en même temps d'une uniformité telle, qu'il suffit d'avoir vu un malade pour les connaître tous.

En dehors des altérations cutanées, deux ordres de symptômes attirent l'attention : l'arrêt du développement intellectuel, l'idiotie d'une part; l'arrêt du développement physique, le nanisme d'autre part.

La taille des sujets atteints d'idiotie myxœdémateuse reste toujours petite : le *Pacha* de Bicêtre, un des plus beaux types du genre, avait à dix-neuf ans 90 centimètres de hauteur; le *Crétin des Batignolles*, autre célébrité dont M. le professeur Ball (3) a rapporté l'histoire et que l'on doit ranger également parmi les myxœdémateux, mesurait 1m10 à trente et un ans.

Les dimensions de l'extrémité céphalique contrastent avec la taille : la tête, volumineuse en arrière, rétrécie en avant, semble appartenir à un corps plus volumineux que celui qui la supporte. Le front est bas, étroit, déprimé latéralement. La physionomie exprime l'hébétude, la laideur. Les paupières sont bouffies, pâles, bleuâtres, cachent plus ou moins le globe oculaire et présentent des lésions de blépharite ciliaire. Le nez est camus; les joues sont gonflées, pendantes; la bouche est grande, toujours entr'ouverte; les lèvres sont bleuâtres sur leur surface cutanée, l'inférieure souvent renversée et laissant en permanence écouler la salive; la langue volumineuse fait saillie à travers la bouche; les dents sont irrégulièrement implantées, cariées, la seconde dentition est incomplète ou très tardive. Le menton est petit, parfois comme écrasé. Les oreilles sont épaissies, d'une pâleur cireuse. Les cheveux sont gros, rudes, semblables à des crins, de couleur brune ou blond roux, ordinairement abondants, sauf en avant, au-dessus des tempes. Le cuir chevelu est très souvent le siège d'une éruption eczémateuse qui, d'après M. Bourneville, résisterait aux soins de propreté les plus minutieux; une malade observée par M. Feulard (1) avait, cependant, pu être assez rapidement débarrassée d'un eczéma étendu du cuir chevelu pour lequel elle avait été amenée à l'hôpital Saint-Louis. La fontanelle antérieure persiste, même chez des sujets ayant dépassé la trentaine.

Le cou est gros, court; dans les creux sus-claviculaires, comme dans les aisselles et parfois dans d'autres régions, on trouve des masses pseudo-lipomateuses, mal délimitées, parsemées de ganglions légèrement hypertrophiés.

Le rachis est plus ou moins dévié, le dos voûté, les dernières côtes sont déjetées en dehors. Le ventre, gros et large, ressemble à celui des batraciens. Presque constamment il y a des hernies ombilicales ou inguinales.

Les membres supérieurs et inférieurs sont gros et courts, offrent habituellement des incurvations rachitiques. Les mains et les pieds sont souvent cyanosés, épais, pachydermiques en un mot.

La peau est glabre, sèche, rugueuse, squameuse par places, blanche. A la face, elle est un peu jaunâtre, cireuse, quelque peu analogue à la peau des cachectiques, souvent parsemée de taches de lentigo. La barbe fait défaut, ainsi que les poils des aisselles et du mont de Vénus. Les organes génitaux sont presque toujours arrêtés dans leur développement.

Les malades éprouvent une grande susceptibilité au froid, qu'explique l'abaissement de leur température centrale. Le pouls est petit, fréquent; les extrémités, les lèvres, parfois même la langue, sont cyanosées. La respiration est ordinairement difficile, l'essoufflement rapide. La voix est rauque, aigre, stridente. L'appétit est modéré, les malades ont de la répugnance pour la viande; ils ont presque tous de la constipation.

Les idiots myxœdémateux ont une grande répugnance pour le mouvement. D'un caractère généralement doux, ils ne grimacent pas, n'ont pas de tics, ne poussent pas de cris, ne se livrent pas à l'onanisme, comme un certain nombre d'idiots. Néanmois, sous le rapport de l'intelligence, c'est à cette classe qu'ils appartiennent. Ils n'offrent pas, cependant, les caractères de l'idiotie profonde, comme dans les cas de sclérose ou d'arrêt de développement congénital du cerveau. Leur état intellectuel est susceptible d'une certaine amélioration par l'éducation.

Ces sujets, déchus et mal développés, peuvent atteindre un âge relativement avancé : ils succombent à des maladies très variables, mais assez fréquemment à des congestions pulmonaires, avec ou sans bronchite.

(1) Henrot. Loc. cit.

(2) Cheadle. Myxœdema and sporadic cretinism, *Brit. Med. Journ.*, 4 janvier 1890, p. 19.

(3) B. Ball. *Encéphale*, 1882, p. 253.

(1) H. Feulard. *Bulletin de la Société française de dermatologie*, 1890, p. 232.

A l'autopsie on a relevé ordinairement la persistance de la fontanelle antérieure, l'atrophie des os du crâne, un aspect particulier des circonvolutions cérébrales, qui sont gélatiniformes et rappellent celles du cerveau des nouveau-nés. Mais le fait le plus important, sans contredit, est l'absence complète de toute trace de la glande thyroïde; des sept autopsies (sur huit autopsies connues) où le cou a été examiné, six fois cet organe faisait défaut, et une septième (celle du Crétin des Batignolles), il était atrophié, ainsi que M. Ball l'a déclaré au Congrès des aliénistes de 1890.

D'après M. Mordret (1), il y aurait, chez les idiots en général, une relation entre l'atrophie thyroïdienne et le degré d'abaissement intellectuel, car il a trouvé cette atrophie dans les différentes formes d'idiotie en des proportions variant de 11 à 50 p. 100; mais, même dans ces recherches dont les résultats s'écartent un peu des données courantes, il n'est pas question d'une atrophie constante du corps thyroïde, comme dans l'idiotie myxœdémateuse.

Les faits d'idiotie myxœdémateuse (2), actuellement connus, sont au nombre de 45; M. Bourneville a rapporté 26 de ces cas, dont 19 lui sont personnels. Il s'agit, en somme, d'une affection assez rare. Dans 15 cas, elle a été observée chez des filles et, dans les 10 autres cas, chez des garçons.

Les causes en sont mal déterminées. M. Bourneville pense, cependant, que l'alcoolisme et la tuberculose pulmonaire des parents jouent un rôle dans la production de l'idiotie myxœdémateuse des enfants.

Le seul diagnostic à faire est celui de l'idiotie myxœdémateuse et du crétinisme : la confusion n'est possible que dans les pays où règne ce dernier; l'existence du goître dans l'un, l'absence du corps thyroïde dans l'autre, constituent le plus important de leurs caractères différentiels, auquel s'ajoutent quelques signes accessoires, pour l'exposé desquels nous renvoyons au récent travail de M. Bourneville (3).

Nous rapporterons, à ce propos, les opinions émises récemment par deux observateurs autorisés, sur les relations du myxœdème et du crétinisme.

Bircher (4) désigne sous le nom de dégénération crétinoïde, une maladie endémique dans certaines régions, maladie infectieuse chronique, atteignant le corps dans la période de développement, dont le parasite tellurique pénètre très vraisemblablement dans l'économie avec l'eau de boisson, et qui donne lieu à des effets variés : hypertrophie du corps thyroïde, arrêt de développement du squelette, altération du système nerveux central. La forme la plus légère est le goître endémique, la forme moyenne correspond à l'idiotie et la forme la plus intense constitue le crétinisme. Le myxœdème est, au contraire, une maladie sporadique, une dyscrasie générale due à la suppression fonctionnelle du corps thyroïde dans le corps déjà développé, il n'a aucune distribution régionale et a pour le sexe féminin une prédilection beaucoup plus prononcée que le crétinisme.

Hanau (1) a constaté chez trois crétins l'atrophie du corps thyroïde, qui renfermait des kystes dans un ou deux cas; au microscope il a rencontré l'atrophie du tissu glandulaire et le développement exagéré du tissu conjonctif, mais sans infiltration de cellules embryonnaires, comme dans le myxœdème. Cette différence tient à ce que les cas de crétinisme, dont on peut faire l'autopsie, remontent à une époque éloignée. En outre, dans le crétinisme il reste toujours des traces du tissu normal de la glande thyroïde, tandis que dans le myxœdème l'épithélium finit par disparaître complètement. En somme, conclut Hanau, quoique le myxœdème et le crétinisme relèvent tous deux d'une altération du corps thyroïde, les différences anatomiques et les différences de distribution géographique des deux états morbides, permettent d'attribuer la disparition du parenchyme de la glande thyroïde, dans les deux cas, à des causes différentes.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette discussion, qui porte d'ailleurs sur les relations du crétinisme avec la cachexie pachydermique des adultes, plutôt que sur les rapports du crétinisme et de l'idiotie myxœdémateuse; dans cette dernière, il y a absence du corps thyroïde et non pas atrophie de la glande, agénésie et non pas lésion destructive, ce qui est tout différent.

III

Les symptômes du myxœdème consécutif à la thyroïdectomie débutent d'une manière lente, progressive et insidieuse. Exceptionnellement, ils succèdent à bref délai à l'opération, quoique Kocher en ait observé des exemples; plus souvent, les opérés ont quitté l'hôpital depuis quelque temps déjà et l'opération remonte à trois ou quatre mois, quelquefois même près d'un an, lorsqu'ils éprouvent une sensation de lassitude, de faiblesse et de pesanteur dans les membres, principalement dans les bras, les épaules, le cou et l'abdomen. A ces douleurs s'ajoute bientôt une sensation de froid aux extrémités et pendant l'hiver les mains et les pieds sont enflés, bleuâtres, froids et couverts d'engelures.

Ces phénomènes d'asthénie augmentent, le visage gonfle comme les extrémités des membres; les membres deviennent lourds, quelquefois raides; leurs mouvements sont lents et exécutés à regret; ils sont maladroits, manquent de précision.

Bientôt apparaît en différentes régions un gonflement de la peau qui aggrave encore la maladresse des mouvements; survenant quelquefois par poussées accompagnées parfois d'une dyspnée intense et d'une durée de quelques heures, il ne tarde pas à devenir permanent.

A la face, il est surtout accusé, au début, au niveau des paupières, principalement à la paupière inférieure, qui prend l'aspect d'une vessie demi-translucide, mais résistante. Le reste de la face est bientôt envahi, les plis du vi-

(1) Mordret. Congrès de la Société des médecins aliénistes français, Rouen 1890, in *Mercredi médical*, 13 août 1890, p. 390.

(2) Il est inutile d'insister sur ce fait que l'idiotie myxœdémateuse n'est pas la seule forme d'idiotie. M. Bourneville distingue en outre : 1° l'idiotie symptomatique de l'hydrocéphalie; 2° l'idiotie symptomatique de la microcéphalie; 3° l'idiotie symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions; 4° l'idiotie symptomatique d'une malformation congénitale du cerveau (porencéphalie, absence du corps calleux, etc.); 5° l'idiotie symptomatique d'une sclérose hypertrophique; 6° l'idiotie symptomatique d'une sclérose atrophique plus ou moins étendue; 7° l'idiotie symptomatique de méningite ou de méningo-encéphalite chronique.

(3) Bourneville. *Progrès médical*, 23 août 1890, p. 149.

(4) Bircher. Das Myxœdem und die cretinische Degeneration, *Samml. klin. Vortr.*, 1890, n° 357 (Chirurgie, n° 110).

(1) Hanau (de Zurich). Cretinism and Myxœdem, communication au Congrès de Berlin, reproduite *in extenso* in *Brit. Med. Journ.*, 4 octobre 1890, p. 786.

sage s'effacent, les traits s'épaississent, le nez se tuméfie, les lèvres, gonflées, se renversent en dehors et laissent écouler la salive. Les yeux sont rapetissés par suite de la tuméfaction des paupières. Les traits sont immobiles, ne traduisant aucune émotion; cette face impassible fait penser au crétinisme, dont les troubles intellectuels contribuent encore à éveiller l'idée.

En effet, à part un cas de délire des grandeurs, observé par Reverdin, on note presque toujours une diminution prononcée des fonctions intellectuelles : la parole est lente comme les mouvements des membres; la pensée est lente également; les réponses, cependant, sauf qu'elles tardent à se faire, sont justes et sensées, contrairement à ce qui a lieu dans le crétinisme vrai, et c'est, en somme, la torpeur qui prédomine et la lourdeur des conceptions, mais non pas leur impossibilité; la mémoire est diminuée ou abolie, surtout pour les faits récents ; quelquefois, il y a des vertiges, des étourdissements, plus rarement de la céphalalgie.

En même temps que la peau s'épaissit, elle perd sa souplesse ; de plus, elle devient sèche, la sueur se supprime, ainsi que la sécrétion sébacée; il se forme des squames plus ou moins larges, les cheveux deviennent gris, secs, raides, tombent parfois. Mais surtout la peau prend une coloration blanc jaunâtre et blafarde.

Les muqueuses sont également atteintes : la langue et le palais sont décolorés et en même temps épaissis.

Le pouls est petit, les battements du cœur faibles, le sang souvent pauvre en globules rouges.

La marche des accidents est variable. J. Reverdin avait tout d'abord admis qu'ils pouvaient guérir complètement, tandis que Kocher les regardait comme incurables et comme devant suivre nécessairement une marche progressive. Les deux opinions sont excessives et on doit admettre aujourd'hui, avec J. Reverdin, qui a modifié ses idées premières, que certaines formes atténuées sont susceptibles d'amélioration, sinon de guérison complète, mais que certaines formes progressives sont notoirement incurables, malgré des rémissions plus ou moins prolongées.

M. Berger (1) a publié l'observation d'une malade atteinte, à la suite de la thyroïdectomie, de tétanie, puis de phénomènes légers de myxœdème, chez laquelle les accidents s'amendèrent rapidement.

L'âge des opérés joue un grand rôle dans la gravité du myxœdème opératoire. Kocher avait bien remarqué que, chez les sujets qui sont encore dans la période d'accroissement actif, le développement du corps en longueur s'arrête d'une façon remarquable. De plus, les modifications intellectuelles sont particulièrement accusées chez eux; ils deviennent taciturnes, fuient leurs camarades, cessent de jouer, craignent de devenir la risée de tous ; à l'école, les meilleurs élèves ne font plus de progrès, et, au dire de Kocher, le calcul est leur faculté la plus faible. Ainsi arrêtés dans leur développement physique et intellectuel, bouffis, avec la face immobile, les opérés présentent un aspect qui les rapproche des idiots myxœdémateux, sans arriver cependant à l'état de décrépitude de ces derniers.

Mais à côté de ces formes graves et intenses du myxœdème opératoire, il faut décrire des formes plus légères, de véritables formes frustes, qui passent facilement inaperçues, si on ne les recherche avec soin, et sur lesquelles J. Reverdin a particulièrement insisté (1). Elles se traduisent par une sensation de froid ou de fatigue et de lourdeur des membres, par la perte de la mémoire, quelquefois aussi par un peu de bouffissure des paupières ou de sécheresse de la peau, de chute des cheveux, de suppression de la sueur, c'est-à-dire par les manifestations initiales de la maladie; elles sont particulièrement susceptibles, sinon d'une guérison complète, du moins d'une amélioration accusée et durable.

La fréquence du myxœdème opératoire a été diversement interprétée par les auteurs ; Kocher, dans son mémoire de 1883, rapporte que, sur 18 opérés qu'il a examinés, 16 étaient plus ou moins gravement atteints et 2 seulement étaient restés indemnes, encore avaient-ils eu une récidive de leur goître. Reverdin (2), sur 11 opérés qu'il a suivis, a vu 5 cas de myxœdème opératoire ; Baumgærtner (3) donne exactement les mêmes chiffres; Bardeleben (4) n'aurait pas observé un seul cas de myxœdème sur 15 thyroïdectomies. D'après les relevés que Wölfler (5) a faits des opérations de thyroïdectomie de Billroth, 2 opérés sur 22 survivants les présentaient à un léger degré et parmi les 20 autres, 7 et peut-être 9 avaient une récidive de leur goître.

La race des sujets opérés n'est pour rien dans ces différences : la fréquence du goître, en Suisse, explique pourquoi on y a étudié le myxœdème opératoire avec tant de soin, mais ces accidents ont été observés dans tous les pays.

Diverses raisons peuvent expliquer les divergences des statistiques précédentes. D'abord elles ont été parfois établies sur les déclarations des malades auxquels des symptômes peu accusés ont pu échapper, comme aux médecins non avertis de l'existence de certaines formes frustes.

En second lieu, certaines thyroïdectomies, dans lesquelles on a cru avoir enlevé la glande entière, étaient incomplètes. Or l'ensemble des statistiques prouve nettement que la thyroïdectomie totale est, plus souvent que la thyroïdectomie partielle, suivie de myxœdème. Les Reverdin et Kocher avaient admis d'abord que la thyroïdectomie totale donnait seule lieu au développement du myxœdème. J. Reverdin a montré depuis, que la thyroïdectomie partielle peut être suivie de cachexie pachydermique, qui, en pareil cas, revêt souvent une forme fruste et incomplète. Ajoutons à ce propos que les récidives de goître sont suivies de la disparition des accidents myxœdémateux.

Enfin la présence de glandes thyroïdes accessoires, dont l'existence est indéniable (6) et la fréquence peut-être variable suivant les races (7), expliquerait sans doute aussi comment les accidents de la cachexie pachydermique peuvent faire défaut après la thyroïdectomie totale.

Il est certain que les phénomènes cachectiques, de même que les accidents nerveux (tétanie, vertiges, troubles psychiques), qui succèdent à la thyroïdectomie, sont la conséquence de l'ablation de la glande elle-même, et non des

(1) P. Berger. Société clinique de Paris, 1889, et *France médicale*, 1889, n°s 51 et 52.

(1) J. Reverdin. Congrès français de chirurgie, octobre 1886, et *Revue médicale de la Suisse romande*, 1887, p. 275.

(2) J. Reverdin. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1883.

(3) Baumgærtner. *Langenbeck's Archiv*, vol. XXXI, heft 1, et *Deuts. med. Wochens.*, 1886, n° 50.

(4) Bardeleben. *Deuts. Zeitschr. f. Chir.*, 1887.

(5) Wölfler. In *Report on the Myxœdema, etc.*, p. 99.

(6) Streckeisen. *Virchow's Archiv*, Bd. 103; — Kadyi. *Arch. f. Anat. und Phys.*, 1872.

(7) W. Grüber. *Virchow's Archiv*, Bd. 66.

lésions que peuvent subir accidentellement, pendant l'opération, les organes du voisinage et, en particulier, les nerfs : ce que nous venons de dire de l'importance relative de la thyroïdectomie partielle et de la thyroïdectomie totale suffit à le montrer.

A l'autopsie des sujets atteints de myxœdème opératoire, on ne trouve aucune lésion importante et de valeur : Gründler (1) a constaté une leptoméningite, avec participation de la couche corticale du cerveau, et a noté l'absence de mucine dans les tissus. C'est à peu près la seule altération qui ait été observée.

IV

Dans les descriptions précédentes nous avons, à dessein, séparé les trois états pathologiques qui méritent le nom commun de cachexie pachydermique. Il nous faut maintenant les comparer entre eux et faire ressortir à la fois leurs traits communs et leurs caractères distinctifs : nous verrons ainsi si leur réunion, sous une même rubrique nosographique, est justifiable.

L'état de l'appareil tégumentaire est analogue dans les trois cas : toujours la peau est augmentée d'épaisseur, pâle et jaunâtre ; par suite, la physionomie est modifiée ; elle revêt toujours un air hébété, avec rapprochement des paupières et large ouverture de la cavité buccale. Plus marquée dans l'idiotie myxœdémateuse, cette altération de la face est, au contraire, réduite au minimum dans le myxœdème opératoire, mais ce ne sont que questions de degré et d'ancienneté. La pâleur est plus prononcée dans l'idiotie myxœdémateuse, également en raison de la plus longue durée de la maladie. Ce qui distingue davantage cette forme du type Gull-Ord-Charcot, c'est l'état du crâne qui est atrophié, dans la première, en raison de son développement dès l'enfance, alors qu'il est large dans le second cas et complète ainsi la pleine lune du visage.

Les annexes de la peau présentent, dans les différentes formes, des modifications identiques : les poils ne se développent pas dans l'idiotie myxœdémateuse, ils tombent dans les deux autres types.

Les muqueuses sont également modifiées dans le même sens : la langue volumineuse et pendante de l'idiot ne diffère que par le degré de la langue empâtée du myxœdémateux de Gull ou des opérés de Reverdin.

Le développement général du corps est entravé chez l'idiot myxœdémateux qui reste toute sa vie un nain; l'adulte pris de myxœdème ne rapetisse pas, non plus que le goîtreux opéré à vingt-cinq ans ; mais si ce même goîtreux est un écolier, son développement physique s'arrête : il n'y a donc de différence autre que celle déterminée par l'âge où intervient la cause du myxœdème.

Les troubles intellectuels sont également sous la dépendance de cette condition. L'enfant atteint de myxœdème au moment où son cerveau n'était pas encore développé reste idiot; l'enfant opéré du goître vers douze ans ne se développe pas intellectuellement, il perd même de ce qu'il a appris, reste ou devient arriéré, n'est pas capable d'un travail rapide; l'adulte auquel on a pratiqué la thyroïdectomie ou qui devient spontanément myxœdémateux perd la mémoire, n'a plus ni spontanéité intellectuelle ni rapidité des conceptions; il devient à moitié idiot, suivant une expression vulgaire. Il a plus à perdre que l'enfant avant d'être dépourvu de toute intelligence et, par suite, il lui en reste davantage. Chez tous ces sujets, d'ailleurs, la note dominante est la torpeur intellectuelle comme la torpeur physique.

Le refroidissement périphérique et la sensation de froid sont consignés dans toutes les descriptions. La cyanose des extrémités, celle des lèvres appartiennent également aux trois formes.

Reste à considérer l'état du corps thyroïde : ici encore les analogies sont évidentes et c'est, par excellence, le point de ressemblance des trois états morbides que nous avons décrits. Dans le myxœdème spontané des adultes, l'organe est ordinairement atrophié, quelquefois de volume normal ou augmenté de volume, mais anatomiquement il est toujours sclérosé et, en réalité, supprimé fonctionnellement. Dans l'idiotie myxœdémateuse, il fait défaut et cela vraisemblablement par absence de développement. Dans la cachexie strumiprive, il a été enlevé plus ou moins complètement, et lorsqu'il est resté un fragment ou une annexe (glande thyroïde accessoire), cette portion d'organe est insuffisante. En un mot, dans tous les cas, le corps thyroïde a toujours disparu fonctionnellement ou organiquement, quoique par un mécanisme variable.

En résumé, sauf quelques différences de détail dues aux conditions différentes d'âge dans lesquelles les sujets sont atteints et, sauf une marche un peu différente suivant leurs causes, les divers états que nous avons décrits se traduisent par des phénomènes cliniques analogues : ils méritent donc bien la dénomination commune de cachexie pachydermique sous laquelle ils sont connus.

En terminant, nous poserons un point d'interrogation. Le myxœdème spontané ne présente-t-il pas des formes atténuées, compatibles avec une longue vie, avec une existence à peu près normale, et n'y a-t-il pas des myxœdèmes spontanés, frustes, comme il y a des myxœdèmes opératoires frustes? Tout le monde connaît, pour en avoir rencontré dans la rue, des sujets de taille généralement au-dessous de la moyenne, au teint pâle, à la lèvre inférieure un peu pendante, dont le système pileux de la face est réduit au minimum, qui n'ont jamais eu de barbe; il en est dont l'intelligence est manifestement au-dessous de la moyenne, qui sont des « crétins » au lycée et le restent dans la vie; d'autres peuvent avoir une culture intellectuelle très développée, quelques-uns sont d'une fatuité révoltante; la plupart de ces dégénérés d'espèce particulière n'ont pas de descendance. Ne sont-ce pas des myxœdémateux? Nous ne le savons au juste : il ne nous a pas été donné d'examiner médicalement de sujets répondant au type que nous venons d'esquisser et de rechercher chez eux l'état du corps thyroïde, qui pourrait seul permettre d'émettre un diagnostic ferme; nous laissons à d'autres le soin de résoudre cette question.

V

L'étude clinique et anatomique des différentes formes de la cachexie pachydermique montre clairement le rôle que joue le corps thyroïde; absent congénitalement, détruit fonctionnellement par une inflammation sclérogène, ou enlevé chirurgicalement, il manque ou il a cessé de fonctionner chez tous les sujets atteints de myxœdème. C'est là un fait capital, prouvé sans contestation possible

(1) Gründler. *Centralbl. f. Chir.*, 1885, t. XII. p. 321.

par l'observation, admis, d'ailleurs, par tous aujourd'hui. La cachexie pachydermique n'est pas une entité morbide relevant d'une cause unique, diathésique ou autre; c'est l'expression clinique de la suppression anatomique ou fonctionnelle du corps thyroïde; c'est une sorte de syndrome qui mériterait presque de tenir, dans la pathologie générale du corps thyroïde, la place que tient l'urémie dans la pathologie du rein ou l'ictère grave dans la pathologie du foie.

Mais il s'agit de déterminer comment la suppression du corps thyroïde arrive à produire ce syndrome, quel est le mécanisme physio-pathologique du myxœdème, quels sont les intermédiaires bio-chimiques ou autres entre le fait brut de la disparition des fonctions de la glande et la production des lésions et des symptômes de la cachexie pachydermique.

Le rôle physiologique du corps thyroïde a longtemps été considéré comme fort restreint, de même que celui des glandes vasculaires sanguines dont l'histoire physio-pathologique réserve certainement plus d'une surprise encore aux physiologistes et aux médecins. En raison de son siège au voisinage des vaisseaux du cou, on lui accordait sur la circulation cérébrale un rôle d'agent régulateur qui, pour être réel, n'est pas le seul qui lui soit assigné : la compression des carotides par le corps thyroïde tuméfié au moment de l'effort, et son importance dans la régularisation de l'afflux sanguin au cerveau, ont été particulièrement mis en relief par M. le professeur Guyon.

Les autres fonctions du corps thyroïde (1), étudiées par von Rapp, par Bardeleben, par Schiff, n'avaient guère attiré l'attention, avant les travaux de Reverdin sur les conséquences de la thyroïdectomie. Depuis 1884, une série d'expériences physiologiques ont été entreprises pour les éclaircir.

Schiff remarque que la thyroïdectomie est bien supportée par les rongeurs (lapins, cobayes, rats), mais que les carnivores y succombent presque certainement; cependant les chiens survivent, lorsqu'on a soin d'enlever la glande en deux fois, à vingt jours d'intervalle; si l'intervalle est moindre, ils succombent encore à la suite de la deuxième opération. Schiff greffe à un animal le corps thyroïde qu'il vient d'enlever à un autre animal et il peut alors conserver vivant, après la thyroïdectomie, l'animal qui a reçu la greffe, à la condition pourtant de faire subir la deuxième opération avant la résorption de l'organe greffé. Les expériences de Colzi, de Sanquirico et Canalis, de Wagner confirment, dans leurs données essentielles, celles de Schiff.

Albertoni et Tizzoni constatent qu'après la thyroïdectomie les globules sanguins ne sont pas altérés; l'hémoglobine n'a pas diminué de quantité, mais le sang contient beaucoup moins d'oxygène qu'à l'état normal, il en renferme moins que le sang veineux à l'état normal.

Horsley, dans une importante série de recherches sur la thyroïdectomie expérimentale chez le singe, observe des phénomènes qui reproduisent tantôt le myxœdème opératoire aigu, tantôt le myxœdème chronique.

Dans le second cas, les animaux survivent en moyenne cent vingt-cinq jours et on trouve à l'autopsie un état cirrhotique plus ou moins généralisé ; dans le premier cas, le phénomène le plus frappant est l'apparence gélatineuse du tissu conjonctif qui contient une quantité considérable de mucine ; on trouve également de la mucine dans le sang.

Rogowitch constate chez les animaux privés de leur corps thyroïde une hyperhémie des centres nerveux, avec diapédèse des globules blancs, tuméfaction des cellules nerveuses qui sont troubles, vacuolaires, et à contours indistincts; il fait remarquer l'analogie de ces lésions avec celles de l'intoxication phosphorée et conclut que les phénomènes consécutifs à la thyroïdectomie sont d'origine toxique; en outre, il constate que les cellules du corps pituitaire sont en dégénérescence colloïde et il croit que cet organe subit une hypertrophie compensatrice à la suite de la thyroïdectomie.

Les expériences des physiologistes prouvent nettement que les troubles observés sont consécutifs à la thyroïdectomie elle-même, c'est-à-dire à l'ablation de la glande et non à des complications opératoires : nous avons d'ailleurs vu déjà que le myxœdème opératoire devait être attribué à la suppression elle-même de la glande et non à une altération des tissus ou des organes de voisinage.

On ne peut, malgré l'opinion de quelques auteurs, attribuer les troubles cérébraux de la cachexie pachydermique à la suppression de l'action modératrice du corps thyroïde sur la circulation cérébrale, on ne peut non plus, avec Kocher, expliquer tous ses symptômes par les troubles de l'hématose consécutifs à l'atrophie de la trachée, par suite de la ligature ou de la section de ses vaisseaux pendant la thyroïdectomie : cette explication tombe d'elle-même, puisqu'elle ne pourrait s'appliquer au myxœdème spontané.

Restent les théories qui font intervenir la suppression des diverses fonctions attribuées au corps thyroïde.

Les troubles de l'hématopoïèse, indiscutables chez les animaux privés de leur corps thyroïde, peuvent être invoqués pour expliquer l'état d'anémie des myxœdémateux, mais ils ne rendent pas compte des autres symptômes.

Schiff a émis l'opinion qu'une substance élaborée par la glande thyroïde et versée par elle dans le sang, joue un rôle dans la nutrition du système nerveux. Ewald admettrait plutôt que le corps thyroïde retient des produits de désassimilation nuisibles pour l'organisme et base cette opinion sur les phénomènes nerveux qu'il a vus survenir à la suite de l'injection sous-cutanée du suc extrait par broiement de cette glande. Les expériences de Schiff sur les résultats de la greffe de corps thyroïdes avant la thyroïdectomie, sont plus favorables à la première hypothèse; certains faits observés sur l'homme et dont nous rendons compte plus loin, semblent également prouver que les substances contenues dans le corps thyroïde s'opposeraient plutôt à la production du myxœdème. Pour nous servir d'une comparaison tirée du mode d'action des substances sécrétées par les agents pathogènes, les produits contenus et vraisemblablement élaborés dans le corps thyroïde, semblent avoir vis-à-vis de la cachexie pachydermique, une action empêchante et non une action favorisante : leur présence dans le sang ne produit pas d'auto-intoxication; au contraire, leur disparition de la circulation, par suite de la suppression de la glande, amène l'accumulation de mucine dans les tissus et détermine des troubles cérébraux qui constituent la cachexie pachydermique.

On peut aussi admettre, avec Horsley, que le corps thyroïde transforme les substances mucinoïdes et les amène à un état utilisable.

En résumé, si les fonctions du corps thyroïde sont encore incomplètement connues dans leur essence, si le mode

(1) On trouvera toute la partie physiologique de la question parfaitement étudiée dans la Revue critique de M. Lannois, déjà citée.

d'action de la glande dans la production de la cachexie pachydermique n'est pas encore déterminé, la réalité de son importance physiologique et de l'influence pathogénique de ses altérations est suffisamment affirmée par les faits cliniques et expérimentaux.

VI

Nous n'aurions guère à signaler que pour mémoire le traitement de la cachexie pachydermique contre laquelle la thérapeutique médicale est purement symptomatique et consiste surtout dans l'emploi des toniques, si Horsley (1) n'avait proposé, pour arrêter les progrès de cette affection, un moyen que lui avaient suggéré ses expériences physiologiques. Schiff a montré, comme nous l'avons vu plus haut, que la greffe abdominale ou sous-cutanée d'une glande thyroïde empêche le développement des accidents consécutifs à la thyroïdectomie, lorsque celle-ci est pratiquée ultérieurement; Van Eiselsberg a fait voir que la greffe de la glande que l'on vient d'enlever à un animal préserve celui-ci de ces mêmes accidents. Partant de là, Horsley émettait l'idée que si, après l'ablation du corps thyroïde chez l'homme, on greffait un fragment du corps thyroïde d'un animal, on empêcherait peut-être le développement de la cachexie strumiprive : l'incurabilité de celle-ci justifie l'expérience que Horsley se déclarait prêt à tenter; il ajoutait que l'on devrait de préférence se servir du corps thyroïde du mouton, chez lequel cet organe présente une grande analogie de structure avec celui de l'homme et chez lequel l'ablation de la glande détermine des accidents très analogues à ceux observés chez l'homme.

L'expérience ne tarda pas à être faite par M. le professeur Lannelongue (2), sur une petite malade du service de M. Legroux, atteinte d'idiotie myxœdémateuse; au bout de huit jours, on constatait que la cicatrisation était complète et que la greffe avait pris, mais les résultats ultérieurs de l'opération n'ont pas, croyons-nous, été publiés jusqu'à ce jour. Presque simultanément, Bircher (3) rapportait que, le 19 janvier 1889, il avait inséré, dans le péritoine d'une femme atteinte de myxœdème opératoire, un morceau de tissu relativement sain, pris dans un goître extirpé; les symptômes s'améliorèrent considérablement, mais pour reparaître au bout de trois mois après la résorption de la greffe; une nouvelle greffe fut suivie d'une amélioration plus nette encore. Kocher (4) qui avait fait, sans succès, en 1883, une tentative de ce genre, enhardi par l'observation de Bircher, a recommencé dans trois cas, en 1889, et un de ses malades en tira un grand bénéfice. Horsley, dans la note où il résume les faits de Bircher et de Kocher, déclare qu'il faut persévérer dans cette voie et s'en rapporter à l'expérience pour savoir s'il vaut mieux greffer un fragment de goître humain ou un corps thyroïde sain d'animal. Depuis cette dernière note, MM. Bettencourt et Serrano (5) ont rapporté l'observation d'une femme atteinte de cachexie pachydermique, chez laquelle la greffe d'un fragment de corps thyroïde de mouton amena une amélioration. Enfin M. Merklen (1) a présenté, à la Société médicale des hôpitaux, une femme atteinte depuis dix ans de myxœdème, chez laquelle la greffe d'un corps thyroïde de mouton, pratiquée par M. Walther, fut suivie d'une amélioration notable dans l'état des téguments et des fonctions intellectuelles, et de la cessation de métrorrhagies presque continuelles auparavant.

L'avenir montrera ce que l'on peut attendre de ce mode de traitement dans les diverses formes de la cachexie pachydermique.

(1) Horsley. *Brit. Med. Journ.*, 8 février 1890, p. 287.
(2) Lannelongue. *Bulletin médical*, 9 mars 1890, p. 225.
(3) Bircher. Loc. cit.
(4) Kocher, cité par Horsley. *Brit. Med. Journ.*, 26 juillet 1890, t. II, p. 201.
(5) Bettencourt et Serrano. Association française pour l'avancement des sciences, Congrès de Limoges, août 1890.

(1) Merklen et Walther. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, novembre 1890, p. 859.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Concours pour l'admission de médecins et de pharmaciens stagiaires à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Paris, le 22 janvier 1891.

Conformément à l'article 4 de la loi du 14 décembre 1888, un concours s'ouvrira le 21 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens diplômés de première classe civils, aux emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires.

Les candidats devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Être nés ou naturalisés Français; 2° avoir au moins vingt-six ans au 1er janvier 1891; 3° avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée : cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de deuxième classe au moins; 4° souscrire l'engagement de servir, au moins pendant six ans, dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur promotion au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront :

Pour les docteurs en médecine : 1° une composition écrite sur un sujet de pathologie générale; 2° examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale; 3° une épreuve de médecine opératoire, précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter; 4° interrogations sur l'hygiène.

Pour les pharmaciens de première classe : 1° composition écrite sur une question d'histoire naturelle, des médicaments et de matière médicale; 2° interrogations sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie; 3° préparation d'un ou plusieurs médicaments inscrits au codex et détermination de substances diverses (minéraux usuels, drogues simples, plantes sèches ou fraîches, médicaments composés).

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la Guerre (direction du service de santé, bureau des hôpitaux), avant le 1er décembre prochain. Ces pièces sont :

I. — Avant leur entrée à l'école : 1° acte de naissance revêtu des formalités prescrites par la loi; 2° diplôme ou, à défaut, certificat de réception au grade de docteur en médecine ou de pharmacien de première classe (cette pièce pourra n'être produite que le jour de l'ouverture des épreuves); 3° certificat d'aptitude au service militaire; 4° certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire; 5° indication du domicile où lui sera adressée, en cas d'admission, sa commission de stagiaire.

II. — Aussitôt après leur admission à l'école : l'engagement de servir, pendant six ans, dans le corps de santé militaire, contracté devant le maire de leur résidence dans la forme des engagements militaires.

Les stagiaires sont rétribués, pendant leur séjour à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, sur le pied de 3,096 francs par an ; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement.

Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de deuxième classe.

Ceux qui n'auront pas satisfait seront licenciés et tenus au remboursement de l'indemnité de première mise d'équipement.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient plus tard, volontairement, le service de santé militaire avant d'avoir accompli l'engagement de six ans.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous publierons dans notre prochain numéro le classement général des chefs de service, aides de clinique, internes et externes des hôpitaux de Paris.

— Les questions orales données en 1890 au concours de l'internat ont été les suivantes :

Veine cave supérieure ; — Insuffisance tricuspide (causes, signes et diagnostic). — Creux palmaire ; — Phlegmon de la main. — Dure-mère rachidienne ; — Causes, symptômes et diagnostic de la compression de la moelle épinière. — Articulations de [illegible] avec la colonne vertébrale ; — Diagnostic de [illegible]présentation du sommet au terme de la grossesse [illegible] muscles et nerfs du voile du palais ; — Signes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens. — Anatomie de la prostate ; — Infiltration d'urine (causes, signes et diagnostic). — Nerfs récurrents ; — Examen clinique des crachats. — Ligaments de l'articulation de la hanche ; — Symptômes de la coxalgie. — Lobule hépatique ; — Symptômes du diabète sucré. — Région parotidienne ; — Oreillons. — Vaisseaux et nerfs du pied ; — Causes, signes et diagnostic du mal perforant. — Valvules du cœur gauche ; — Symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique.

— Par décision ministérielle, en date du 23 janvier 1891, M. Lauza, médecin-major de première classe, a été désigné pour le 5e d'infanterie.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Nazaries est nommé préparateur de pharmacie.

— Les conférences de l'année 1891 de l'Association française pour l'avancement des sciences ont lieu dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente et, 14, rue des Poitevins, les samedis à huit heures et demie très précises du soir. La prochaine conférence aura lieu le samedi 31 janvier : « L'Océanographie », par M. Thoulet, professeur à la Faculté des sciences de Nancy. Des projections seront faites par M. A. Molteni.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles [illegible] par[illegible]teurs en publiant, ci-après, p. 128, la dern[illegible] maison de santé M. Joulie, pharmacien en chef et [illegible] de la ferme d'Arcy-en-Brie Dubois, du lait pur [illegible] (Seine-et-[illegible])

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 15. — MARDI 3 FÉVRIER 1891. 64e ANNÉE. MARDI 3 FÉVRIER 1891. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : **20** c. — Avec Supplément : **30** c.

SOMMAIRE. — HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er février 1891. — HÔPITAL BROUSSAIS. L'anesthésie par la cocaïne. — THÈSES DE PARIS. — MINISTÈRE DE LA MARINE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er février 1891.

HÔTEL-DIEU. — Médecin : M. le professeur Germain Sée; chef de clinique : M. Pignol; interne : M. Auscher; externes : MM. Dedieu, Artault, Letorey, Bouquet (Pierre), Lévy (Moïse), Dominici, Guérin (Paul), Bartoli, Larcena.

Médecin : M. Bucquoy; interne : M. Chavane; externes : MM. Le Tanneur, Fauquez, Douënel, Girard, Gasne.

Médecin : M. Dumontpallier; interne : M. Le Moniet; externes : MM. Verdier, Eichmuller, Charrade, Vivier, Didsbury, Mlle Leclerc, M. Le Conte.

Médecin : M. Proust; interne : M. Lafitte; externes : MM. Vigués, Ribell, Cavasse, Luton, Jacobson.

Médecin : M. Labbé (Édouard); interne : M. Faure-Miller; externes : Mme Peltier, MM. Bonamy, Page, Auclair.

Médecin : M. Lancereaux; interne : M. Thiroloix; externes : MM. Bodin (Léonce), Samalens, Lacour (René), Baley.

Chirurgien : M. le professeur Verneuil; chef de clinique : M. Clado; internes : MM. Cestan, Londe, Cazenave; externes : MM. Combalat, Caye, Husson, Anghelesco, Baruk, Leroy (Eugène), Fuchs, Lachouille, Maggiar.

Chirurgien : M. le professeur Panas; chef de clinique : M. Chaffard; internes : MM. Rochon-Duvignaud, Delbet, Vialet; externes : MM. Vibert, Pley, Bonnet, Iliesco, Mlle Pasternak, M. Foucart.

Chirurgien : M. Tillaux; internes : MM. Lautier, Ehrhardt; externes : MM. Fournier (Alfred), Auvray, Ancelet, Guilliou, Hulmann.

HÔTEL-DIEU ANNEXE. — Médecin : M. Richardière; interne provisoire : M. Diaz; externes : MM. Hardiviller, Pinesse, Durand, Sifflet.

Médecin : M. Variot; interne provisoire : M. Meslay.

Médecin : M. Marie; interne provisoire : M. Danseux.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Médecin : M. le professeur Jaccoud; chef de clinique : M. Ménétrier; interne : M. Achalme; externes : MM. Brion, Marot, Monsarrat, Pribat, Picou, Thomas (Jean).

Médecin : M. Audhoui; interne : M. Vassal; externes : MM. Nogué, Ferrier, Mougeot, Marinco, Presle.

Médecin : M. Robin; interne : M. Degueret; externes : MM. Dardel, David (Léon-Jules), Lévy (Armand), Duchemin (Edmond).

Médecin : M. Muselier; interne : M. Bureau; externes : MM. Golescéanu, Patay, Cocquerelle.

Médecin : M. Troisier; interne : M. Papillon; externes : MM. Dupuy, Tariel, Couvreur (Émile), Siron, Stavaux.

Médecin : M. Moutard-Martin; interne : M. Chevalet; externes : MM. Bouquet (Henri), Baraduc, Callais, Joly (Paul), Seguin.

Chirurgien : M. le professeur Le Fort; chef de clinique : M. Lejars; internes : MM. Halipré, Braquehaye, Damaye; externes : MM. Ripault, Decès, Chassevant, Lévis, Guérineau, Robineau (Albert), Mourlot, Paquet.

Chirurgien : M. Polaillon; internes : MM. Michel-Dansac, Brodier (Léon), Mayet; externes : MM. Lafond, Schmid, Cotta, Le Dard, Marie (René), Etchepare.

Accoucheur : M. Maygrier; interne : M. Audain; externes : MM. Daude-Lagrave, Trognon.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — Médecin : M. le professeur Potain; chef de clinique : M. Foubert; interne : M. Teissier; externes : MM. Marchal, Bellot (Paul), Jonnart, Sarafoff.

Médecin : M. Constantin-Paul; interne : M. Gauly; externes : MM. Claudel, Lenormand, Paulidès, Miquel, Bouley, de Oliveira.

Médecin : M. Brouardel; interne : M. Louis; externes : MM. Mourette, Dujon, Hemery, Chauson.

Médecin : M. Desnos; interne : M. Guibert; externes : MM. Huard, Latruffe, Delthil, Wateau.

Médecin : M. Cornil; interne : M. Macaigne; externes : MM. Ducellier, Mettetal, Luys.

Médecin : M. Luys; interne : M. Maurel (Pierre); externes : MM. Pécharman, Auguy, Alliot, Bruyer (Henri).

Chirurgien : M. le professeur Duplay; chef de clinique : M. Rochard; internes : MM. Chipault, Cazin, Binaud; externes : MM. Dujarier, Coulon, Clamouse, Grasset, du Bouays, Chéron, Papillon (Gustave).

Chirurgien : M. Després; internes : MM. Richerolle, Malherbe; externes : MM. Villatte, Lefournier, Trastour, Millet.

Accoucheur : M. Budin; interne : M. Gilis; externes : MM. Rouqués, Angerant.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Médecin : M. Hayem; interne : M. Pineau (Arsène); interne provisoire : M. Bodin; externes : MM. Bensaude, Spindler, Ravé, Crouzet, Beauvallet.

Médecin : M. Hanot; interne : M. Létienne; externes : MM. Kahn, Leterrier, Bossu, Perregaux.

Médecin : M. Gingeot; interne : M. Lamy; externes : MM. Roger, Delamare, du Mesnil, Desfosses.

Médecin : M. Tapret; interne : M. Sabouraud; externes : MM. Gibert, Maugery, Lucas (Gustave), Durand (Léon).

Médecin : M. Letulle; interne : M. Lelièvre; externes : MM. Veuillot, Sergent, Marçais, Vignaudon, Cordillot, Mennessier.

Médecin : M. Merklen; interne : M. Cautru ; externes : MM. Champenois, Venot, Pitre, Bresset.

Médecin : M. Brissaud; interne : M. Boix; externes : M. Himely, Mlle Balaban, MM. Clarac, Boncour (Paul).

Médecin : M. Ballet; interne : M. Enriquez; externes : MM. Brouardel, Fauvelle, Cuénod, Brunet (Henri).

Chirurgien : M. Monod; internes : MM. Artus, Berdal, Dufournier; externes : MM. Archambaud, Bidault, Guyard, Jeannin, Heins, Lalande.

Chirurgien : M. Blum ; internes : MM. Roussel, Bernardbeig, Reymond; externes : MM. Roland, Neveux, Casamayor, Differdange, Rabé, Claverie.

Service d'isolement. — Interne provisoire : M. Riche; externes : Mlle de Lesly, M. Boissier.

Hôpital Necker. — Médecin : M. le professeur Peter; chef de clinique : M. Marfan; interne : M. Appert ; externes : MM. Nanu, Anghelovici, Straïcovits, Tainturier, Pineau, Le Stunf.

Médecin : M. Rigal ; interne : M. Sauvineau; externes : MM. Villeprand, Comar, Houdaille, Corby, Bolognesi.

Médecin : M. Rendu ; interne : M. Boulloche (Pierre) ; externes : MM. Funck-Brentano, Pochon, Griner, Thiénot, Chauvel.

Médecin : M. Dieulafoy; interne : M. Charrier; externes : MM. Maire-Améro, Béretta, Marion, Estrabaut.

Chirurgien : M. le professeur Le Dentu; chef de clinique : M. Lyot; internes : MM. Buscarlet, Mauclaire, Terson ; externes : MM. Jay, Brunswic, Arrizabalaga, Mouchet, Valentin, Collet.

Chirurgien : M. le professeur Guyon ; chef de clinique : M. Albarran; interne lauréat : M. Legueu ; internes : MM. Nogué, Reblaud, Vigneron; externes : MM. Colin, Lapointe, Brisson, Frumusianu, Küss, Modiano.

Chirurgien : M. Horteloup; internes : MM. Repin, Basset; externes : MM. Ardouin, Chastenet, Saint-Martin.

Hôpital Cochin. — Médecin : M. Dujardin-Beaumetz ; internes : MM. Raoult, Tuilant; externes : MM. Main, Texier, de Marchéna, Paley (Maurice), Cantacuzène, Morisse, Plantier, Miquet.

Médecin : M. Gouraud; interne : M. Martin-Dur; externes : MM. Royer (Charles), Vanverts, Pasteau, Bournhonet, Guerlain.

Chirurgien : M. Schwartz ; internes : MM. Pompidor, Laurent-Préfontaine ; externes : MM. Long, Le Guern, Radovici, Larricq.

Chirurgien : M. Quénu; internes : MM. Lamotte, Touchard, Genouville; externes : MM. Duchemin, Deneux, Blanc, Thoumire, Savariaud, Jolly.

Accoucheur : M. Bouilly ; internes : MM. Baillet, Calbet ; externes : MM. Thévenard, Radiguet, Legras.

Service temporaire. — Médecin : M. Hirtz (Edgar) ; interne provisoire : M. Isidor.

Hôpital Beaujon. — Médecin : M. Millard; interne : M. Blaise; externes : MM. Charbaut, Darin, Canuet, Levi (Charles).

Médecin : M. Guyot ; interne : M. Sallard; externes : MM. Pouquet, Kortz, Guillemot, Bertherand, Batigne, Petit (René).

Médecin : M. Gombault; interne : M. Vercoustre; externes : MM. Janin, Le Juge de Segrais, Hardel, Grandguillot.

Médecin : M. Fernet; interne : M. Jourdan ; externes : MM. Duvacher, Piffault, Pascal, Bize (Maurice).

Chirurgien : M. Labbé (Léon); internes : MM. Adler, Veslin; externes : MM. Léger, Bonnus, Guibert-Lasalle, Leroy (Raoul), Delmas, Terrien, Lombard.

Chirurgien : M. Anger (Benjamin) ; internes : MM. Gervais de Rouville, Harou ; externes : M. Dumontier, Mlle Hoetzel, MM. Barthelemy, Aschkmazi, Charnaux.

Chirurgien : M. Anger (Théophile); internes : MM. Taurin, Dudefoy; externes : MM. Béal, Berg, Lesimple, Hugonnet, Thomas.

Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes ; interne : M. Legrand; externes : MM. Dauly, Bloch.

Hôpital Lariboisière. — Médecin : M. Bouchard ; interne : M. Guyon ; externes : MM. Crochet, Macé (Olivier), Meyer (Marcel), Beaussenat, Boufroux.

Médecin : M. Duguet; interne : M. de Saint-Germain ; externes : MM. Hobbs, Behr, Choppin (Paul), Decourt, Riche (André).

Médecin : M. Gérin-Roze ; interne : M. Nageotte ; externes : MM. Gerson, Cocquelet, Tanguy, Dreyer-Dufer.

Médecin : M. Gouguenheim ; interne : M. Mendel ; interne provisoire : M. Jacquinet ; externes : MM. Galmard, Tucker, Noir, Leroy (Albert), Favié, Lavocat.

Médecin : M. Raymond; interne : M. Oustaniol; externes : MM. Lorrain, Hamaide, Silva, Bouchacourt, Thomas (André).

Médecin : M. Landrieux; interne : M. Camescasse; externes : MM. Fourault, Bonzon, Vandaele, Paquy, Chabry, Sauvez.

Chirurgien : M. Périer ; internes : MM. Leblond, Bardol ; interne provisoire : M. Lantzenberg; externes : MM. Boutin, Dufour (Étienne), Mesnil, Barozzi (José), Gouvernaire, Chapdelaine, Semen, Cange.

Chirurgien : M. Delens ; internes : MM. Rouffinet, Bezançon; externes : MM. Aublé, Renous, Paté.

Chirurgien : M. Berger; internes : MM. Benoit, Jacob ; externes : MM. Tennant, Martin (Georges), Théry, Wesberge, Marchadier, Lemaire (Émile).

Chirurgien : M. Peyrot ; internes : MM. Chibret, Souligoux; externes : MM. Daumy, Calton, Mallet, Pouillot, Le Roux (Émile).

Accoucheur : M. Porak ; interne : M. Bernheim ; externes : MM. Sicard, Arnaud, Lemoult, Virchaux.

Hôpital Tenon. — Médecin : M. Dreyfus-Brisac ; interne : M. Gauthier (Charles); externes : MM. Iscovesco, Cohanesco, Javey, Guay, Grandon.

Médecin : M. Cuffer; interne : M. Michel; externes : MM. Tsakiris, Desgenetez, Daum, Darras (Charles), Royer (Adolphe), Schtein.

Médecin : M. Roques ; interne : M. Phulpin ; externes : MM. Laforest, Roullet, Lefilliâtre, Charpentier.

Médecin : M. Moizard; interne : M. Potier; externes : MM. Barbier, Moundlic, Sauvage, Duchesne, Rottenberg.

Médecin : M. Oulmont; interne : M. Bonneau ; externes : MM. Gotchaud, Wintrebert, Mlle Zlotowska, MM. Schwob, Tissier.

Médecin : M. Faisans ; interne : M. Orrillard (Abel) ; externes : MM. Deronde, Sarrouy, Lagnoux.

Médecin : M. Talamon ; interne : M. Thiercelin ; externes : MM. Rochon, Émery (Émile), Laurens, Tirard, Schwoob.

Médecin : M. Brault; interne : M. Perruchet ; externes : MM. Nimier, Delmond-Bébet, Grenet, Sainton (Royer), Chaudet.

Chirurgien : M. Felizet; internes : MM. Poivet, Bernard (Félix); externes : MM. Artières, Moundlic (Manja), Baldet, Vidal, Dercheu.

Chirurgien : M. Richelot; internes : MM. Pescher, Malapert, Morestin ; externes : MM. Ranglaret, Lemaître, Ravanier, Loriot, Estay, Milhau.

Chirurgien : M. Reynier ; internes : MM. Rousseau, Hulot, Bernard (Gustave) ; externes : MM. Lardeux, Fauvel, Maurice (Eugène), Euvrard, Bouteil, Abramovitch.

Accoucheur : M. Champetier de Ribes ; interne : M. Rancurel; externes : Mlle Kohan, MM. Meusnier, Bellot (Eugène).

Hôpital Laennec. — Médecin : M. Ball; interne : M. Durante; externes : MM. Trinité, Douriez, Tissier (Henri), Prévost, Keller.

Médecin : M. Ferrand; interne : M. Delanière; externes : MM. Brosset, Jacob, Moreau, Comte (Albert), Foubert, Poix.

Médecin : M. Straus; interne : M. Pilliet; externes : MM. Réville, Planque, Boquel, Zuber, Mermet.

Médecin : M. Landouzy; interne : M. Beaumé; externes : MM. Gosset, Escat (Étienne), Josué, Couillaud, Petit (Clément Chauveau.

Chirurgien : M. Nicaise ; internes : MM. Gauthier, Morax; interne provisoire : M. Letoux; externes : MM. Schweisguth, Gallet-

heures et demie très précises du soir, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente et, 14, rue des Poitevins : « L'Algérie et le Sahara », par M. Jean Dybowski, maître de conférences à l'École nationale d'Agriculture de Grignon. — Les projections seront faites par M. A. Molteni.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Voyages chez les lépreux, par le docteur ZAMBACO PACHA, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° avec une carte indiquant les localités lépreuses. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu de Marseille, par le docteur VILLENEUVE, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Marseille. Leçons, observations, statistique, recueillies par le docteur MÉTAXAS-ZANY, chef de clinique. Première année (1888-1889), 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

45

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

52

SOMNAL DU DR RADLAUER

(Chloral uréthané éthylé)

est liquide et se prend par doses de 2 grammes ou par demi-cuiller à thé, de préférence avec bière, café, cognac ou Porto, et procure, une demi-heure après l'avoir pris, un sommeil tranquille de six à huit heures, sans aucun inconvénient.

Le **Somnal** est recommandé particulièrement pour les insomnies nerveuses, les neurasthénies, les douleurs de la moelle épinière, maladies infectieuses, paralysies, mélancolie, hystérie, morphinisme et diabète.

Prix des 100 grammes : **6** *francs.*

SALICYLBROMANILID EN POUDRE

du Dr Radlauer

ANTIPYRÉTIQUE NOUVEAU TRÈS EFFICACE
ANTINÉVRALGIQUE ET ANTINERVEUX

100 gr., **6** fr. — *Fabrique* Dr RADLAUER, *Pharmacie de la Couronne*, à Berlin. — Représentant à Paris : Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie.— Dépôt : Pharmacie Centrale.

23

COTON IODÉ DU DR MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

26

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE
ACIDULÉE GAZEUSE

PARDINA (CORSE)

Maintenant son fer en dissolution, n'irritant pas et ne constipant jamais.
Anémie, Chlorose, Gastralgies, Appauvrissement du Sang.
0 fr. **80** la bouteille. — Toutes les pharmacies.
Administration : 2, rue Beauvau, Marseille.

04

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN
Recommandée dans les
Affections aiguës et chroniques de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes
Phie PELISSE, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

45

ANTIPYRINE DU DR KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros **l'ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

42

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT
Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer,**
Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

33

L'HUILE DE FOIE DE MORUE

DE BERTHÉ

est la seule qui soit préparée par des procédés approuvés par l'Académie de médecine de Paris.

« Dans différents mémoires présentés à l'Académie, M. Berthé a fourni la démonstration que, pour obtenir une huile d'une composition constante et aussi riche que possible en principes actifs, il était impossible que sa couleur ne fût pas foncée.

L'huile de foie de morue, préparée par les procédés de M. Berthé, contient une proportion considérable d'iode, de phosphore, de principes biliaires et de phosphate de chaux, quantité au moins double de celle qui se rencontre dans les huiles préparées autrement. » (Conclusions adoptées par une Commission de l'Académie de médecine de Paris après visite à la fabrique et examen des procédés.)

« C'est l'huile brune que l'on doit employer en médecine à l'exclusion des deux autres. » (*Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux.)

Les enfants acceptent facilement **l'Huile de Berthé** et ne tardent pas à la demander, car elle n'est pas « repoussante ». (Bouchardat.)

L'Huile de Berthé est l'huile de morue naturelle préparée avec des foies frais, directement importés par les soins de la maison L. FRÈRE, A. CHAMPIGNY et Cie, succes., 19, rue Jacob, Paris. Elle ne se vend qu'en flacons du prix de 2 fr. 50.

HUILE DE BERTHÉ CRÉOSOTÉE

(5 centigr. de créosote pure par grande cuillerée)
2 fr. 50 le flacon.

CAPSULES DE BERTHÉ CRÉOSOTÉES

(2 centigr. 1/2 de créosote pure par capsule)
2 fr. 50 le flacon de 60 capsules.

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)
PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

25

PEPTONATE DE FER ROBIN

OU

FER ROBIN ASSIMILABLE

Admis dans les hôpitaux de Paris
Présenté à l'Académie, en 1885, par Berthelot.

Le seul obtenu à l'état de véritable sel ferrugineux, en gouttes concentrées.
DOSE : 10 à 20 gouttes par repas.
DÉTAIL : Dans toutes les Pharmacies.

92

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS
Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY
Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE
CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

51

KÉPHIR LEJOT DIASTASÉ

FOURNISSEUR DES HOPITAUX DE PARIS
Compagnie Parisienne du Képhir
54, rue des Petites-Écuries, Paris

41

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oradges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ FRANCS.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.
Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

87

SOLUTIONS HENRY MURE

BI-PHOSPHATE DE CHAUX ARSÉNIÉ
CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX ARSÉNIÉ

Phthisie (1re et 2e période) — Rachitisme
Engorgements ganglionnaires et des articulations
Maladies des os et de la peau
Cachexies scrofuleuses et paludéennes
Epuisement nerveux

Le BI-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE produit des résultats surprenants et souvent inespérés. Sous son influence, la toux et l'oppression diminuent, l'appétit augmente, les forces reviennent.

Le CHLORHYDRO-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE donne des effets remarquables chez les diabétiques et dans la plupart des dyspepsies rebelles.

Litre, **4** *fr.* — *Demi-litre,* **2** *fr.* **50.**

AVANTAGES PRINCIPAUX SUR LES SOLUTIONS SIMILAIRES :

1° Emploi d'un **Phosphate monocalcique cristallisé,** d'une pureté absolue, permettant un dosage rigoureux ;
2° **Inaltérabilité absolue ;**
3° **Administration** facile par cuillerées dans un peu d'eau vineuse ou sucrée, pendant les repas ou hors des repas ;
4° **Traitement phosphaté** le plus sûr et le MOINS COUTEUX dans les affections chroniques.

Chaque cuillerée à bouche contient *1/2 gramme de sel et 1 milligramme d'arséniate de soude.*

NOTA. — Dans le cas où l'arséniate de soude ne serait pas indiqué, MM. les Docteurs pourront prescrire les mêmes solutions **H. MURE non arséniées.** — *Litre,* **3** *fr.*

DANS TOUTES LES PHARMACIES
Dépt gl : Phie H. MURE, à Pont-St-Esprit (Gard).

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD
Phtisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.
Paris, COLLIN et Cie, 49 r. de Maubeuge. (Éch. fo).

65

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.
Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE
au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE
Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.
5 fr. dans tles Phies. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Hystéro-épilepsie à crises distinctes; état mental particulier entre les accès. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement des dyspepsies chroniques par le massage; — Causes et traitement prophylactique des avortements réitérés; — Traitement électrique de l'incontinence d'urine; — Traitement des pharyngites et des angines chez les rhumatisants et chez les goutteux. — THÉRAPEUTIQUE. La croissance et son traitement. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — THÈSES DE PARIS. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les orateurs qui, jusqu'ici, ont pris la défense de la vaccine obligatoire, n'ont pas manqué de faire valoir, à l'appui de leur thèse, les bons résultats obtenus dans notre armée, depuis que les revaccinations y sont pratiquées, de fait, obligatoirement. Ce sont ces résultats officiels que M. Colin est venu faire connaître aujourd'hui à l'Académie : de 1863 à 1882 (en exceptant, bien entendu, les années 1870-1871), la mortalité par variole, dans l'armée, a été, en moyenne, de 75 par an. Cette mortalité annuelle descend à 15 environ à partir de 1883. La variole a donc donné, au total, dans l'armée, 104 décès en huit ans, y compris les garnisons de l'Algérie et de la Tunisie qui en comptent, à elles seules, le plus grand nombre.

Ces chiffres, comparés aux décès par variole de la population civile, peuvent se passer de commentaires. Ce n'est pas là, d'ailleurs, le seul argument que M. Colin ait invoqué en faveur de la vaccine obligatoire; il a montré que c'était une question humanitaire, en rappelant que les classes pauvres étaient les plus atteintes par la variole et que c'étaient elles, conséquemment, qui devaient tirer le plus de bénéfice de la loi réclamée. Comme on le voit, ce n'est pas encore sur ces arguments que pourra s'appuyer M. Le Fort pour défendre sa thèse, si toutefois il persiste à la défendre.

Nous signalerons une intéressante communication de M. Le Dentu, sur un cas de lésion traumatique du cerveau, dont le siège a pu être exactement déterminé par les symptômes observés. L'autopsie a permis de vérifier l'exactitude du diagnostic.

La laparotomie exploratrice semble entrer de plus en plus dans les mœurs chirurgicales et cette hardiesse des chirurgiens paraît d'autant plus justifiée que, dans bien des cas, cette laparotomie est, en même temps, curatrice. C'est ce qui eut lieu chez une malade, dont M. Routier a communiqué l'observation à l'Académie et dont on trouvera le résumé au compte rendu.

M. Béchamp a fait une première communication sur les phénomènes de l'aigrissement et de la coagulation spontanée du lait de vache. Dans cette première partie de son travail, il s'est contenté d'exposer les faits qu'il a observés et de montrer les résultats de ses expériences. Dans une prochaine séance, il doit donner une théorie de ces faits. Nous attendrons la fin du travail de M. Béchamp pour le résumer.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire; son choix s'est porté sur M. Weber, auquel nous sommes heureux d'adresser nos félicitations.

Elle s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. d'Arsonval sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie. La liste de présentation porte : en première ligne, M. Riban ; en deuxième ligne, M. Quinquaud ; en troisième ligne *ex æquo*, MM. Hanriot et André.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Jules VOISIN.

Hystéro-épilepsie à crises distinctes; état mental particulier entre les accès.

Je vais vous présenter une malade qui, à la fois hystérique et épileptique, offre, à la suite de ses attaques, un état mental absolument différent suivant la nature de la crise qu'elle vient d'avoir. Chez elle, en effet, nous notons la dépression mélancolique avec idées de persécution à la suite des accès d'épilepsie, pendant qu'au contraire après les attaques d'hystérie nous voyons apparaître, frappant contraste, la gaieté avec des idées érotiques et mystiques. Et comme il ne s'agit pas là d'un de ces cas de folie à double forme, telle que l'ont décrite Baillarger et Falret, j'ai cru bon d'attirer votre attention sur ce sujet.

Voyons donc rapidement l'histoire de notre malade. Elle a quarante-deux ans ; sa mère, peu intelligente, est épileptique, mais l'épilepsie, chez elle, n'est apparue que l'année dernière — je vous signale ce fait parce qu'il démontre combien il est parfois difficile de retrouver l'hérédité ; on croit souvent qu'elle fait défaut alors qu'elle n'a pas eu le temps de se manifester. C'est ce qui n'aurait pas manqué d'arriver dans notre cas si la mère était morte il y a un an. Ajoutez

que la grand'mère maternelle était aussi épileptique, que le père était buveur et congestif, et voyez quelle lourde et effrayante hérédité similaire, accumulée, directe et convergente, pèse sur notre malade.

A six mois, elle a des convulsions; réglée à treize ans, elle a des vertiges et des attaques. A l'école, elle se fait remarquer par sa mémoire facile, presque brillante, tout en étant d'une intelligence médiocre. Que de fois, d'ailleurs, ne verrez-vous pas ces deux facultés développées en proportion absolument inverse, la mémoire l'emportant le plus souvent sur le jugement! Loin de moi, toutefois, la pensée qu'une heureuse mémoire ne peut s'allier à une brillante intelligence.

Mais chez les dégénérés, chez cette catégorie de malades qui nous occupent en ce moment, le fait le plus habituel, je dirais presque la loi, c'est celui que je viens de vous signaler et vous verrez, à la suite des attaques et des vertiges épileptiques, la mémoire s'affaiblir de jour en jour, le cercle des idées se rétrécir de plus en plus jusqu'au moment où la ruine intellectuelle sera complète : c'est alors la démence qui s'installe. Et dans ce cerveau où les images se succédaient autrefois nombreuses et variées, il n'existe plus maintenant la moindre trace d'activité.

Mais revenons à notre malade. Je vous ai dit qu'elle présente des crises distinctes d'hystérie et d'épilepsie; chez elle, en effet, il n'est pas possible de s'y tromper : ou bien elle tombe poussant un cri, écume, gâte, ronfle, reste hébétée plusieurs heures après l'attaque; ou bien, au contraire, elle sent une boule qui lui monte à la gorge, elle prend ses précautions pour tomber, est agitée de grands mouvements clowniques, retrouvant sa connaissance aussitôt l'attaque finie. Ce sont bien là deux crises de nature différente. Mais c'est l'état mental consécutif à ces accès ou même à de simples vertiges sur lequel je veux attirer votre attention.

Vous pouvez la voir, et cela pendant quinze jours consécutifs, assise à l'écart de ses compagnes seule sur un banc, son livre de messe à la main, marmottant d'un air triste et sombre les mêmes prières. Si vous l'approchez, elle vous dira « qu'elle est bien malheureuse, qu'on la soigne mal, qu'on ne lui donne rien, que toutes les infirmières sont liguées contre elle, qu'on lui fait des misères, que tout le monde lui en veut ».

D'autres fois, au contraire, elle accourt sitôt qu'elle m'aperçoit, joyeuse, obséquieuse, la figure souriante; elle me prend les mains, me dit combien elle est heureuse. C'est qu'alors « Dieu lui a parlé dans la nuit », elle a vu « la bonne Vierge qui lui a dit : Sois sage, aime bonne Mère, ne te marie que lorsque tu seras guérie, tu le seras bientôt ». Et la voilà aux anges à la suite de ces hallucinations de la vue et de l'ouïe. Mais cette période de contentement ne durera pas plus de cinq à six jours. Elle va retomber dans la dépression mélancolique du début. Ces deux états différents, dans lesquels vous voyez, d'un côté, la malade mécontente, grognon, querelleuse; de l'autre, douce, aimable, prévenante, obséquieuse, sont les deux formes habituelles que vous rencontrez généralement chez les épileptiques. Mais l'un et l'autre n'ont pas une longue durée, il suffit d'une observation, d'une attention pour un autre malade, d'un simple regard, d'un rien pour opérer un brusque changement, et l'individu doux, paisible de tout à l'heure, devient emporté, violent et batailleur. Vous pouvez, à la suite d'un vertige ou d'un accès, assister à une scène effroyable et voir, par exemple, notre malade, surtout après une série d'attaques convulsives, crier, frapper, briser tout ce qui lui tombe sous la main. Force est bien alors de lui mettre la camisole. Les accès de fureur sont toujours les mêmes; ce sont les mêmes expressions, les mêmes actes, ce qui est encore la caractéristique des accès épileptiques. Puis reviennent les hallucinations de la vue et de l'ouïe, et vous la reverrez joyeuse et contente. Il existe donc bien chez elle deux états nettement distincts, états qui sont séparés par des attaques ou des vertiges, et, je vous le répète, le *contentement est consécutif aux attaques d'hystérie et les idées mélancoliques correspondent plutôt aux accès d'épilepsie.*

Pourrait-on assimiler de tout point cet état à celui que Falret et Baillarger ont décrit sous le nom de folie circulaire ou à double forme? Non, car s'il le rappelle ce n'est qu'en apparence, la cause productrice en diffère. Les *hallucinations auditives et visuelles* sont ici les seules causes de ce changement d'état sur lequel j'ai insisté. La malade ne devient heureuse et contente que lorsque « Dieu lui est apparu, lorsqu'elle lui a parlé dans la nuit »; et chaque période différente est précédée d'une attaque. Dans la folie à double forme de Falret et Baillarger, la transition entre la dépression et l'excitation se fait ou brusquement ou, au contraire, d'une façon lente et graduelle, sans être précédée d'attaques et d'hallucinations, comme dans notre cas particulier. Toutefois, entre la forme décrite par Baillarger et Falret et celle que je viens de vous exposer, il y a de tels points de ressemblance qu'on ne peut s'empêcher de les rapprocher sans les identifier.

Les idées de persécution que présente la malade ne peuvent suffire pour nous permettre de porter le diagnostic de délire des persécutions. Vous savez, en effet, que cette folie partielle a une évolution toute spéciale, caractérisée par la tendance à la systématisation. Le malade, au début, prétend d'une façon générale « *qu'on* lui en veut, *qu'on* lui fait des misères »; plus tard, il accuse une corporation, les jésuites, les francs-maçons; enfin, il désigne nominalement son persécuteur. Il est la proie d'hallucinations auditives qui ont la plus grande valeur au point de vue du diagnostic, si bien que la coexistence d'hallucinations visuelles doit toujours faire songer à un substratum alcoolique ou hystérique. Le persécuté peut aussi, à la dernière période, présenter des idées de grandeur; on lui en veut, et pourquoi donc? La réponse est bien simple : c'est qu'il doit être un personnage important. Toutefois, pour fréquentes que soient ces idées ambitieuses, la mégalomanie ne peut être indiquée comme le terme certain, fatal de tout délire des persécutions. Vous voyez donc par cela seul que notre malade ne peut être placée dans cette catégorie d'aliénés; son mécontentement passager, ses accusations toujours les mêmes, ne revêtent point les caractères que je viens de vous indiquer comme propres aux persécutés.

Quant aux idées mystiques et érotiques qui hantent son cerveau, on ne peut non plus les confondre avec la folie religieuse. Ce ne sont point, en effet, des idées ambitieuses convergeant vers un but. Elle sent un *frémissement génital* qu'elle peut dominer, elle discute pour savoir si elle doit se faire religieuse ou se marier, elle ne sort pas du platonisme. L... ne nous parle pas sans cesse de ses visions et de ses projets, elle subit ces idées mystiques et érotiques (les deux allant presque toujours ensemble), mais elle ne s'en sert pas. Vous ne remarquez point chez elle d'hallucinations impératives, comme chez les fanatiques religieux;

elle ne commettra ni sacrifice, ni crime pour arriver à son but, et si elle tue (comme cela arrive parfois aux épileptiques), ce ne sera pas pour exécuter un dessein longtemps prémédité à l'avance.

Vous avez dû remarquer déjà qu'on la soustrait facilement à ses idées délirantes; si vous l'interrogez elle vous répondra nettement, catégoriquement, et ce caractère suffit pour distinguer l'état mental des épileptiques de celui des maniaques simples. Le diagnostic vous sera rendu encore plus facile, si vous tenez compte de ce fait que l'épileptique n'a pas le souvenir d'actes qu'il accomplit dans son délire, tandis que le souvenir peut paraître dans la manie simple.

Dans les « Annales médico-psychologiques » de 1886, M. Doutrebente a publié une étude sur la folie circulaire qu'il considère comme une forme larvée de l'épilepsie, puisque les grandes manifestations de la terrible névrose sont apparues plus tard. Notre malade, je vous le répète, n'est pas un type parfait de la folie circulaire, mais les alternances d'excitation et de dépression qui existent chez elle permettent cependant de la rapprocher en tant qu'épileptique des malades de Doutrebente.

Quel pronostic nous faut-il porter? Quand je vous aurai dit que ses accès vont se rapprochant chaque jour, se répétant plus nombreux chaque fois, que l'épilepsie actuellement semble prendre le dessus, tandis que les attaques d'hystérie deviennent moins nombreuses, vous n'aurez pas de peine à comprendre que la démence n'est pas loin, à moins que la malade ne soit enlevée dans une série d'accès.

Pouvons-nous quelque chose pour elle? Inutile de dire que nous sommes désarmés. Le bromure de potassium et l'isolement la rendront moins dangereuse, ils ne sauraient la guérir.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des dyspepsies chroniques par le massage.

Le traitement des dyspepsies chroniques par le massage est actuellement préconisé en Allemagne et Cseri (de Budapest) lui a consacré, dans le *Wiener Medizinische Wochenschrift*, un article intéressant. Ce traitement paraît avoir eu, dans un assez grand nombre de cas, une réelle efficacité. Son emploi, à la condition bien simple de le réserver aux dyspepsies nettement chroniques, sans phénomènes inflammatoires, sans hémorrhagies gastro-intestinales, est de toute façon entièrement inoffensif. Voici d'ailleurs, sommairement résumés, sa technique opératoire, son mode d'action, ses résultats.

I. La technique opératoire du massage de l'estomac est d'une grande simplicité. Le moment le plus favorable pour les séances est la période qui s'étend de deux à trois heures après le principal repas. Le malade est placé dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies sur le bassin, la bouche ouverte, respirant largement. Le massage consiste tout d'abord dans des effleurements très superficiels, très légers, de la région stomacale. Peu à peu, la pression devient plus forte et l'on finit par pratiquer un véritable pétrissage de l'estomac, en ayant soin de diriger toujours les pressions de l'extrémité cardiaque et des bords de l'organe vers le pylore. La durée de chaque séance est de dix minutes environ. Après le massage de l'estomac, on pratique pendant quatre à cinq minutes le massage de l'intestin. Les pressions portent tant sur l'intestin grêle que sur le gros intestin. Il est bon, pour ce dernier, de suivre son trajet anatomique en partant du cæcum, suivant le trajet du colon ascendant, du colon transverse, du colon descendant, pour terminer à l'S iliaque.

II. Le mode d'action du massage est, d'après Cseri, le suivant. Se trouvant pratiqué au moment où l'estomac est rempli d'aliments, souvent mal digérés, et qui y feraient encore un long séjour, il assure le passage de ces aliments dans le duodénum, d'abord en réveillant la contractilité des fibres musculaires stomacales, puis par l'impulsion directe que les pressions impriment à la masse alimentaire. A la longue, il finit ainsi par réveiller la tonicité de l'estomac. En même temps, il combat la tendance à la constriction du pylore, constriction à laquelle Cseri attribue un rôle, en particulier dans les dyspepsies nerveuses. Enfin la stimulation qu'il exerce sur la paroi musculaire n'est peut-être point sans influence sur l'augmentation de sécrétion du suc gastrique. Le massage de l'intestin agit d'une façon analogue. On doit rappeler combien la constipation est fréquente chez les dyspeptiques. Le massage intestinal qui constitue un des moyens les plus puissants de la combattre est donc, au point de vue de cette indication spéciale, d'une grande utilité.

III. Les résultats obtenus sont, si l'on s'en tient au soulagement momentané, presque immédiats. Dès la fin de la séance, les malades se sentent soulagés, ils n'ont plus cette sensation de lourdeur, de distension ordinaire dans les dyspepsies. Jamais au cours du massage, ni après la séance, ils n'éprouvent, si l'on procède dans les pressions avec la graduation nécessaire, la moindre douleur. Il n'est pas rare, au moment où cesse la distension de l'estomac, de les voir accuser un désir marqué de sommeil, fait intéressant au point de vue des insomnies d'origine gastrique. Au bout de quelques jours de traitement, leurs idées tristes disparaissent. Ils se sentent bien à l'aise et n'éprouvent plus cette tendance aux frissons qui leur est d'ordinaire si pénible. Mais pour consolider l'amélioration obtenue, le massage doit, généralement, être continué pendant un certain temps; il est fréquent, après l'avoir cessé, d'être obligé de le reprendre par suite de rechutes ultérieures. Il est à peine utile d'ajouter que ce traitement mécanique de la dyspepsie n'est nullement exclusif et qu'on devra venir en aide à son action, tant par un régime alimentaire rigoureux que par les médicaments appropriés.

Causes et traitement prophylactique des avortements réitérés.

Les causes des avortements réitérés ont fait, à l' « Obstetrical Society » de Londres, l'objet d'une intéressante discussion. En dehors de l'influence bien connue de la syphilis, Leith Napier montre le rôle des endométrites, même légères, et des congestions utérines, qu'il a pu retrouver dans plus de 50 p. 1000 de ses observations. Handfield Jones insiste sur l'importance des affections cardiaques dans la pathogénie de ces avortements répétés; il est vrai que ces affections cardiaques agissent par la congestion utérine qu'elles déterminent et que certains faits d'avortement, ainsi pro-

duits, peuvent être rapprochés des faits de Napier. Routh, enfin, signale le rôle que paraît jouer l'albuminurie du père dans quelques faits d'avortements à répétition.

Le traitement prophylactique, basé sur ces indications étiologiques, réussirait, d'après Napier, à empêcher l'avortement et à faire mener à bien la grossesse dans plus des trois quarts des cas. L'exercice sera très modéré et un repos absolu sera imposé pendant au moins une semaine par mois, au moment des règles. Si l'on constate une affection utérine, on s'attachera surtout à traiter l'endométrite; les déviations ne sont, le plus souvent, qu'une conséquence de l'engorgement utérin et leur importance est secondaire. En dehors des indications du traitement spécifique des médicaments cardiaques, Napier préconise deux médicaments : le mercure qui, donné d'une façon prolongée, rendrait de grands services, même dans les cas où il n'y a pas trace de syphilis, et le viburnum prunifolium, qui constituerait un très bon calmant de l'excitabilité utérine (1).

Traitement électrique de l'incontinence d'urine,

D'APRÈS STEAVENSON (2)

L'électrisation directe du sphincter uréthral (méthode de Guyon) donne, dans l'incontinence d'urine de l'enfance, les meilleurs résultats. Cette électrisation est faite au moyen d'une sonde spéciale, à bout olivaire, qu'on introduit jusque dans la portion membraneuse de l'urèthre, et qui est mise en communication avec le courant induit. La seule difficulté de cette méthode est la résistance qu'opposent parfois les enfants indociles nerveux à l'introduction de la sonde. Aussi la méthode de Steavenson, plus facilement acceptée, car elle n'exige point le cathétérisme, est-elle intéressante à connaître. Au lieu du courant induit, Steavenson emploie un courant continu très faible. Le pôle négatif est relié à une large plaque placée sur la région dorsale inférieure de la colonne vertébrale; le pôle positif est relié à une petite olive promenée sur le périnée. Les séances sont de huit à dix minutes et répétées tous les jours ou tous les deux jours. Il est rare que huit à dix séances n'amènent pas la guérison. C'est seulement en cas d'insuccès qu'il faut remplacer les courants continus par les courants induits. Avec les courants induits, l'emploi de l'électrode intra-uréthral devient nécessaire.

Traitement des pharyngites et des angines chez les rhumatisants et les goutteux,

D'APRÈS BEVERLEY ROBINSON (3)

Le rhumatisme et la goutte jouent souvent un rôle dans les pharyngites et les angines, soit aiguës, soit chroniques. Il importe, dans tous les cas rebelles aux méthodes ordinaires de traitement, de rechercher cette cause diathésique, Non seulement les indications locales sont en effet modifiées, mais les indications générales deviennent prépondérantes.

I. Au point de vue du traitement local, Beverley Robinson signale d'abord les mauvais effets des astringents dans toutes les inflammations diathésiques. Au lieu de diminuer la sécheresse, l'irritabilité de la muqueuse atteinte, ils ne font que les exagérer. Cette intolérance pour les astringents est souvent telle, qu'elle devient un signe diagnostique. Au contraire, les inhalations, les pulvérisations émollientes amènent le plus grand soulagement. Les inhalations seront faites avec de l'eau tiède, additionnée de benjoin, de teinture d'eucalyptus, de goudron; elles seront faites le soir au moment de se mettre au lit, les inhalations pratiquées dans la journée amenant souvent une grande susceptibilité aux changements de température produits par la moindre sortie. Les pulvérisations seront faites avec une solution alcaline additionnée de glycérine et d'une faible quantité d'acide phénique, de thymol ou de menthol. Les diverses eaux sulfureuses peuvent être également employées en inhalations ou en pulvérisations. La cocaïne, comme moyen de soulagement immédiat, rend, au moment des crises douloureuses, de grands services, principalement sous forme de pulvérisations cocaïnées.

II. Comme traitement général, les eaux arsenicales (La Bourboule) ou sulfureuses (Aix-les-Bains, Marlioz, Challes) donnent les meilleurs résultats. Il est très utile d'activer l'élimination par les diurétiques (eaux minérales alcalines), les purgatifs légers (podophyllin ou faibles doses de calomel si le foie semble congestionné), les excitants cutanés (bains de vapeur, frictions, massages), l'exercice. L'alimentation sera modérée, mais suffisante. Il est souvent utile d'interdire tous les aliments sucrés ou féculents, Enfin, Beverley conseille beaucoup le fer (x à xx gouttes de perchlorure de fer données trois fois dans les vingt-quatre heures). Pour que le fer donne tous ses résultats, il est très utile de prescrire simultanément des inhalations d'oxygène. L'association de la médication ferrugineuse et des inhalations oxygénées augmente le pouvoir oxydant des globules rouges et triomphe vite du ralentissement de la nutrition.

Dr A.-F. P.

THÉRAPEUTIQUE

La croissance et son traitement.

Par le docteur DELMIS.

Une thèse extrêmement remarquable, soutenue, il y a quelques mois, devant la Faculté de médecine de Paris, par M. Springer, ancien interne des hôpitaux de Paris, a montré toute l'importance clinique des phénomènes de croissance et projeté sur l'acte même de la croissance des lueurs nouvelles.

Il n'est pas besoin de faire remarquer l'intérêt pratique qui s'attache à ce sujet. Quel est, en effet, le médecin qui ne rencontre à chaque instant dans sa pratique des enfants, des adolescents qui ne sont pas malades et qui ne sont pas bien portants; chez lesquels on ne trouve rien de nettement caractérisé et qui ont, cependant, toujours « quelque chose », dont la croissance, en un mot, se fait mal.

Rien de sérieux au début de ces croissances suspectes. L'enfant est simplement « délicat », pour employer le terme d'usage. Mais, comme le montre très bien M. Springer, la croissance va mettre en œuvre chez lui tous les processus physiologiques de la nutrition qu'elle portera à leur summum d'intensité.

Si elle évolue sur un terrain taré par l'hérédité, ou par le milieu, ou par ces deux grandes causes agissant à la fois, qu'arrivera-t-il?

Ne trouvant pas dans la nutrition la quantité et la quotité de matériaux, dont elle a besoin pour la constitution des éléments de nouvelle formation, la croissance se fera suivant un type anormal, mais elle se fera quand même et comme elle pourra. Il en résultera que les éléments anatomiques nouveaux seront formés

(1) *The Lancet*, 20 décembre 1890, p. 1333, et 10 janvier 1891, p. 88.
(2) STEAVENSON. *The Lancet*, 10 janvier 1891, p. 83.
(3) BEVERLEY ROBINSON. *Medical Record*, 6 décembre 1890, p. 624.

à l'aide de substances anormales et que les éléments déjà formés seront appauvris au profit des éléments de nouvelle formation. Ce ne sera pas encore la maladie, mais ce sera l'état pathologique en puissance. Qu'un facteur pathogène un peu actif intervienne alors : traumatisme, infection, intoxication, dystrophie, etc., et on verra survenir, suivant telle ou telle circonstance individuelle ou héréditaire, le rachitisme, la chorée, la chlorose, la périostite phlegmoneuse diffuse, l'ostéo-myélite, la scrofulose, la tuberculose enfin ; l'expérience clinique justifie à chaque instant cette manière de voir.

Il est donc de la plus haute importance de surveiller de très près l'évolution de la croissance et de lui venir en aide, de la traiter en un mot.

Mais comment et par quoi?

« La thérapeutique doit être pathogénique », a dit excellemment M. le professeur Bouchard dans sa savante introduction à la Thérapeutique de Nothnagel et Rossbach.

La pathogénie des maladies de croissance établit surabondamment la profonde vérité de cet aphorisme : « Modifier le terrain, tout est là. »

Or, pour modifier le terrain, il faut soutenir ou relever la nutrition ; la soutenir quand elle paraît insuffisante à la tâche que lui impose fatalement la croissance, la relever quand elle n'a pu suffire à ce supplément de labeur et que les premiers accidents apparaissent. C'est surtout en ces matières que le « principiis obsta » est la sagesse et la prudence même, et que la thérapeutique est à peu près condamnée à l'impuissance quand elle arrive trop tard.

Mais quelle doit être cette thérapeutique ?

Il est bien évident que les indications ne sauraient être formulées d'une façon univoque et, en quelque sorte, mathématique ; elles varient beaucoup suivant les cas et avec les susceptibilités individuelles. Il n'en est pas moins vrai que, dans l'immense majorité des cas, il y a, en dehors des facteurs hygiéniques purs, *utilité* ou *nécessité* de recourir :

1° Aux préparations de chaux (et surtout au lacto-phosphate de chaux) qui fourniront aux formations ou aux réparations osseuses ;

2° Au tonique par excellence : le *quinquina* ;

3° A la viande (qui fera du muscle).

Or, la pratique médicale est, depuis de longues années, reconnaissante à un pharmacien-chimiste des plus distingués, M. Vial (de Lyon), d'avoir pourvu, et de la façon la plus heureuse, sous la forme la plus agréable et la plus assimilable tout à la fois, à cette triple indication générale de la croissance.

Le vin si connu auquel il a donné son nom, le Vin de Vial, mérite parfaitement son qualificatif de *médicament-aliment*. Chaque cuillerée à bouche représente rigoureusement, en effet, les principes actifs :

De 2 grammes de quinquina (choisi parmi les écorces les plus riches de la famille des Calisaya) ;

Et de 50 grammes de viande de bœuf de première qualité ;

Plus 30 centigrammes du sel de chaux par excellence : le lacto-phosphate de chaux.

La façon dont M. Vial a réussi à incorporer tous les sucs nutritifs de la viande de bœuf dans son vin est fort ingénieuse et mérite d'être rapportée sommairement. « Il traite, par l'alcool très faible, la viande maigre de bœuf dépouillée avec soin de ses aponévroses et hachée menu. Après six heures de contact, il soumet le produit à la presse hydraulique et recueille le liquide. Il opère sur le résidu un second, puis un troisième traitement semblable. Alors il réunit les liquides, les évapore dans le vide à une très basse température, et obtient ainsi le suc de viande, qui ne ressemble en rien aux extraits de viande du commerce. Ce suc de viande crue est dissous dans du vieux vin de Malaga, puis additionné d'excellent quinquina Calisaya (rigoureusement titré) ; on ajoute alors du lacto-phosphate de chaux parfaitement soluble et on filtre à l'abri de l'air. »

Nous nous reprocherions d'insister sur les qualités qui ont classé, depuis quinze ans, le « Vin toni-nutritif de Vial » parmi les spécialités pharmaceutiques les plus estimées du Corps médical. Les praticiens savent les services qu'il rend dans toutes les affections où il y a lieu de relever ou de soutenir les forces : chlorose, anémie, grossesses difficiles, convalescences, maladies par ralentissement de la nutrition, tuberculose et scrofulose, etc. Nous avons voulu rappeler seulement, ici, qu'il trouve dans les phénomènes et les maladies de croissance, une de ses meilleures indications.

THÈSES DE PARIS

Étude sur les kystes poplités, par M. Garnier.

Ce travail est fait avec des documents empruntés aux travaux de M. Poirier. Voici les enseignements qu'il nous fournit :

Les kystes poplités, même ceux qui siègent dans certaines bourses séreuses de la région, sont en très grande majorité (99 p. 100) d'origine articulaire. Ces kystes comprennent quatre variétés :

1° Kystes de la bourse séreuse du jumeau interne et du demi-membraneux ;

2° Kystes du prolongement poplité de la synoviale du genou et de la bourse séreuse du muscle poplité ;

3° Kystes des procès synoviaux internes et externes ;

4° Kystes des ganglions développés aux dépens des follicules synoviaux.

Contrairement à l'opinion de certains auteurs, ces kystes seraient l'effet et non la cause des affections articulaires que l'on observe toujours en même temps.

L'incision antiseptique avec excision, s'il s'agit de petits kystes, avec cautérisation de la poche, s'il s'agit de gros kystes, est le meilleur traitement.

La polyadénite périphérique chez les enfants tuberculeux, par M. Marinescu.

On n'a pas oublié la communication importante faite au Congrès de la tuberculose, par M. Legroux, sur ce qu'il appelait la micro-polyadénite infantile. Un enfant présente des symptômes vagues qui font penser à la tuberculose : en l'examinant, on trouve des adénopathies périphériques multiples, ne s'expliquant par aucune lésion. Cet enfant est le plus souvent un tuberculeux. La constatation de ces adénites, toujours fort petites, est d'un grand secours pour démasquer une tuberculose encore douteuse ou à peine soupçonnée. Par exemple, au début de la coxalgie, chez l'enfant, alors qu'il n'y a encore que des signes peu marqués et discutables, la présence, dans le triangle de Scarpa, de petits ganglions durs et mobiles, suffit pour donner les plus grandes probabilités au diagnostic d'arthrite tuberculeuse de la hanche.

Aussi, nous devons admettre les conclusions de M. Marinescu, lorsqu'il écrit :

Chaque fois qu'on a affaire à des enfants soupçonnés de tuberculose, la recherche attentive de ces adénopathies périphériques est tout aussi nécessaire que l'examen de la peau et particulièrement des fesses pour constater les cicatrices révélatrices chez des enfants soupçonnés d'hérédo-syphilis.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 février 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un pli cacheté sur le traitement de la tuberculose, par M. le docteur Picot (de Bordeaux) (Accepté) ;

2° Une observation ayant pour titre : carcinome annulaire du

col et du vagin; grossesse avancée; opération césarienne à huit mois et demi; mort de la mère cachectique le dix-huitième jour; mort de l'enfant à l'âge de trois mois, par M. le docteur Jeannel (de Toulouse).

COMMUNICATIONS

Laparotomie exploratrice pour ictère. — M. ROUTIER a opéré, le 30 octobre dernier, une malade qui était entrée à Laënnec dans le service de M. Straus pour une attaque brusque de coliques hépatiques avec ictère devenu rapidement noir et décoloration des selles. Malgré le traitement médical, les vomissements devinrent incessants, une escharre se déclara au sacrum et l'état général était devenu mauvais. M. Routier ne trouva pas la vésicule distendue et, néanmoins, il proposa une laparotomie exploratrice, incapable, selon lui, d'aggraver l'état de la malade. Il fit une laparotomie médiane sus-ombilicale, il constata que la vésicule n'était pas distendue, il palpa soigneusement, mais sans résultat, les canaux cystique, hépatique, cholédoque et le duodénum. Cela fait, ne voyant pas d'indication à établir une fistule, il referma simplement le ventre. Or, est-ce effet salutaire du massage des canaux biliaires effectué par son exploration manuelle, à partir de ce jour les vomissements ont cessé, l'ictère a disparu et la malade a complètement guéri, malgré une broncho-pneumonie intercurrente. M. Routier se félicite de n'avoir pas établi une fistule, car la malade n'eût sans doute pas résisté à une déperdition de bile importante.

Localisations cérébrales. — M. LE DENTU présente le cerveau d'un homme mort, dans son service, à la suite d'un coup de feu dans la tête. Comme symptômes primitifs, le blessé présenta de l'hébétude sans coma, de l'aphasie sans paralysie de la langue, une paralysie du facial inférieur du même côté que la blessure, une paralysie des muscles frontal et sourcilier du même côté due à la section des filets les plus élevés du facial par le projectile, une très légère parésie du membre supérieur également du même côté que la blessure.

La blessure du tronc du facial, dans l'intérieur du crâne, ne pouvant être admise, M. Le Dentu diagnostiqua une blessure des deux lobes frontaux par le projectile qui avait dû aller se loger dans le lobe frontal gauche au voisinage des centres du langage articulé, des mouvements de la face et du membre supérieur.

Comme symptômes relativement tardifs, il se produisit chez le blessé, dans la nuit du deuxième au troisième jour, des convulsions épileptiformes du même côté que la blessure, dues, sans doute, à une poussée hyperhémique partie du foyer de contusion et à une action à distance sur la partie supérieure de la zone motrice. M. Le Dentu ne fit pas la trépanation, parce qu'il ne devait y avoir, chez le blessé, ni enfoncement de la table interne du crâne, ni collection sanguine intra-cranienne, et que la trépanation ne peut rien contre la contusion cérébrale. Le malade, qui avait recouvré une partie de son intelligence, fut emporté par une congestion pulmonaire survenue sans cause appréciable.

L'autopsie démontra que le projectile avait traversé les deux lobes frontaux et avait déterminé un foyer de contusion cérébrale au niveau du pied de la deuxième circonvolution frontale, avec irradiation sous la frontale ascendante jusqu'au sillon de Rolando et un peu vers la partie voisine de la troisième circonvolution frontale.

Il n'y avait ni enfoncement de la table interne, ni épanchement sanguin, ni suppuration des méninges ou de l'encéphale.

Aigrissement et coagulation spontanée du lait de vache. — M. BÉCHAMP communique la première partie d'un travail sur ce sujet.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire.

Sur 72 votants, majorité 37 :

Au premier tour de scrutin, M. Weber obtient 40 suffrages; M. Mégnin 32.

En conséquence, M. Weber est proclamé élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA VACCINE OBLIGATOIRE

M. L. COLIN est d'accord avec M. Le Fort sur la nécessité d'isoler les varioleux, d'évacuer d'office et d'assainir tout appartement contaminé, de surveiller et de désinfecter ceux qui ont subi le contact de malades, mais cela ne doit pas faire oublier que la variole possède une prophylaxie spéciale : la vaccine. Aussi M. Colin a-t-il été très surpris d'entendre dire à M. Le Fort que la vaccine était impuissante à conjurer les épidémies de variole.

Pour obtenir de l'isolement des résultats approchant de ceux que donne la vaccine, il faudrait proclamer une sorte de séquestration universelle, l'appliquer à tous, aux individus sains comme aux malades.

Il y a longtemps qu'on isole les varioleux dans l'armée, mais il vaut mieux ne pas en avoir.

M. Colin fait connaître ici les chiffres officiels de la mortalité par variole dans l'armée, depuis 1883. (Voir au Premier-Paris.)

M. Colin croit que c'est là un résultat définitivement acquis, et en rapport avec une exécution plus complète des mesures de prophylaxie vaccinale.

C'est parce que ces mesures de prophylaxie vaccinale ne sont qu'incomplètement appliquées dans la population civile que la variole sévit encore dans l'armée.

Si l'on veut cependant y prendre garde, l'obligation de la vaccine, dont on prétend faire un attentat à la liberté, n'est que la suppression d'un privilège dévolu jusqu'ici aux classes riches ou aisées, où les vaccinations sont généralement acceptées; la variole est surtout la maladie des classes pauvres.

M. Colin ne partage en aucune façon les craintes de M. Le Fort en ce qui concerne la réaction que pourrait entraîner chez les antivaccinateurs la promulgation d'une loi déclarant la vaccine obligatoire.

Aujourd'hui que, grâce au vaccin animal, les dangers de la syphilis sont écartés, il n'y aura plus, en France du moins, aucune résistance contre la vaccination.

En attendant la lente élaboration de la loi sur la vaccine obligatoire et en songeant aux foyers où sévit encore la variole, M. Colin se demande si l'on ne devrait pas opérer de nombreux sauvetages en pratiquant, en masse, des vaccinations, dussent-elles être assurées d'office. Il ne sait ce que vaudrait l'acte au point de vue légal, mais il ne manquerait ni de patriotisme ni de philanthropie. Car, en dehors de tout événement de guerre, il y a lieu de craindre une réapparition pour ainsi dire cyclique de l'épidémie de 1870, dans les populations dont l'immunité n'est pas absolument garantie par la vaccine.

A cinq heures l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 février 1891, M. Thérémin, médecin auxiliaire de deuxième classe, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 1er février 1891, les médecins militaires, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin-major de deuxième classe Didier, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

MM. les médecins aides-majors de première classe Jobert, pour le 2e zouaves; Chêne, pour le 3e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 février 1891 :

1° Deux concours s'ouvriront le 5 novembre 1891, devant la Faculté de médecine de Paris : le premier pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale; le

second pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, à l'École de médecine d'Angers.

2° Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1891, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie, à l'École de médecine d'Angers.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Millet et Gerboin, médecins-majors de première classe; **Boudet**, médecin aide-major de première classe; Salleron, médecin principal de première classe en retraite; Souverbie (de Bordeaux).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 17. — SAMEDI 7 FÉVRIER 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 7 FÉVRIER 1891. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Typhlite, pérityphlite et appendicite, par le docteur A. RICARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Typhlite, pérityphlite et appendicite.

Par le docteur A. RICARD,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

La question des inflammations du cæcum et de son appendice vient de s'éclairer d'un jour tout nouveau et la pathologie de ces organes a été quelque peu bouleversée en ces derniers temps. Les lésions de l'appendice iléo-cæcal étaient, en effet, jusqu'ici, choses absolument inconnues, car, malgré les observations éparses et perdues dans les recueils des sociétés savantes, l'inflammation de l'appendice n'avait jamais été véritablement décrite dans les différentes phases de son évolution. Seule, la perforation, à cause des accidents redoutables dont elle s'accompagne, avait été reconnue et son étude avait fait le sujet de très nombreux mémoires. Mais on localisait toutes les affections inflammatoires dans le cæcum lui-même et dans le tissu cellulaire qui l'entoure ; aussi ne parlait-on guère que de typhlite et de pérityphlite. Le mot d'*appendicite* n'est entré dans la science que tout récemment, et par un revirement inattendu, cette appendicite, à peine connue et née d'hier, est en train de détrôner à son profit la typhlite et la pérityphlite, dont l'existence va maintenant jusqu'à être contestée. C'est l'histoire de cette petite révolution pathologique que nous allons retracer dans cette Revue, en insistant sur les déductions thérapeutiques nouvelles qui en sont résultées.

I

Ceux que l'étude historique intéresserait tout particulièrement pourraient consulter, à cet égard, l'excellente thèse de M. Maurin (1), car les travaux qui l'ont précédée y sont scrupuleusement notés, et tous les mémoires publiés depuis, ne font guère que répéter les documents bibliographiques rassemblés par cet auteur.

Pour nous, qui n'avons point la prétention de faire ici œuvre de bibliographe, nous nous contenterons d'esquisser à grands traits les étapes marquantes de cette histoire pathologique.

On peut dire que, jusqu'au milieu de l'année 1888, la typhlite stercorale, telle que la décrivit Albers (de Bonn), occupait la place prépondérante parmi les affections inflammatoires de la fosse iliaque droite.

La pathogénie et la filiation des accidents furent, malgré les protestations de Grisolle, comprises de la façon suivante : tout au début, l'affection commençait par une sorte d'engorgement fécal du cæcum, dû à la stagnation des matières. Cet engouement stercoral, pour prendre une expression fort employée à l'époque, ne tardait pas à déterminer, du côté des parois cæcales, une irritation inflammatoire plus ou moins violente, c'était la *typhlite*. Cette typhlite pouvait se terminer par résolution ou par suppuration. Cette dernière complication était presque toujours due à un processus ulcératif et à une perforation des parois intestinales. Si cette perforation siégeait à la partie antérieure du cæcum, elle produisait une péritonite suppurée, le plus souvent généralisée et mortelle. Si, au contraire, c'était la paroi postérieure, reposant sur la fosse iliaque, qui subissait la perte de substance, la typhlite déterminait le phlegmon iliaque. Ainsi donc, la notion jusqu'alors classique admettait différents degrés dans l'inflammation du cæcum :

1° L'engouement stercoral.

2° L'inflammation du cæcum ou typhlite.

Cette typhlite pouvant se terminer par. . . . . { résolution. / perforation { iliaque. / péritonéale. }

Tel était l'état de la science sur cette question jusqu'aux premiers mois de l'année 1888. avec la

Ces notions furent reconnues erronées ...aces qu'il y con-
de travaux, les uns d'ordre anatomi...ent la manière dont il
chirurgical. ..., et la voie qu'il convient de choisir
Les prem...r. C'est là le cas ordinaire incontestablement le
dice ét...mmun.
néa... Toutefois, il s'en faut que ce siège des abcès soit le seul
che... ait été observé. Ceux qui connaissent la mobilité de
tiss... appendice et son siège variable ... caractères ... voir
tour ... abcès siéger par perforation, que cette perforation siège-
cœu... t-on ... quel point de l'intestin. Généralement cette ... péritonite s'installe à grand fracas; elle peut parfois être

(1) MAURIN. *Essai sur l'appendicite et la péritonite appendiculaire*, Thèse de Paris, 1890, n° 14.

cependant pas nouvelle; dès 1849, dans les *Archives de Virchow*, Bardeleben avait insisté sur cette disposition particulière du péritoine vis-à-vis du cæcum. Ses recherches avaient été confirmées par Kraus et par Henle. Mais ces données nouvelles étaient passées inaperçues, lorsqu'en 1885, Treves, dans le *British Medical Journal*, reprit à nouveau la question et confirma l'opinion des anatomistes allemands. Deux ans plus tard, M. Tuffier (1) déclara fondée l'opinion de l'anatomiste anglais, après des recherches consciencieuses, que sont encore venues confirmer les observations de MM. Mérigot de Treigny (2) et Maurin.

Dès lors, il fallait concevoir autrement la pathogénie du phlegmon iliaque d'origine cæcale, et un premier coup fut porté à la conception classique de la typhlite et de la pérityphlite.

Sur ces entrefaites, les chirurgiens américains firent connaître le résultat d'interventions opératoires qui leur avaient permis de constater, presque à leur début, les lésions désignées jusqu'alors sous le nom de typhlite et de pérityphlite. Rendus plus entreprenants par l'innocuité de plus en plus grande des laparotomies, les chirurgiens d'Amérique en vinrent à opérer les inflammations cæcales très hâtivement, dès le début même des phénomènes morbides. Ils purent alors constater, dans leurs nombreuses interventions, que le cæcum n'était jamais ou presque jamais lésé, alors que l'appendice se trouvait seul presque constamment atteint, soit de lésions inflammatoires simples, soit de gangrène ou de perforation. Dès lors, ils rayèrent du cadre pathologique tout ce qui avait été dit ou écrit au sujet de la typhlite et le reportèrent à l'appendicite. C'est de cette époque que datent les travaux de Fitz, Weir, Bull, Smith, etc., puis, en Angleterre, ceux de Treves et de West.

Les chirurgiens suisses, Kraft, d'abord, puis Roux (de Lausanne) confirmèrent les opinions des auteurs américains et anglais et attirèrent l'attention des chirurgiens français sur ce point, encore à peu près ignoré chez nous. C'est à ce moment que parut la thèse très remarquable de M. Maurin et, qu'à la suite, un grand nombre de médecins et de chirurgiens français tinrent à donner leur avis sur la question nouvelle (3). Aujourd'hui, après des constatations maintes et maintes fois répétées de faits précis, il est hors de doute que la typhlite est une rare exception comparée à l'appendicite. L'inflammation du cæcum existe-t-elle, même isolée et indépendante de l'appendicite ? Voici la question qu'on se pose actuellement; elle est toutefois résolue affirmativement par le plus grand nombre des chirurgiens.

II

Existe-t-il une inflammation isolée et primitive du cæcum, indépendante d'une lésion appendiculaire ? Tel est le point qu'il importe de résoudre avant d'aller plus avant. Ce sont [illegible]cherches anatomo-pathologiques et les constatations [illegible]i vont nous éclairer.

[illegible]igneusement étudiée de M. Maurin, réunit 136 observations de lésions suppuratives de la région cæcale. Sur ces 136 faits, 95 fois les lésions sont limitées à l'appendice, 6 fois elles siègent sur le cæcum et sur l'appendice, 36 fois seulement le cæcum seul est lésé. Ce que nous pouvons traduire en disant que l'appendice, par rapport au cæcum, est atteint dans les trois quarts des cas. Cette constatation statistique, due au dépouillement des observations publiées sans parti pris, confirme donc pleinement l'opinion des chirurgiens américains. Si l'on veut même fouiller plus à fond la statistique de M. Maurin, on voit que la lésion localisée du cæcum n'a été, en réalité, constatée que 16 fois, car dans 20 cas où la guérison est survenue, avec ou sans incision, la lésion cæcale est établie seulement d'après l'examen du malade et sous l'empire des idées régnant alors en pathologie. En sorte que, tout bien considéré, on doit admettre comme démontré que les lésions cæcales sont exceptionnelles comparées aux lésions appendiculaires. Dans le récent mémoire de Roux, sur 27 cas observés par lui, ce chirurgien n'a trouvé qu'un seul cas de perforation du cæcum.

Tout concorde pour réfuter l'opinion ayant cours jusqu'ici et attribuant au cæcum des lésions qui, en réalité, siègent sur son appendice; et, avant d'aller plus loin dans notre étude, nous pouvons donc poser ce principe que la lésion décrite autrefois sous le nom de typhlite est une rareté pathologique, que la typhlo-appendicite est une affection également fort rare et que l'appendicite doit, en réalité, prendre la place de la typhlite et de la pérityphlite dans ce cadre nosographique.

L'appendicite serait si fréquente que Ludwig Hektoen (de Chicago) a trouvé 42 fois sur 280 autopsies des adhérences péri-appendiculaires. M. Talamon rapporte les recherches fort consciencieuses de Toft qui ne s'est pas contenté d'enregistrer les lésions extérieures de l'appendice, mais qui a étudié sa cavité après l'avoir incisé. Or, il résulte des recherches de Toft que, sur 300 autopsies, il existe 108 lésions de l'appendice, soit une proportion de 36 p. 100. Devons-nous accepter ces chiffres sans discussion, et croire que les constatations de nos confrères étrangers sont absolument exactes ? Le doute est évidemment permis, et, *a priori*, il paraît un peu exagéré de dire que plus du tiers des hommes a été atteint, à un moment donné, de lésions appendiculaires. Mais même en faisant la part d'erreurs possibles, l'extrême fréquence de l'appendicite ne doit pas moins en être hautement proclamée, ne serait-ce que dans la proportion suivante indiquée par M. Maurin.

Sur 112 autopsies de sujets de tout âge, n'ayant jamais présenté rien dans leurs antécédents qui attirât l'attention du côté du cæcum ou de son appendice, M. Maurin a trouvé 16 fois des adhérences typhlo-appendiculaires.

Les appendicites ne s'accompagnent pas cependant fatalement d'adhérences et de lésions persistantes. M. Reclus rapporte, d'après Gerster, le cas d'un médecin qui eut quatre crises successives d'appendicite ayant donné lieu à des symptômes inquiétants. A chaque attaque, on avait discuté l'opportunité d'une opération; il mourut emporté par une

tembre 1890. — Lettres de Suisse, *Médecine moderne*, novembre 1890. — Barié. *Revue de clinique et de thérapeutique*, 24 septembre 1890. — Chaput. *Idem*, 1er et 8 octobre 1890. — Trastour. *Idem*, 12 novembre 1890. — Tuffier et Hallion. *Archives générales de médecine*, septembre 1890. — Dreyfus-Brisac. *Gazette hebdomadaire*, octobre 1890. — Discussion de la Société de médecine interne de Berlin, décembre 1890 et janvier 1891. — Stimson. *New-York Med. Journ.*, 25 octobre 1890.

maladie intercurrente, et l'autopsie montra son appendice sain et libre de toute adhérence.

De sorte que, même en se basant sur les constatations cadavériques, qui donnent un chiffre forcément au-dessous de la réalité, on peut proclamer la grande fréquence de l'appendicite. On peut dire, sans crainte de grosse erreur, que presque toutes les lésions suppuratives aiguës de la fosse iliaque reconnaissent comme origine première une lésion de l'appendice. C'est ce qui ressort de tous les chiffres que nous avons fournis, c'est ce qui ressort encore mieux des constatations suivantes :

Sur 146 cas de suppuration de la fosse iliaque droite, Matterstock relève 132 fois la perforation de l'appendice; Fenwick, sur 123 collections purulentes, a rencontré 113 perforations; Weir donne une proportion de 84 p. 100; Kummel a constaté la perforation de l'appendice dans tous les cas où il est intervenu pour une suppuration iliaque.

Ceci étant posé, il nous reste, pour terminer ce chapitre anatomo-pathologique, qui est la base de la question, à étudier quelles sont les caractères des lésions observées.

Les notions anatomiques nouvelles qui nous montrent l'appendice libre dans la cavité péritonéale, et indépendant du tissu cellulaire de la fosse iliaque, nous font établir, d'une façon formelle, que, dans la grande majorité des cas, les lésions appendiculaires sont intra-péritonéales. Les abcès et phlegmons qui, par voisinage, peuvent s'établir dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, sont relativement rares, et, d'après M. Maurin, n'existeraient guère que dans une proportion qu'on peut évaluer à 5 p. 100 environ. Quelques auteurs américains, et en particulier Fitz, vont jusqu'à dire que toutes les lésions sont toujours intra-péritonéales, du moins à leur début.

L'inflammation appendiculaire se propage donc presque toujours au péritoine, et elle retentit sur la séreuse de deux façons différentes, suivant que le processus inflammatoire et ulcéreux évolue avec lenteur ou bien avec rapidité. Dans le premier cas, l'inflammation lente produit une péritonite circonscrite, fait naître des adhérences, leur permet de s'organiser, et, quand plus tard la perforation survient, elle se trouve bridée, limitée par ces adhérences qui protègent la grande cavité péritonéale, isolent la lésion, enkystent la suppuration : en d'autres termes, il se développe une péritonite localisée ou mieux encore un abcès enkysté du péritoine.

Si le processus ulcéreux ou gangréneux arrive brutalement à la perforation de l'appendice, dans ce cas, rien ne protège la grande cavité péritonéale contre l'irruption des matières septiques et une péritonite généralisée, diffuse, suit immédiatement la perforation du conduit appendiculaire. Cette septicité des matières épanchées serait principalement due au *bacillus coli communis*.

Les lésions de l'appendice ne dépassent souvent pas le stade inflammatoire : c'est ce qui explique pourquoi l'appendicite a été si longtemps méconnue. Mais il ne faudrait pas croire pour cela que la perforation soit une terminaison rare ou peu commune de l'appendicite. Sans remonter aux recueils anciens, déjà riches en faits, on trouve dans les auteurs modernes des renseignements fort instructifs à cet égard.

A la séance du 22 décembre dernier, de la Société de médecine interne de Berlin, Renvers a réuni 586 autopsies d'affections de l'appendice; dans 497 cas, il existait une perforation appendiculaire. Sur 218 autopsies d'inflammations du cæcum, Renvers ne trouve que 29 perforations de cet organe.

Dans quelles proportions ces différentes variétés de péritonite se manifestent-elles ? Le fait n'a pas encore été établi. S'il faut en croire M. Maurin, la péritonite généralisée serait plus fréquente, et cet auteur ne décrit que 11 péritonites localisées sur 80 péritonites attribuées à l'appendicite. Weir, sur 90 péritonites, en trouve 22 localisées. Ces chiffres eux-mêmes sont-ils exacts et ne demandent-ils pas à être revus à nouveau? Le fait est possible, et, à défaut de travaux plus précis, il semble que la pratique hospitalière appelle plus souvent l'intervention chirurgicale pour des abcès iliaques que pour des péritonites par perforation appendiculaire. M. Reclus admet, comme nous, que le plus souvent les adhérences opposent une barrière aux matières septiques. Mais, à défaut de documents précis, nous préférons soulever la question sans la résoudre.

Les lésions de l'appendice sont surtout connues lorsqu'elles sont déjà avancées dans leur évolution, car c'est à ce moment surtout qu'elles ont réclamé l'action chirurgicale qui a permis de les constater. Toutefois des interventions très hâtives ont permis de trouver un appendice volumineux, à parois infiltrées et épaissies, avec une muqueuse friable, congestionnée, ecchymotique par places. Le contenu est formé de matières liquides pultacées et de pus fétide, de couleur grisâtre, en quantité variable.

Parfois l'appendice est nécrosé dans sa totalité; dans d'autres cas, plus fréquents, des plaques de sphacèle apparaissent par places. Le plus souvent, c'est une perforation que l'on constate. Cette perforation a des dimensions fort variables. Elle peut consister en un simple orifice de quelques millimètres de diamètre, ou comprendre la totalité de l'appendice.

Ces perforations siègent rarement près de la base du diverticule, plus rarement encore, elles empiètent sur le cæcum; le plus fréquemment, elles sont situées près de la pointe ; mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est que le corps étranger qui est la cause habituelle de ces lésions destructives est parfois distant de la perforation; habituellement, toutefois, il est en contact avec elle.

Nous avons vu que suivant l'intensité du processus nécrosique, l'épanchement qui avait lieu pouvait donner naissance à une péritonite diffuse généralisée, ou bien à une suppuration limitée par des adhérences protectrices. Dans le premier cas, sauf le siège spécial et la prédominance des lésions dans la fosse iliaque, ce sont les lésions de toutes les péritonites par perforation. Nous n'en ferons donc pas ici une description spéciale. Mais il n'en est pas de même des abcès qui sont véritablement caractéristiques.

Dans l'immense majorité des cas, l'abcès d'origine appendiculaire répond à ce que tout le monde connaît sous le nom de phlegmon iliaque. Sa contiguïté avec la paroi abdominale antérieure, les adhérences qu'il y contracte rapidement, indiquent facilement la manière dont il convient de l'explorer, et la voie qu'il convient de choisir pour l'inciser. C'est là le cas ordinaire incontestablement le plus commun.

Toutefois, il s'en faut que ce siège des abcès soit le seul qui ait été observé. Ceux qui connaissent la mobilité de l'appendice et son siège variable ne [illegible] caractères [illegible] voir les abcès siéger [illegible] perforation, que cette perforation siège N'a-t-on [illegible]rte quel point de l'intestin. Généralement cette la [illegible]éritonite s'installe à grand fracas; elle peut parfois être

de voir Gerster décrire plusieurs variétés d'abcès appendiculaires. A côté du type classique « ilio-inguinal », cet auteur décrit l'abcès pérityphlitique « antérieur », qui s'approche plus ou moins de l'ombilic. M. Reclus, Sonnenburg, ont observé deux cas de ce genre. L'abcès « postérieur », qui se développe en arrière dans la région lombaire, n'est souvent qu'une complication de l'abcès ilio-inguinal. Rarement isolé, il peut dicter, toutefois, par sa situation, le chemin que doit prendre le bistouri du chirurgien.

Le type « rectal » ou pelvien fuse dans le petit bassin, et décole le rectum qu'il peut perforer. Un cinquième type « méso-cœliaque » est constitué par une collection limitée de tous côtés par des anses intestinales. Mais ces dernières variétés constituent des exceptions presque sans importance. C'est ce que confirme la statistique de Bull qui, sur 56 cas, note que le pus s'est fait jour : 38 fois à la paroi abdominale ; 9 fois dans le péritoine ; 2 fois dans le rectum ; 2 fois dans le thorax ; 2 fois dans la vessie ; 2 fois dans l'artère iliaque ; 1 fois a donné de la pyohémie.

Si un chapitre d'anatomie pathologique comportait des conclusions, nous adopterions volontiers, en l'atténuant légèrement, l'opinion que notre collègue M. Barié formulait récemment :

« La conclusion dernière est que la typhlite *vraie* paraît être surtout la conséquence des altérations ulcéreuses de l'intestin : tuberculose, cancer, dysenterie, etc. ; et il est juste d'ajouter que, même en pareil cas, la typhlite est une exception incontestable. »

III

Telles sont les lésions dont il nous faut maintenant connaître l'étiologie et la pathogénie.

La constipation a été une des principales causes invoquées ; elle existe, en effet, dans près d'un quart des cas. Une alimentation trop abondante, composée surtout de substances grossières, est souvent notée dans les observations. On a fréquemment signalé des exercices violents ou excessifs, pendant les heures de digestion ; l'on a voulu voir, dans ces dernières conditions, l'explication de la grande fréquence de l'appendicite en Amérique et en Angleterre.

Mais ces causes sont insuffisantes à elles seules pour expliquer le développement de cette affection. Il y a beaucoup de gros mangeurs, il y a beaucoup de gens constipés, il y a relativement peu d'appendicites. Aussi, tout en reconnaissant à ces causes une certaine influence, faut-il admettre qu'il existe une prédisposition spéciale due à une conformation particulière de l'appendice.

L'appendice, en général grêle, présente un orifice cæcal fort petit et protégé par un repli valvulaire, connu sous le nom de valvule de Gerlach. Si l'appendice est plus volumineux, si surtout son orifice est plus dilaté ou si sa valvule est atrophiée, la cavité appendiculaire n'est plus protégée et pourra être pénétrée par les matières fécales. Cette disposition se remontrerait-elle surtout dans l'enfance et dans le sexe masculin ? La chose est possible, mais non encore démontrée. Il est un fait avéré, c'est que, sur 616 malades atteints d'appendicite, on trouve 470 hommes pour 146 femmes. Plus des deux tiers des cas (54 sur 69) sont obser[illegible] vingt-cinq ans ; au-dessus et au-dessous [illegible] en plus rares.

Les causes déterminantes sont mieux connues. Dans les deux tiers des cas (65 p. 100, Maurin), il faut accuser la présence de corps étrangers, qui, pour certains auteurs, seraient même constants dans l'appendicite perforante. Ces corps étrangers peuvent être des particules alimentaires insolubles, qui ont résisté aux sucs digestifs : pépins de raisin, de melon, noyaux de cerises, arêtes de poisson, fragments d'os, grains de plomb, poils de brosse à dents, etc. Ce peuvent être des calculs biliaires, mais les corps étrangers, de beaucoup les plus fréquents, sont de nature stercorale, ils peuvent présenter le volume d'un grain de chènevis, d'une lentille, atteindre les dimensions d'un noyau de prune. Leur forme est ovoïde, leur coloration est gris jaunâtre. Souvent durs, parfois mous, ils sont formés de couches concentriques au centre desquelles se trouve habituellement un petit corps étranger. On a signalé, avec raison, les ascarides lombricoïdes comme cause de perforation appendiculaire. Bien des auteurs pensent, cependant, que le passage de ces helminthes n'a lieu qu'après la mort. Nous avons toutefois observé un cas de phlegmon iliaque où, dans le pus évacué par une large incision, nous trouvâmes un ascaride long de 16 centimètres. D'après tous les auteurs, les concrétions fécales seraient la cause de beaucoup plus fréquentes (70 p. 100). Renvers, sur 459 autopsies pour lésions typhlo-appendiculaires, a trouvé 179 fois des calculs stercoraux et 16 fois seulement des corps étrangers véritables.

Ces calculs stercoraux peuvent prendre naissance dans la cavité de l'appendice, mais habituellement ils proviennent de la cavité intestinale. Sous des influences encore peu déterminées, contraction du cæcum, effort violent, etc., ces corps étrangers franchissent la valvule de Gerlach, et s'introduisent dans le canal appendiculaire.

Il est à supposer que la présence de ce noyau étranger irrite violemment la muqueuse de l'appendice, et que, dès son introduction, il existe des phénomènes réflexes très marqués ; si le séjour se prolonge, si le corps étranger n'est pas rejeté dans l'intérieur du cæcum, sa présence est rarement tolérée, et, le plus souvent, il détermine des accidents qu'on peut classer de la sorte : inflammation, ulcération ou gangrène, perforation, sans que tous les termes de cette série soient nécessairement franchis.

Lorsque la perforation siège à quelque distance du corps étranger, nous admettrions volontiers l'explication suivante que donnait M. Talamon, en 1882, à la Société anatomique.

« Les scybales engagées dans l'appendice par quelque contraction intempestive du cæcum y pénètrent à frottement et s'enclavent à la partie supérieure de l'étroit canal. De là deux conséquences : d'une part, oblitération de l'orifice de dégagement de l'appendice dans le cæcum. De l'autre, compression des parois de l'appendice, gêne de la circulation des vaisseaux contenus dans ces parois. De l'oblitération de l'orifice résultent l'accumulation des produits de la sécrétion muqueuse et la distension de l'appendice ; de la compression des vaisseaux, la diminution de vitalité des parois de l'organe. Les microbes qui existent en permanence à la surface de la muqueuse pullulent et se multiplient dans le liquide stagnant de l'appendice oblitéré comme dans un vase clos. Ces microbes, inoffensifs à l'état normal et impuissants contre des éléments sains, triomphent sans peine de ces éléments privés du liquide sanguin nourricier ; ils pullulent de proche en proche, détruisant et ulcérant à mesure les parois de l'appendice et par un ou plu-

sieurs points finissent par les perforer et par faire irruption dans le péritoine. »

Roux (de Lausanne) admet, avec des modifications, l'opinion de M. Talamon, mais il attribue la rupture à la distension par la rétention des produits sécrétés. Quant à nous, nous adoptons pleinement l'opinion de M. Talamon et nous pensons que, dans les cas de perforation à distance, « il y a une action vitale due à la destruction des éléments anatomiques par prolifération microbienne ».

Le temps nécessaire pour produire cette perforation est fort variable, et dépend de bien des facteurs, mais jamais elle ne se fait d'emblée, c'est un point qu'il est utile de mettre en relief et qui servira plus tard, lors de la discussion des moyens thérapeutiques.

IV

Nous serons bref sur les symptômes de l'appendicite, parce que la plupart se confondent avec ceux de la typhlite et que, par conséquent, ils ne diffèrent pas des signes classiques de cette dernière affection. Toutefois, nous essaierons, après d'autres auteurs, de déterminer certaines variétés cliniques et d'examiner s'il existe quelques signes spéciaux à l'appendicite.

Nous admettons, comme répondant le plus aux phénomènes observés, la division adoptée par M. Talamon. Cet auteur admet quatre variétés :

1° La colique appendiculaire;
2° L'appendicite simple;
3° L'appendicite subaiguë;
4° L'appendicite aiguë perforante.

La *colique appendiculaire* serait la forme bénigne de la maladie. Elle s'observerait à elle seule plus fréquemment que toutes les autres variétés. D'un diagnostic parfois difficile, elle constituerait la *phase médicale* de l'affection, elle serait remarquable par la fréquence de ses récidives et correspondrait alors à ce que l'on a décrit sous le nom de *typhlite à rechute*.

La pathogénie de cette colique appendiculaire est des plus simples, elle est la même que celle des coliques hépatiques ou néphrétiques. Un calcul s'engage dans un conduit qui ne doit pas normalement en contenir. Immédiatement réaction locale et générale par voie réflexe : douleurs locales et irradiées, paroxystiques, vomissements, état syncopal marqué. Souvent même, les phénomènes réflexes partis de la lésion appendiculaire simulent l'étranglement herniaire. Un symptôme important domine, cependant, tous les autres, c'est la douleur fixe dans la fosse iliaque. Cette douleur est exagérée par la pression sur l'appendice à deux ou trois travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le début subit des accidents est fréquemment noté. « Le lundi, dit M. Barié, mon malade prend un purgatif et, dans un effort de défécation, ressent une sensation brusque de déchirure dans la fosse iliaque droite. » Cette brutalité du début se retrouve dans nombre d'observations.

Cette colique appendiculaire peut durer quelques heures; elle persiste, en général, un jour ou deux, mais on peut dire qu'elle est rarement isolée et que, dans la suite, on voit survenir de nouvelles atteintes. Nous avons connu le directeur d'un de nos grands hôpitaux, qui, en quatre ans, eut six attaques graves de colique appendiculaire. Les premières firent croire à l'existence d'un étranglement interne, ou même à une péritonite par perforation; on fut sur le point d'intervenir. Mais, malgré la gravité apparente de l'état général, en quelques jours la santé était rétablie. Depuis six ans, notre malade n'a pas eu une seule colique nouvelle. »

La cessation de la colique tient évidemment au rejet du calcul stercoral dans l'intestin.

Mais que le calcul ait ou non pénétré dans le conduit appendiculaire, que son intrusion ait été accompagnée ou non de symptômes graves, sa persistance dans le conduit donne lieu à des phénomènes réactionnels inflammatoires, qui, suivant leur intensité, amènent l'appendicite subaiguë ou l'appendicite perforante.

L'*inflammation subaiguë de l'appendice* s'accompagne d'une tuméfaction appréciable de l'organe avec retentissement sur le péritoine. Il y a de la douleur fixe dans la fosse iliaque droite, de l'empâtement et des douleurs plus ou moins généralisées dans l'abdomen. La palpation fait reconnaître, au début, dans la fosse iliaque, une petite tumeur du volume d'une amande, mobile et sensible à la pression. Cette tuméfaction grossit bientôt, et rapidement devient fixe, pâteuse, étalée. Autour de l'appendicite, il s'est produit de la péritonite adhésive, des adhérences se sont constituées. A cette phase, la maladie peut encore se terminer par résolution. Cette terminaison, fort fréquente, est cependant loin d'être la règle, et l'inflammation appendiculaire continuant, la perforation des parois appendiculaires s'effectue par un des mécanismes que nous avons étudiés plus haut : ulcération ou gangrène.

La rapidité avec laquelle s'effectue cette perforation domine toute l'histoire pathologique de l'appendicite. Le diverticule est-il recouvert ou non d'adhérences protectrices, c'est d'après cela, et d'après cela, seul, que les produits septiques se déverseront ou non dans la cavité péritonéale. Ce n'est pas, comme on le croyait jadis, le siège antérieur ou postérieur de la perforation, qui détermine l'issue des matières dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque.

Si les adhérences sont assez solidement établies, elles préviennent l'épanchement des matières septiques, les enkystent au milieu d'elles et limitent la suppuration qui va s'installer — c'est l'appendicite avec abcès iliaque. L'examen permet alors de constater tous les jours la présence et la formation du pus. Jusqu'à ce jour, on avait cru que cet abcès était sous-péritonéal, l'anatomie pathologique nous a montré qu'il n'en était rien et que la collection purulente était toujours, en réalité, une péritonite enkystée, et non pas un phlegmon du tissu cellulaire de la fosse iliaque. Dans cette cavité, souvent on trouve, visible et libre, l'appendice plus ou moins détérioré. Nous n'avons rien autre à dire de cet abcès iliaque qui se révèle par les signes habituels. Toutefois, bien avant que la fluctuation ou l'œdème de la paroi indiquent nettement l'existence d'une collection, il se manifeste un empâtement plus ou moins résistant, qui cache une suppuration profonde et encore limitée.

Si, au contraire, la perforation n'a pas été protégée par des adhérences suffisantes, le liquide infecté s'épanche dans le péritoine et y produit une péritonite généralisée et diffuse qui a toute l'intensité et tous les caractères variables de la péritonite par perforation, que cette perforation siège sur n'importe quel point de l'intestin. Généralement cette péritonite s'installe à grand fracas; elle peut parfois être

latente, et être alors la cause d'une temporisation regrettable.

Il n'existe rien de précis sur la durée de la période inflammatoire, qui précède la perforation des parois; en général, celle-ci survient après quarante-huit heures, mais cependant on l'a observée beaucoup plus vite.

Max Schuller publie le cas d'un homme de trente et un ans qui, *brusquement*, le 6 mars dans la soirée, fut pris de douleurs vives dans le ventre, principalement à droite, avec vomissements suivis d'une selle. Pendant la nuit, l'état s'empira. Le *lendemain* dans la région iliaque la palpation fait découvrir, à droite, un cylindre allongé, large de deux doigts, assez mobile pour fuir le doigt qui l'explore. Le ventre est peu tendu et partout sonore, mais l'état général est très grave.

On diagnostique une péritonite par perforation de la portion iléo-cæcale de l'intestin. La laparotomie est pratiquée sur la ligne médiane. On trouve une péritonite surtout marquée dans la région iliaque, le cæcum est sain, l'appendice est enflammé dans son ensemble, gangréné en un point et perforé, il est rempli de calculs. On en pratique l'extirpation, le malade guérit.

On peut résumer ainsi la symptomatologie que nous venons d'étudier : colique appendiculaire avec prédominance des troubles généraux réflexes; appendicite subaiguë avec petit noyau dur et douloureux dans la fosse iliaque; abcès iliaque étalé et dur au début, empâté, œdémateux et fluctuant plus tard; péritonite généralisée, tels sont les quatre variétés cliniques par lesquelles l'appendicite est susceptible de se manifester.

V

Nous venons d'étudier quelles étaient les variétés cliniques de l'appendicite; il convient de rechercher maintenant quels sont les signes qui les séparent de la typhlite et de la pérityphlite et des autres affections avec lesquelles l'appendicite a été jusqu'à ce jour confondue.

Pour beaucoup de chirurgiens, il n'existe aucun signe permettant de différencier la typhlite de l'appendicite, et le nom de typhlo-appendicite, bien que ne répondant pas à la réalité, a été créé par quelques auteurs en embarras à cet égard. Souvent, alors que l'engouement et la dilatation du cæcum accompagnent l'inflammation de l'appendice, tout paraît faire croire à la typhlite; la statistique nous répond cependant : appendicite.

C'est, en effet, un grand appoint que celui qui est fourni au chirurgien par le calcul des probabilités : sur 10 cas de phénomènes inflammatoires localisés à la région iliaque, on trouve 1 fois à peine la typhlite vraie pour 9 cas d'appendicite. Le calcul des probabilités présente donc ici une grande valeur diagnostique.

L'étude des symptômes peut cependant parfois éclairer suffisamment le clinicien et le mettre dans la bonne voie. Le début brusque des accidents, leur acuité soudaine, sont plutôt le fait de l'appendicite. La typhlite n'est, le plus souvent, que consécutive à la stase fécale, la constipation opiniâtre, un malaise général de quelques jours sont souvent relevés dans les antécédents. La présence d'un boudin cylindrique, pâteux et mobile, dessinant la forme du cæcum, la douleur plus sourde, tels sont les signes plus spéciaux de l'inflammation cæcale. Mais les faits nous apprennent que la typhlite isolée est rare et que ses signes s'ajoutent souvent à ceux de l'appendicite. Cette co-existence des deux ordres de symptômes explique la difficulté du diagnostic clinique.

On accordait, autrefois, à la présence d'un boudin cylindrique dans la région cæcale, une grande importance symptomatique. Depuis, on a été jusqu'à nier l'existence de ce signe. C'est certainement à tort.

De l'observation d'un de ses malades, M. Malibran conclut qu'il ne faut pas rejeter des symptômes de la typhlite « le boudin cylindrique, bien connu jusqu'alors, et dessinant sous les téguments le cæcum enflammé ». Mais M. Talamon fait observer avec raison que ce signe est rare, et exceptionnellement primitif. Il serait dû à une parésie du cæcum, consécutive à la colique appendiculaire.

« Le début des accidents compris sous le nom de typhlite n'a pas sa cause première dans le cæcum, mais dans l'appendice. C'est l'irritation de l'appendice qui détermine, par action réflexe, la parésie du gros intestin avec ses conséquences ordinaires : constipation opiniâtre, stagnation des matières fécales, dilatation du cæcum, phénomènes d'obstruction intestinale, etc. »

En réalité, on le voit, c'est plus par le calcul des probabilités que par l'étude des symptômes, que le chirurgien fait le diagnostic de l'appendicite.

Nous n'insisterons pas sur la confusion possible de l'inflammation appendiculaire avec la péritonite, l'étranglement interne, les coliques hépatiques ou néphrétiques. Malgré l'intensité des accidents généraux, la localisation de certains symptômes dans la fosse iliaque droite suffit, lorsque l'attention est attirée de ce côté, pour mettre le clinicien en éveil et le diriger dans son investigation.

Pour nous, la véritable difficulté ne réside pas dans le diagnostic différentiel de l'appendicite, avec les affections qui peuvent la simuler : typhlite, péritonite, étranglement interne, salpingite (Richelot), mais bien dans le diagnostic de l'état des lésions et des complications péri-appendiculaires. Et en réalité, c'est là le diagnostic important, essentiel.

Chacun reconnaîtra facilement, dans la grande majorité des cas, la péritonite diffuse, ou le gros abcès iliaque collecté, mais ce ne sont pas ces extrêmes qui embarrassent le praticien. Ce qu'il importerait de pouvoir diagnostiquer dans l'appendicite, c'est le degré et l'étendue des lésions. Y a-t-il inflammation simple de l'appendice ? L'empâtement cache-t-il ou ne cache-t-il pas du pus ? Y aura-t-il ou non perforation et gangrène ? Et enfin, si survient cette perforation, y aura-t-il, ou n'y aura-t-il pas des adhérences pour en limiter les désastres ?

Dans bien des cas, dans presque tous les cas, il est impossible de répondre à ces questions. L'appendicite, au début le plus violent, peut se calmer et guérir en quelques jours; alors qu'avec des allures peut-être moins brutales, elle peut arriver à la perforation en quarante-huit heures. C'est là le gros point noir du diagnostic, et cette incertitude du diagnostic pèsera lourdement sur la thérapeutique (1).

(1) A la Société de médecine interne de Berlin, dans la séance du 2 décembre 1890, Sonnenburg rapporte 22 cas de pérityphlite, dans lesquels il a toujours trouvé du pus.

Au point de vue du diagnostic, voici ce que Sonnenburg a trouvé :

1° Plus un exsudat est volumineux et moins sa purulence est vraisemblable;

2° Des exsudats plus petits, longtemps stationnaires, augmentant tout

VI

La question du pronostic est encore une grosse question qu'il serait important de résoudre pour arriver à bien poser les indications thérapeutiques. Jusqu'à quel point l'appendicite est-elle dangereuse ? Jusqu'à quel point menace-t-elle les jours du malade par la perforation, avec les abcès ou la péritonite comme conséquences ? Dans quelles proportions ces accidents s'observent-ils dans l'appendicite? A toutes ces questions il est difficile de donner des réponses précises. L'incertitude tient à ce que la maladie est observée, tantôt par les médecins, tantôt par les chirurgiens. Ces derniers, qui n'observent que les cas graves et compliqués de phlegmon iliaque ou de péritonite, sont très portés à voir les choses en noir et, par suite, à juger nécessaire une intervention rapide ; tandis que les médecins qui observent la maladie au début, qui la voient souvent guérir, et qui, d'autre part, ne suivent pas toujours jusqu'au bout les accidents chirurgicaux de l'affection, sont très portés à s'abstenir chirurgicalement, et à traiter l'appendicite par des moyens médicaux, retardant peut-être, outre mesure, une intervention chirurgicale qui, plus hâtive, eût été plus fructueuse.

Entre les deux doctrines, il est cependant facile de prendre parti.

Hollander a publié 80 cas de pérityphlite (appendicite) qui, traités médicalement à la clinique de Biermer, ont *tous* guéri.

L'opinion de Renvers est basée sur des observations recueillies à l'armée et à l'hôpital de la Charité de Berlin ; or, il n'admet qu'une mortalité de 3 à 4 p. 100, dans les cas où l'on n'est pas intervenu.

Guttmann, en onze ans à l'hôpital Moabit, de Berlin, a observé 96 cas de phlegmon iliaque, 5 seulement ont succombé.

C'est également l'avis de Leyden, qui pense que 95 p. 100 des malades atteints de pérityphlite guérissent par l'expectation.

Fürbinger rapporte que, sur 120 cas de pérityphlites graves traités médicalement à l'Hôpital Friederischsein de Berlin, 12 seulement se sont terminés par la mort.

C'est aussi l'opinion de notre confrère, M. Trastour (de Nantes) : « J'ai vu, dit-il, bon nombre de pérityphlites, tant en ville qu'à l'hôpital, et l'action médicale, exercée énergiquement et sans retard, m'a paru souvent salutaire et efficace. »

C'est l'opinion de la majorité des médecins français.

Il paraît donc incontestable que le plus grand nombre des appendicites peuvent guérir sans intervention chirurgicale. C'est pourquoi il convient à peine de mentionner cette opinion de certains auteurs américains qui vont, tant ils jugent l'appendicite fréquente et grave, jusqu'à proposer l'ablation préalable de tous les appendices !

VII

Le traitement de l'appendicite, resté peut-être trop médical pour les uns, est devenu trop chirurgical pour les autres.

d'un coup, et situés au-dessus du ligament de Poupart, sont le plus souvent purulents ;

3° Plus les symptômes de début seraient violents, plus il y aurait lieu de redouter une inflammation phlegmoneuse.

Nous nous contentons de reproduire les opinions du chirurgien allemand, mais nous sommes loin de les considérer comme démontrées.

Il est certain et incontestable que l'appendicite commence toujours par une phase médicale, vue par le médecin et soignée par lui. La maladie peut se borner à cette phase et tout rentrer dans l'ordre.

« Les indications thérapeutiques sont, en effet, très nettes. Ici surtout l'axiome : *Primum non nocere*, est de mise. Rien n'est plus dangereux que les purgatifs répétés, les lavements qui, en activant le péristaltisme intestinal, peuvent précipiter la perforation ou transformer en péritonite généralisée, une péritonite primitivement localisée. Les émissions sanguines, même, affaiblissent inutilement le malade, sans enrayer le processus ulcératif. Seule la médication opiacée, associée aux réfrigérants, est indiquée et compte de nombreux succès dans l'appendicite simple. » (Dreyfus-Brisac.)

Mais dès cette période, des chirurgiens américains ont voulu intervenir, pour prévenir l'éclosion d'accidents plus graves ou des rechutes nouvelles. L'extirpation préventive, en quelque sorte, a été proposée et faite ; elle nous paraît peu recommandable pour les raisons suivantes. Rien ne nous dit qu'une appendicite, même à phénomènes initiaux graves, ne va pas complètement guérir, nous manquons absolument de documents à ce point de vue. Les chirurgiens, nous l'avons dit, ne voyant que les cas ultimes de la maladie, sont trop portés à considérer cette évolution de l'appendicite comme la règle. Or, en cela ils sont mauvais juges, et les médecins reconnaissent, sans que la proposition soit peut-être rigoureusement établie, que la suppuration et la perforation sont beaucoup plus rares que la résolution. Aussi, nous pensons qu'à la phase de début, à la phase de colique appendiculaire, le chirurgien doit se tenir prêt, *mais ne pas intervenir*.

Dans l'*appendicite subaiguë*, dès qu'il se manifeste de l'empâtement, c'est autre chose. Ce qui eût été, autrefois, témérité, ne l'est plus actuellement, et suivant son tempérament, et d'après les circonstances, le chirurgien peut agir. D'après nous, il ne doit agir à cette période que si l'élévation de la température, une tuméfaction persistante ou croissante dans la fosse iliaque, lui font craindre une des deux terminaisons pour lesquelles l'intervention n'est plus discutable : la suppuration ou la perforation.

M. Reclus croit, avec Roux (de Lausanne), qu'on n'intervient jamais trop tôt. Il pense que, dès la cinquante-huitième heure, des adhérences enkystent déjà et isolent l'appendice. Et les chirurgiens, qui ont opéré hâtivement, prétendent avoir toujours rencontré une collection purulente, et avoir tiré bon bénéfice de leur intervention. C'est ainsi que Kraft a constamment trouvé du pus dans ses interventions précoces, et que Roux enregistre 6 succès, dans 6 cas opérés hâtivement.

L'intervention consiste alors à inciser la paroi abdominale sur la région où l'on constate l'empâtement. On arrive ainsi sur des adhérences et des fausses membranes qu'on soulève et décolle pour trouver le pus. Si, dans la collection ainsi ouverte, on rencontre l'appendice, on le réséque à sa base, et, par une double rangée de sutures, on ferme l'orifice ainsi produit. Si l'appendice n'est pas facilement visible, on se contente de nettoyer la cavité purulente et d'en assurer le drainage.

En résumé, à la période d'empâtement douloureux et limité de la fosse iliaque, l'intervention chirurgicale commence à s'imposer ; mais elle peut se discuter encore et être acceptée ou repoussée suivant les cas, le milieu, les

circonstances extérieures et le tempérament du chirurgien. L'opportunité opératoire est, à cette période de l'affection, la chose délicate. Mais, malgré les affirmations de Kraft, de Roux, de M. Reclus et des chirurgiens américains, il est difficile, en présence des statistiques de Leyden, Renvers, Guttman et d'autres, d'être entraîné vers une intervention trop précoce lorsque la guérison spontanée s'observe si fréquemment.

A la période d'abcès, dès qu'il y a manifestement du pus, il n'y a plus à discuter, il faut inciser et vider la collection sans attendre.

« Il ne faut plus revoir ces cas lamentables, fréquents autrefois, et que l'on trouve encore çà et là, dans les services de médecine, où les malheureux, la fosse iliaque distendue, étaient soigneusement tâtés chaque matin, et couverts de pointes de feu et de vésicatoires, où après trois semaines de fièvres, de supplices et de dangers, on se demandait encore s'il y avait du pus. » (Richelot.)

L'incision doit être longue et peut atteindre 15 ou 18 centimètres. On a recommandé d'extirper l'appendice, perforé ou gangréné, que l'on trouve presque toujours dans la cavité purulente. Nous sommes entièrement de cet avis, quand la recherche et la découverte de l'appendice sont choses faciles; mais, pour peu qu'il y ait de difficultés, cette recherche doit être abandonnée : le chirurgien se borne alors à l'ouverture large et à la désinfection de son abcès ; il n'oubliera pas qu'il existe souvent un abcès rétro-cæcal, dont il faudra parfois assurer l'évacuation par un drainage lombaire. La simple incision, la désinfection et le drainage suffisent pour assurer la guérison.

Récemment encore, à l'Hôtel-Dieu, on nous amenait des salles de médecine un malade porteur d'une vaste collection purulente de la fosse iliaque droite. L'incision donna issue à une grande quantité de pus, et la présence d'un pépin de raisin nous confirma dans le diagnostic d'appendicite perforante que nous avions déjà posé. La poche de l'abcès fut nettoyée et touchée au chlorure de zinc, mais il nous fut impossible, non seulement de trouver l'appendice, mais d'apercevoir la perforation qui avait donné passage au pépin de raisin. Cette perforation existait cependant encore, car le lendemain, à travers la plaie, des matières fécales vinrent souiller le pansement. Néanmoins, la cavité purulente se rétrécit rapidement, devint simple fistule, puis guérit complètement en quelques semaines.

Dans un autre cas, nous fûmes appelé, par un de nos confrères de province, près d'un de ses malades atteint de vaste abcès de la fosse iliaque. Cet abcès remontait jusque dans l'hypochondre droit ; il fut vidé par l'incision classique recommandée pour l'ouverture des abcès iliaques, et, au milieu des 2 litres de pus, horriblement fétide, qui sortirent de la plaie, nous trouvâmes un lombric, témoignage indiscutable d'une perforation intestinale. La grandeur de la cavité purulente ne nous permettait guère d'en explorer minutieusement toutes les parois, nous nous contentâmes de laver et d'assurer le drainage : la guérison était complète au bout de six semaines.

Un troisième cas, que nous observons actuellement à l'hôpital Saint-Antoine, nous montre aussi que la découverte de l'appendicite et sa ligature ne sont pas choses absolument indispensables.

Nous pensons donc que, si l'appendice n'est pas facilement visible, si sa recherche ou son extirpation présentent des difficultés trop considérables, mieux vaut l'abandonner sans insister longuement dans des manœuvres dangereuses.

La technique employée pour l'incision des suppurations péri-appendiculaires est variable suivant les chirurgiens. Toutefois, quoi qu'on en puisse dire, dans les cas de collection manifestement iliaque, il est peu recommandable de recourir à la laparotomie médiane, et c'est toujours par une incision latérale qu'il faut intervenir.

Cette incision a été faite de différentes manières. Roux décrit ainsi son procédé (1) :

« Notre incision, dit-il, est parallèle au ligament de Poupart, parties égales en dedans et en dehors de l'épine iliaque antérieure et supérieure, dont elle est éloignée de 1 et demi à 2 centimètres. Nous n'hésitons pas à lui donner une longueur de 15 à 18 centimètres. Arrivé sous le fascia transversalis, parfois infiltré et épaissi, nous incisons le péritoine, seulement dans la partie supéro-externe de la plaie, là où l'on est sûr de rencontrer le cæcum (colon). Nous engageons alors l'index entre l'intestin, que nous refoulons en dedans, et la paroi abdominale externe ; puis nous poursuivons l'exploration et le décollement jusqu'en arrière, lorsque le pus n'a pas jailli au premier coup et que nous avons quelque raison de placer le siège de l'abcès dans l'espace rétro-cæcal. Si nous ne trouvons rien, nous terminons peu à peu la section du péritoine, et continuons à explorer la fosse iliaque, ménageant les adhérences, cherchant, si c'est nécessaire, à atteindre d'abord le point d'insertion de l'appendice, d'où l'on est sûr de ne plus manquer le but. Si l'extrémité de l'appendice est difficile à trouver, c'est qu'elle est enfermée dans un paquet d'adhérences, d'où l'on fera sortir le pus dans la plaie. A ce moment, l'indication est remplie ; le malade ne court plus le risque de la péritonite et l'on peut se borner à drainer et tamponner la plaie, dont on diminue les dimensions par quelques sutures. On ne doit pas oublier que l'opération a, avant tout, pour but de parer au danger de perforation dans le péritoine, et l'on n'aura pas honte de réserver à plus tard, si elle est dangereuse (en compliquant ou prolongeant l'opération), la résection de l'appendice ou l'occlusion d'une fistule, qu'on fait séance tenante dans les conditions favorables. »

Cette large incision, recommandée par Roux, et indispensable si l'on opère hâtivement, expose à la formation d'une hernie qui, d'ailleurs, a déjà été observée sur un sujet opéré par ce chirurgien. C'est là un inconvénient dont il convient de tenir compte.

Max Schuller préconise aussi une incision latérale. Mais à l'incision classique, parallèle à l'arcade de Fallope, il en préfère une autre, verticale, partant d'un point situé à un travers de doigt en dedans du milieu de la ligne qui va de la symphyse pubienne à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Suivant cet auteur, cette incision, avec une étendue moindre, conduit sur la région malade par le chemin le plus court et permet d'arriver facilement dans le petit bassin.

Avec M. Reclus, nous sommes peu partisan de cette incision, car l'extension de la phlegmasie vers le petit bassin est exceptionnelle et ce sont les abcès péri-cæcaux qui sont la règle, c'est-à-dire les abcès iliaques : aussi adoptons-nous comme préférable, dans la plupart des cas, une incision commençant vers la partie moyenne du ligament de Fallope, à un travers de doigt au-dessus de ce ligament, et parallèle à lui. Arrivée à l'épine iliaque antérieure et supé-

(1) Roux. *Revue médicale de la Suisse romande*, mai 1890.

rieure, l'incision doit remonter au-dessus de cette saillie, d'une longueur à peu près égale à celle qu'elle a déjà. C'est l'incision préconisée par M. Reclus, c'est l'incision de la ligature des vaisseaux iliaques remontée un peu en dehors.

Dans les cas plus rares d'abcès à siège pelvien, lombaire, ou péri-rectal, il est évident qu'il faut aller placer son incision là où l'on trouve le pus. C'est ce que fit Sonnenburg qui a trouvé une fois un exsudat à la hauteur de l'ombilic. Dans ce cas, l'appendice vermiforme était remonté à la paroi supérieure du colon transverse, et s'y était soudé et perforé.

Ce chirurgien adopte la pratique suivante, dans les cas où il doit intervenir pour les collections péri-cæcales :

Dans les cas où l'exsudat est superficiel, facile à constater par la palpation, la percussion et même par la ponction, l'incision est des plus simples et le résultat toujours favorable.

Si l'exsudat est petit, peu délimité, accompagné de douleur et de fièvre modérée, alors c'est l'*opération en deux temps* qui est indiquée. En tendant les parois abdominales on arrive à sentir une résistance peu perceptible ; par l'incision cutanée, on obtient que l'abcès se développe dans le sens de la section et qu'il se forme des adhérences avec le péritoine.

Au bout de quelques jours on peut ouvrir l'abcès sans blesser le péritoine. Sonnenburg a pratiqué, dans sept cas, cette opération en deux temps et toujours avec succès.

M. Chaput préconise l'incision franchement séreuse ; en cela, il est complètement en désaccord avec Gerster qui trouve illogique d'ouvrir le grand sac péritonéal quand on peut s'en dispenser.

Voici la technique que M. Chaput recommande, bien qu'elle n'ait encore été conseillée nulle part : « Par incision parallèle et à deux travers de doigt de l'arcade crurale, je conseille d'ouvrir le péritoine d'emblée pour se rendre compte de visu de l'aspect des lésions, pour éviter, par exemple, que des pressions aveugles n'achèvent de perforer le cæcum ou l'appendice, au niveau d'une ulcération, ou pour que le pus ne tombe pas dans le ventre par rupture des adhérences qui le limitent.

On trouvera le cæcum et souvent l'appendice indurés, perforés, gangrénés. On suturera alors le péritoine pariétal à une portion saine du cæcum pour mettre, pour ainsi dire, cet organe et son appendice hors de la séreuse.

On décollera ensuite le péritoine et le cæcum de la fosse iliaque, jusqu'aux limites des lésions. On bourrera d'iodoforme la fosse iliaque et la face antérieure du cæcum, qui sera ainsi complètement isolé. On pourra, dès lors, attendre en toute sécurité la suite des événements. »

Cette façon de faire nous paraît compliquer sans profit l'acte opératoire, et faire courir au malade d'inutiles dangers ; aussi conseillons-nous, avec la majorité des auteurs, d'éviter d'ouvrir la séreuse, si faire se peut, toutes les fois qu'on se propose d'évacuer une collection péri-appendiculaire.

S'il existe une *péritonite généralisée*, il n'y a qu'un seul traitement, et bien qu'il comporte peu de chances de succès, c'est le seul capable d'en donner et qui en ait donné. Nous voulons parler de la *laparotomie médiane* avec recherche de l'appendice, ligature et excision, lavage et drainage du péritoine. Il faut faire, en un mot, ce que l'on fait pour toute péritonite par perforation, c'est-à-dire ouvrir l'abdomen, rechercher la perforation, l'oblitérer et laver la cavité péritonéale déjà infectée.

Max Schuller et, après lui, M. Reclus pensent que, dans certains cas, alors que la région rétro-cæcale n'est pas très facilement accessible au lavage et à la désinfection, il sera souvent utile de combiner, avec l'incision médiane, une incision latérale permettant plus facilement l'examen du foyer même du mal, sa désinfection et son drainage.

Il ne faut pas s'illusionner et croire que, pour être énergique et légitime, cette intervention sera fréquemment suivie de succès. Il n'y a guère, actuellement, dans la science, que 7 succès dans les cas de laparotomie pour péritonite diffuse, consécutive à la perforation de l'appendice. Ces cas sont ceux de Groser, Cutler, Schuller, Weir, Roux, Heineke et Krecke. Étant donné le pronostic désespéré de la péritonite par perforation, abandonnée à elle-même, ces quelques cas de guérison, si rares soient-ils, suffisent pour tracer au chirurgien sa ligne de conduite.

Mais, pour avoir ces quelques minimes chances de succès, il est indispensable d'opérer hâtivement, dès le diagnostic posé. C'est grâce à cette intervention hâtive, que Max Schuller dut le succès qu'il rapporte.

M. Richelot a vu, cette année même, une de ces victimes de l'abstention. Un jeune homme de trente ans est pris subitement de symptômes alarmants : douleur vive dans l'abdomen, à droite surtout, ballonnement, constipation, nausées, fièvre. Trois médecins le voient successivement dans l'espace d'une semaine : le premier tergiverse pendant cinq jours ; le deuxième juge qu'il faut se hâter, et met deux jours à appeler le troisième ; ce dernier se hâte réellement et appelle un chirurgien dans la journée ; le malade est porté à l'hôpital séance tenante, les extrémités froides et le pouls filiforme, il meurt en arrivant. A l'autopsie, péritonite purulente et perforation de l'appendice. N'aurait-on pas eu quelque chance de sauver ce malade, si le chirurgien avait été consulté dans les trois premiers jours ?

La tendance aux récidives paraît être une indication opératoire généralement adoptée à l'étranger. Sonnenburg recommande de réséquer l'appendice pendant une période de rémission. Nous ne voudrions pas contredire, d'une façon absolue, cette indication tirée du fait des récidives, mais nous rappellerons le cas cité plus haut, de ce directeur d'un de nos hôpitaux parisiens, qui eut six récidives d'appendicite, sans jamais avoir présenté de complication chirurgicale. Nous citerons encore le cas d'un de nos confrères, qui eut deux atteintes à quinze ans d'intervalle et qui, actuellement, est depuis plusieurs années bien portant.

Toutefois, nous reconnaissons que cette fréquence des récidives constitue une menace toujours suspendue pour l'avenir, et que, dans des cas, elle peut légitimer une intervention qui eût pu être discutable, s'il se fût agi d'une première atteinte. C'est l'avis de Mohammed, Simons, Treves, Bull, Tait, Sonnenburg, qui recommandent l'ablation de l'appendice dans les cas d'appendicite à répétition. Ces chirurgiens pensent que la gravité augmenterait proportionnellement avec le nombre des récidives. Valz disait, dès 1843, que ce n'est pas le premier accès qui tue, mais le second ou le troisième. Toutefois, nous pensons, avec M. Chaput, que l'indication d'opérer ne peut guère être admise dans l'intervalle des crises, que s'il persiste une certaine induration dans la fosse iliaque.

Pour nous résumer, si les indications thérapeutiques pouvaient s'enfermer dans des limites aussi restreintes et aussi concises, nous dirions :

A la phase de début, alors qu'il n'existe que de la dou-

leur, sans empâtement local, sans phénomènes fébriles : thérapeutique purement médicale.

A la phase d'empâtement très limité de la fosse iliaque : observer et se guider, d'après l'évolution locale et d'après l'état général, pour savoir s'il convient d'intervenir ou de ne pas intervenir chirurgicalement.

A la phase de suppuration : laparotomie latérale, évacuation de l'abcès et résection de l'appendice, si cette résection est possible à peu de frais.

A la phase de péritonite : laparotomie médiane, avec ou sans contre-ouverture latérale, excision de l'appendice et lavage péritonéal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 février 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

Moyen facile de pénétrer dans le médiastin postérieur. — **M. QUÉNU** fait connaître les résultats d'expériences qu'il a faites sur le cadavre, avec M. Hartmann, pour arriver à pénétrer facilement dans le médiastin postérieur. L'incision pratiquée le long de la colonne vertébrale est une mauvaise voie, à cause de la saillie des corps vertébraux dans la cavité thoracique. Il fallait chercher à se rapprocher d'un plan transversal qui raserait la face externe de la colonne vertébrale. Pour arriver à ce but, M. Quénu fait une incision verticale entre le bord spinal de l'omoplate et la colonne vertébrale; on trouve là quelques fibres du trapèze qu'il est facile de relever; il faut sacrifier le rhomboïde, sacrifice d'ailleurs peu important; puis on résèque 2 centimètres des troisième, quatrième et cinquième côtes; cette résection de 2 centimètres des trois côtes suffit pour permettre l'introduction de la main; on décolle la plèvre et on arrive sur l'aorte et l'œsophage. Il est facile, par cette voie, de pénétrer dans le médiastin postérieur. Mais il y a une grande différence, selon qu'on fait l'incision du côté gauche ou du côté droit de la colonne vertébrale; du côté gauche, la plèvre est toute droite, tandis que du côté droit elle se recourbe et se replie de façon à pénétrer entre l'œsophage et la colonne vertébrale. Cette disposition anatomique est constante. Il n'y a donc aucune difficulté du côté gauche, et c'est toujours de ce côté qu'il faut faire l'incision.

M. Quénu rappelle les diverses circonstances dans lesquelles il pourrait être utile de pénétrer facilement dans le médiastin postérieur : ganglions tuberculeux, abcès péri-œsophagiens ou de la colonne vertébrale, corps étrangers ou cancers de l'œsophage. Enfin, c'est également par cette voie qu'il faudrait pénétrer pour la chirurgie pulmonaire, ablation d'abcès ou de cavernes, etc.

Suture de la langue après l'ablation de tumeurs de cet organe. — **M. BERGER** a, depuis quelque temps, modifié le procédé d'ablation des tumeurs de la langue. Il fait toujours la ligature préalable de la linguale ou même des deux linguales, si la section de la langue doit dépasser la ligne médiane. Puis, voici comment il procéda récemment : il enleva la moitié droite de la langue, pour un épithélioma, au thermocautère; puis il fit la réunion complète de la perte de substance par une suture au catgut. La durée de la cicatrisation se trouva ainsi notablement abrégée. Son malade était complètement guéri après quinze jours. Ce procédé a l'avantage de mieux assurer l'hémostase et l'antisepsie buccale. Il faut, pour cela, obtenir la réunion par première intention. Il faut que la suture comprenne toute l'épaisseur de la section. Enfin, ce procédé a également le grand avantage de prévenir les hémorrhagies secondaires.

M. QUÉNU a pratiqué trois fois l'ablation partielle de la langue en ayant recours à la suture. Il distingue trois cas : 1° les tumeurs ne nécessitant que l'ablation de la partie libre de la langue; ce sont les cas les plus favorables pour la suture; 2° les tumeurs envahissant la partie postérieure de la langue; ici encore la suture est possible à condition que le plancher de la bouche ne soit pas pris; 3° enfin les cas où le plancher de la bouche ou la muqueuse génienne sont pris. Dans un cas, M. Quénu a réuni la muqueuse de la face dorsale de la langue à la muqueuse génienne. Malheureusement, le malade est mort de faim, n'ayant pas été soumis à la sonde œsophagienne comme il aurait dû l'être; mais l'autopsie a permis de constater que la réunion était parfaite.

DISCUSSION

M. RECLUS a employé le procédé de suture linguale après l'ablation d'un épithélioma, il y a quatre ans. Il se proposait d'en parler, quand il apprit que M. Péan et d'autres chirurgiens y avaient recours depuis longtemps. Il cite plusieurs cas où ce procédé lui a donné de très bons résultats; c'est, dit-il, une excellente opération.

M. RICHELOT, depuis longtemps déjà, n'emploie pas d'autre procédé. Il applique d'abord, selon la méthode de M. Péan, une pince à demeure sur la langue derrière la tumeur pour assurer l'hémostase; mais il ne laisse plus cette pince en place vingt-quatre heures, comme autrefois; il ne fait que l'hémostasie temporaire par la forcipressure et assure l'hémostasie définitive par la suture.

M. BAZY a enlevé le quart antérieur de la langue, pour un épithélioma; il a fait la suture et a obtenu une réunion par première intention, bien que le malade fût diabétique.

M. MARCHAND a pratiqué l'opération suivante il y a cinq ans: ablation très étendue, résection du maxillaire, suture de muqueuse à muqueuse linguale, puis suture du reste de la langue au plancher de la bouche, de façon à extérioriser complètement la plaie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a pratiqué la suture de la langue il y a plus de quatre ans.

M. TERRIER a opéré un sujet tuberculeux, cachectique, atteint de psoriasis lingual. Il ne paraissait pas douteux qu'il existât un épithélioma. Lorsqu'il existe une plaie suppurante dans la cavité buccale, il faut tenir compte de la possibilité d'inoculations secondaires du côté des ganglions. C'est pourquoi il importe de fermer les plaies faites à la langue et d'obtenir une réunion par première intention, aussi parfaite que possible. C'est ce qu'a toujours cherché M. Terrier, dans le seul but d'éviter les inoculations secondaires.

Il cite l'exemple d'un officier de marine, qui a été opéré d'un épithélioma de la langue, chez lequel la plaie a suppuré, et qui, aujourd'hui, est atteint d'énormes ganglions infectés.

LECTURE

Fracture du crâne; trépanation éloignée. — **M. FÉVRIER** communique l'observation d'un soldat qui, à la suite d'une fracture avec enfoncement du pariétal droit, a été atteint, longtemps après, de phénomènes d'atrophie et de paralysie des membres du même côté. Huit ans après la fracture, M. Février pratiqua la trépanation, et tous les accidents disparurent.

PRÉSENTATION DE MALADES

Ablation de l'astragale. — **M. PICQUÉ** présente deux malades chez lesquels il a pratiqué l'ablation de l'astragale, l'un pour une paralysie infantile, l'autre pour une luxation incomplète de l'astragale.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente un malade auquel il a enlevé l'astragale pour un pied plat douloureux.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux, commencera, le lundi 4 mai 1891, à cinq heures du soir, à sa clinique privée, 15, rue Malebranche, un cours de gynécologie qui sera complet en quinze leçons et en cinq semaines. — Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser, 15, rue Malebranche.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

La topographie cranio-cérébrale, applications chirurgicales, par le docteur R.-L. Le Fort. 1 vol. in-8° avec 16 fig. en noir et en couleurs, et 2 planches hors texte. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. De la responsabilité des officiers de santé en matière d'accouchements. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. De la démarche chez les hémiplégiques. — Note sur la rareté des maladies vénériennes dans la population ouvrière de Paris. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 9 février 1891.

Dans le projet de loi réglant l'exercice de la médecine, tout un paragraphe est destiné à la réglementation de la profession de dentiste. Nous ne saurions en rien prévoir quel sera le texte définitivement adopté. Mais des discussions préalables ont eu lieu dans les sociétés spéciales, des lettres plus ou moins courtoises ont déjà été échangées entre les grands maîtres de l'art dentaire. La question n'a pas semblé avancer d'un pas. Si les personnes compétentes sont divisées, que peuvent bien penser nos honorables représentants appelés à se prononcer sur ce projet de loi?

La question est cependant simple et peut, pour un esprit non prévenu, se renfermer dans une discussion suffisamment serrée.

L'art dentaire étant une branche accessoire, mais indiscutable de l'art de guérir, appartient comme telle à la médecine et, si l'exercice de la médecine est régie par des lois et règlements, il n'y a aucune raison pour que la profession de dentiste soit laissée absolument libre et abandonnée au pur caprice de chacun.

Des accidents retentissants, dus à l'emploi des anesthésiques par des dentistes, ont malheureusement démontré la nécessité de cette réglementation.

Ce premier point acquis, la difficulté se trouve reculée, mais n'en subsiste pas moins. Comment, en effet, convient-il de réglementer la profession de dentiste? Pour les uns, la réponse est facile : que tous les dentistes soient docteurs et ils rentrent ainsi dans la loi commune, et point n'est besoin de réglementation spéciale. Pour les autres, les dentistes doivent rester des dentistes, et être réglementés comme tels. C'est aussi notre avis. Le médecin, breveté docteur, ignore les premiers mots de l'art dentaire; et la loi aura beau lui reconnaître tous les droits, elle le laissera avec toute son ignorance. Si le docteur veut être dentiste il faut qu'il le devienne et fasse son apprentissage. Or, son bagage médical lui sera de bien mince utilité, quand il deviendra dentiste. Le traitement du mal perforant ou la pathogénie des hémorrhoïdes ne paraissent pas avoir de bien grands rapports avec la carie dentaire.

En réalité, l'art de dentiste comprend deux parties principales; la prothèse et les soins de la bouche. L'habileté dans l'art de la prothèse ne dépend d'aucune connaissance scientifique et l'on peut être un excellent mécanicien dentiste, sans, à la rigueur, savoir ni lire ni écrire. Nous ne voyons vraiment pas à quoi pourraient servir les années passées sur les bancs de la Faculté, pour la bonne confection d'un appareil de prothèse. Les soins de la bouche et des dents relèvent plus de l'art de guérir, et touchent sans doute de plus près à la médecine. Mais, ce n'est là qu'une promiscuité bien légère, et tout en reconnaissant que les notions médicales générales seraient des plus utiles, on doit avouer, toutefois, qu'elles ne sont guère indispensables.

A peine si le dentiste se trouve en lutte avec quatre ou cinq maladies dentaires; aussi la question de diagnostic l'embarrasse rarement. S'il se présente des cas exceptionnels, vraiment médicaux, il n'y a pas plus de honte pour lui à recourir aux lumières de son confrère médecin, qu'à celui-ci d'envoyer son client chez le dentiste, lorsqu'il s'agit d'une maladie des dents.

A chacun son métier. Et, pour nous résumer, le dentiste est, et doit rester, un praticien qui a besoin surtout d'expérience, d'habileté manuelle, et bien peu de théorie. Notre opinion est d'ailleurs partagée par la plupart des confrères médecins qui sont devenus dentistes et qui envisagent froidement, et sans calcul personnel ou intéressé, quelles sont les véritables exigences de la profession dentaire.

Plusieurs opinions ont été émises concernant la réglementation de la profession de dentiste. Elles ont chacune un bon côté; la nôtre a, au moins, le mérite d'être absolument désintéressée.

Nous avons suffisamment dit que le côté médical de l'art dentaire était bien minime pour que l'on comprenne que nous repoussons absolument toute ingérence de la Faculté dans l'enseignement de l'art dentaire; aussi la création d'une nouvelle chaire, peut-être désirée par certains, nous paraît-elle devoir être absolument écartée. Il existe à Paris, et il peut se créer dans les grands centres universitaires, des écoles et instituts dentaires. Rien ne nous paraît plus simple que de voir l'État en prendre la direction, ou tout au moins en assurer le contrôle, et vérifier l'enseignement qui y est donné. En créant le diplôme officiel de dentiste, l'État doit se réserver le droit de le décerner lui-même, par l'adjonction, dans les jurys d'examen, d'un ou deux professeurs venant des Facultés

de médecine ou de personnages dont la haute compétence dans l'art dentaire est notoirement connue. De la sorte, le nouveau diplôme aura une valeur réelle et les dentistes qui sortiront des écoles seront de vrais dentistes. Ce ne seront certes pas des médecins théoriquement savants, mais ce seront des praticiens expérimentés qui n'auront plus besoin, pour se donner un renom d'habileté, de se déclarer dentistes de l'autre côté de l'Atlantique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De la responsabilité des officiers de santé en matière d'accouchements.

Le 9 mai 1890, à Faverges, une jeune femme était prise des douleurs de l'enfantement.

Au lieu de s'adresser au docteur qui l'avait assistée dans ses accouchements antérieurs, son mari chargea de ce soin un officier de santé, M. X..., diplômé de l'École de Lyon, autorisé à exercer dans la Haute-Savoie. Celui-ci procéda à l'accouchement avec l'assistance d'une sage-femme patentée. L'enfant se présentant par l'épaule, l'officier de santé essaya pendant de longues heures de faire la version. Il ne put y parvenir. Dans ses efforts, le bras du fœtus lui resta entre les mains. Il tenta alors, à l'aide de l'une des branches du forceps, de ramener le cadavre hors du détroit.

M. le docteur Adam (de Talloires), mandé par dépêche, délivra en quelques minutes la mère, en pratiquant la version qui n'offrit aucune difficulté. M. Adam demeura environ une demi-heure auprès de l'accouchée sans rien noter de particulier. Le lendemain soir celle-ci succombait.

Sur la plainte du mari, M. X... a été poursuivi pour homicide par imprudence sur la personne de sa femme et de son enfant. Il était, en outre, prévenu accessoirement d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. Les faits d'exercice illégal de la médecine consistaient dans le commencement d'accouchement de la femme G... elle-même, et dans un autre accouchement pratiqué avec l'emploi du forceps. Il y avait eu, de plus, un certain nombre de consultations données à Ugines, sur le territoire du département de la Savoie, hors de celui pour lequel M. X... était autorisé. Les faits d'exercice illégal de la pharmacie consistaient à avoir remis directement à certains malades des médicaments.

Le 26 novembre 1890, le tribunal correctionnel d'Annecy rendit un jugement ainsi motivé :

Sur le fait d'homicide par imprudence :

Attendu que, le 9 mai dernier, vers six heures du matin, M. X... a été appelé à procéder à l'accouchement de la femme G...; que, la présentation de l'enfant nécessitant une version, le prévenu aurait dû immédiatement réclamer l'assistance d'un docteur en médecine, comme le lui prescrivait l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI; qu'au lieu d'obéir à ces prescriptions, il a préféré agir seul, assumant ainsi la responsabilité de tout ce qui pouvait suivre;

Qu'après avoir tenté, mais inutilement, d'opérer une version, il a procédé, toujours sans succès, à une application de forceps, puis à diverses manœuvres aussi dangereuses qu'inutiles, qui n'ont eu d'autre résultat que de mutiler l'enfant et d'occasionner des souffrances très vives à la mère;

Attendu que ce n'est que vers deux heures de l'après-midi que X..., se rendant compte de son impuissance, a consenti à faire appeler un docteur en médecine; que le docteur Adam, mandé aussitôt, n'a pu arriver que vers cinq heures, et a procédé en quelques minutes à la délivrance de la femme G...; que celle-ci est décédée le lendemain, vers neuf heures du soir, sans avoir été visitée par aucun médecin depuis son accouchement;

Que ces faits sont établis par tous les témoignages entendus à l'audience;

Attendu que, si les agissements du prévenu constituent une faute grave, un oubli de tous les devoirs professionnels, il ne peut cependant en découler des conséquences pénales, qu'autant qu'ils auraient occasionné directement la mort de la femme G...;

Attendu qu'en l'absence de preuves matérielles qu'une autopsie régulière aurait seule pu donner, le tribunal n'a pour s'éclairer que l'appréciation du médecin qui a procédé à la délivrance de la femme G...; que cet avis, quelque sérieux d'ailleurs qu'il puisse être, ne peut uniquement servir de base à la certitude absolue nécessaire pour justifier une condamnation;

Attendu, en effet, que le docteur Adam n'ayant pas revu la malade depuis son accouchement, son opinion ne peut reposer que sur des hypothèses certainement vraisemblables, mais cependant insuffisantes pour écarter toute espèce de doute; que ce doute devant profiter au prévenu, il y a lieu de l'acquitter de ce chef;

Sur l'exercice illégal de la médecine :

En fait :

Attendu que les vingt-six contraventions relevées à l'encontre du prévenu sont avouées par lui ou établies par les témoignages entendus à l'audience;

En droit :

Attendu que les deux premières s'appliquent à des opérations interdites, sauf le cas de force majeure qui n'est pas invoqué, aux officiers de santé, par l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI; que les autres faits sont relatifs à des actes d'exercice de la médecine dans un département autre que celui où X... avait le droit d'exercer sa profession d'officier de santé; que, d'après une jurisprudence constante, tous ces faits tombent sous l'application de l'article 35 de la loi précitée;

Sur l'exercice illégal de la pharmacie :

Attendu qu'il est constant et avoué que X..., établi dans une localité où il existe un pharmacien ayant officine ouverte, a vendu, à un grand nombre de personnes qui venaient le consulter, des produits pharmaceutiques;

Qu'il a ainsi contrevenu aux dispositions des articles 25 de la loi du 21 germinal an XI, et 6 de la déclaration du 25 avril 1777.

En conséquence, le tribunal acquitte M. X... du chef d'homicide par imprudence et le condamne à vingt-six amendes de 15 francs chacune pour les vingt-six contraventions qui lui étaient reprochées au sujet de l'exercice illégal de la médecine, et à une amende de 500 francs, pour exercice illégal de la pharmacie.

Le prévenu ayant interjeté appel de ce jugement, le parquet, de son côté, a formé un appel *a minima*. L'affaire est ainsi revenue entière devant la cour de Chambéry, qui, dans son audience du 9 janvier 1891, a rendu l'arrêt suivant :

Sur le premier chef de la poursuite :

Attendu que les vingt-six faits retenus par les premiers juges pour exercice illégal de la médecine ou de la chirurgie sont établis et avoués en partie par le prévenu lui-même; qu'il a été fait, à cet égard, une juste application des dispositions de la loi du 19 ventôse an XI, et qu'il y a lieu de confirmer sur ce point le jugement déféré par les mêmes motifs;

Sur le deuxième chef :

Attendu que les faits relatifs à l'exercice illégal de la pharmacie sont pareillement établis, malgré les dénégations du prévenu, qui prétend n'avoir transmis des remèdes à ses clients qu'à titre de commissionnaire; qu'il résulte, au contraire, non seulement des témoignages, mais encore des pièces au dossier de l'information, que X... arrivait dans les villages où il donnait des consultations étant porteur de divers remèdes qu'il fournissait et

dont il réclamait le prix en même temps que celui de ses ordonnances;

Mais, attendu que les premiers juges ont appliqué à tort, de ce chef, la pénalité édictée par l'article 6 de la déclaration du 25 avril 1777; qu'il résulte de la jurisprudence constante de la Cour de cassation que les contraventions, telles que celle qui est reprochée au prévenu, ne sont passibles que de l'amende résultant de la loi de pluviôse an XIII, combiné avec les articles 25 et 26 de la loi de germinal an XI; qu'il y a lieu, en conséquence, de réformer de ce chef le jugement déféré, mais quant à l'application de la peine seulement;

Sur le troisième chef :

Attendu que les témoignages du docteur Adam, l'ensemble des faits et documents de la cause et toutes les constatations matérielles auxquelles il a été procédé ne laissent aucun doute sur le bien fondé de la prévention; mandé auprès de la femme G..., qui était prise par les douleurs de l'enfantement, X... constata qu'il y avait lieu de procéder à une opération chirurgicale appelée la version, il le dit à son entourage, notamment à la sage-femme, il entreprit cette opération, bien que son diplôme d'officier de santé ne lui donnât pas le droit de le faire, voulut ensuite pratiquer l'embryotomie, autre opération qui n'était pas de sa compétence, il ne put davantage la réussir; pendant huit heures, il fit subir à la femme G..., à l'aide d'une des branches de son forceps, une série de manœuvres horriblement douloureuses; enfin, après cette longue période de souffrances aussi dangereuses qu'inutiles, le docteur Adam, tardivement appelé, arriva et délivra immédiatement la malade, mais il dut constater ensuite que celle-ci ne tarda pas à succomber, uniquement parce que son organisme n'avait pas la force de résister aux douleurs que, dans son impéritie, X... venait de lui occasionner;

Attendu que les premiers juges ont admis à tort que l'autopsie seule était de nature à fournir la preuve certaine que la mort doit être attribuée aux agissements de X...; qu'en effet, les preuves administrées par le ministère public ne tendent point à établir que la mort est résultée de la lésion spéciale d'un organe essentiel, mais seulement des souffrances excessives qui, du fait de X..., ont exercé sur tout l'organisme une dépression suffisante pour entraîner la mort; qu'il est évident, en conséquence, que l'autopsie du cadavre, si on y avait procédé, n'aurait pu apporter une nouvelle force à ces preuves;

Attendu, en conséquence, qu'il y a lieu de réformer de ce chef, en faisant droit à l'appel du ministère public;

Par ces motifs, confirme le jugement en ce qui concerne X..., à vingt-six amendes de 15 francs chacune pour exercice illégal de la médecine; le confirme quant au fond, quant à l'exercice illégal de la pharmacie, mais en condamnant X... de ce chef à 25 francs d'amende; et, réformant, le condamne à trois mois de prison et 50 francs d'amende pour homicide par imprudence; le condamne, en outre, aux dépens.

M. X.., s'est pourvu en cassation.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

De la démarche chez les hémiplégiques.

(Leçon recueillie par le docteur Parmentier, interne (médaille d'or) des hôpitaux.)

Je vais vous montrer aujourd'hui un caractère clinique qui, pour simple qu'il soit, n'en a pas moins une réelle importance et permet à un médecin exercé de porter un diagnostic précis sur-le-champ. Nous avons, en effet, en neuro-pathologie, des points de repère précieux : l'attitude en fait partie et vous savez avec quelle complaisance je m'arrête sur l'habitus extérieur des malades qui viennent à notre consultation. Lorsque, par exemple, vous voyez un individu se présenter, pour ainsi dire, « tout d'une pièce », la démarche précipitée, le corps penché en avant, le regard fixe, les mains agitées d'un menu tremblement, vous n'hésitez pas à dire qu'il est atteint de paralysie agitante. Eh bien! chez les hémiplégiques, la démarche est telle qu'elle suffit souvent seule à faire le diagnostic étiologique de l'affection.

Voici, tout d'abord, une femme de soixante-cinq ans, hémiplégique du côté gauche. L'apoplexie dont elle fut frappée, il y a huit ans, a, sans aucun doute, été causée par une hémorrhagie capsulaire, et, comme il arrive en pareil cas, une dégénérescence secondaire s'en est suivie. Le côté gauche est, en effet, atteint de contracture, le bras est serré contre la poitrine, l'avant-bras est fléchi et en supination, la main fermée. Voyez comme cette malade marche « en fauchant » de la jambe gauche. Aussi bien, je vais vous lire un passage d'un livre trop oublié de Todd, intitulé : « Leçons cliniques sur la paralysie et sur certaines maladies du cerveau. » Il y a là une description très exacte de la démarche dans les hémiplégies vulgaires : « Si vous examinez, dit-il, une personne atteinte d'hémiplégie par suite de lésion organique du cerveau, vous remarquerez que, lorsqu'elle marche, elle offre une allure particulière qui a pour but de porter la jambe paralysée en avant. Elle porte son tronc sur le côté opposé à la paralysie et repose le poids du corps sur la jambe saine; puis elle jette en avant la jambe paralysée et lui fait décrire un mouvement de circumduction, d'arc de cercle. »

C'est bien ce que vous avez vu chez cette femme. Je l'ai fait venir ici pour servir de contraste : car, si sa démarche est bien connue, il n'en est pas de même de celle des deux malades que je dois vous présenter maintenant.

Le premier est atteint d'hémiplégie gauche, depuis [six ans. Il marche le corps penché en avant, traînant la jambe derrière lui, râclant le sol. Le second a la même allure, quoique moins accusée. Mais reprenons la clinique de Todd. « L'autre malade, ajoute-t-il, ne marche pas de la même façon. Elle traîne le membre paralysé après elle comme un corps inanimé, sans décrire aucun mouvement de circumduction, sans faire aucun effort pour lever le pied. Dans cette forme « on balaie le sol en marchant ».

Ce signe est suffisant pour rejeter l'hypothèse d'une lésion de la capsule interne. L'hémiplégie, dont nous parlons, reconnaît une tout autre origine. Les noms étant très utiles pour caractériser les choses, nous avons appelé cette démarche, la *démarche de Todd;* malheureusement, nous ne pouvons caractériser l'autre de la même façon. Voici les noms qui m'ont été proposés par un de mes élèves, Hellène, un jour où je me plaignais de n'avoir pas à ma disposition de désignation appropriée. Le mot *hélipode* pourrait être, suivant lui, appliqué à la démarche de l'hémiplégique organique (de ἕλισσω, tourner, rouler et πους, ποδος, pied; Homère appelle les bœufs ἕιλιποδας) et le mot *helxipode* à celle de l'hémiplégique hystérique [de ἑλκω, traîner, ἕλξις attraction (1)].

Pour remonter à la cause de l'hémiplégie, chez nos deux malades, et par là même pour en déterminer la véritable nature, il va nous suffire de connaître leur histoire.

(1) Un éminent professeur de lettres, que nous avons consulté, croit qu'il vaut mieux former les mots autrement et dire *hélicopode*, pied qui tourne en hélice (de ἕλιχω, tourner), et *helcopode*, pied qui traîne (de ἕλκω, traîner).

L'un d'eux, âgé de trente-quatre ans, a les antécédents héréditaires les plus chargés. Son père est alcoolique et vous savez quel grand créateur de lésions nerveuses est l'alcool; son cousin germain est mort aliéné. Du côté maternel, sa grand'mère avait des attaques convulsives, ainsi que son oncle et ses deux cousins, sa mère est hystérique. Lui-même, à l'âge de trois ans, a eu des convulsions; jusqu'à treize ans, il urina au lit; enfin, pendant son service militaire, il a présenté quelques crises nerveuses sur lesquelles nous n'avons pas de renseignement. En quittant l'armée, il devint garçon de café dans des lieux interlopes et contracta la syphilis. C'est alors qu'il fut témoin d'une tentative d'assassinat et reçut, en voulant s'interposer, un coup de couteau. Quelques heures après, il fut pris d'une attaque avec perte de connaissance. A-t-il eu des convulsions? Nous ne pouvons le dire, tout ce qu'il a pu nous apprendre, c'est qu'il s'est réveillé au bout de quelques jours paralysé du côté gauche et qu'il a uriné au lit. A l'Hôtel-Dieu, où il entra, on le soumit à l'iodure de potassium et aux frictions mercurielles. Ce traitement, en apparence justifié, fut sans doute institué pour la raison suivante. Le malade se plaignait à cette époque et encore aujourd'hui, quoique plus faiblement, de douleurs siégeant au niveau de la région temporale, douleurs presque permanentes, s'exaspérant vers cinq ou six heures du soir et se prolongeant même fort avant dans la nuit au point de l'empêcher de dormir. Naturellement, on attribua cette céphalée à la syphilis. Mais toute céphalée vespérale n'est pas forcément syphilitique; il en existe au moins une autre qui relève de l'hystérie : ne savons-nous pas, en effet, que les accidents hystériques prennent volontiers le caractère vespéral? Chez lui, les céphalées sont, le plus souvent, accompagnées de sensation vertigineuse; une fois même il est tombé à terre avec une petite obnubilation de conscience. Entendez-le raconter comment vient la céphalée : « Ça me serre le cou, j'étouffe. » Il s'agit, en somme, d'un point hystérogène et d'une esquisse d'attaque.

Arrivons à l'hémiplégie. Todd dit, à propos du malade qui balaie le sol en marchant, qu'il n'a généralement pas de paralysie faciale; c'est également mon avis. Examinez la face, il n'y a pas de paralysie, mais un état spasmodique des muscles du côté gauche, autre phénomène hystérique. A un certain moment même les paupières, la joue, la lèvre supérieure étaient constamment agitées de petits mouvements vibratoires; sa langue, enfin, était tordue en crochet, incapable de sortir de la bouche. Aujourd'hui ces phénomènes ont en partie disparu; toutefois, l'asymétrie faciale est encore évidente. En ce qui concerne la sensibilité, il existe ici une anomalie : l'hémi-anesthésie est à droite et non à gauche comme elle devrait être; elle est donc croisée avec l'hémiplégie. Enfin, le goût est perdu à gauche et le champ visuel rétréci.

Maintenant que vous connaissez tous les symptômes que présente ce malade, cherchez, si vous le pouvez, à les expliquer par des lésions organiques. J'y renonce pour ma part, convaincu que tous les phénomènes sont de nature hystérique. En résumé, c'est un nerveux par hérédité qu'un traumatisme plus mental que physique a fait entrer dans l'hystérie, et qu'une hémiplégie, accompagnée de céphalée incontestablement hystérique, a fait considérer comme atteint de syphilis cérébrale.

Chez notre second malade, l'hémiplégie, bien que de même nature, est un peu différente; c'est, en un mot, une variété dans l'espèce.

Notre homme, âgé de quarante-trois ans, grand, vigoureux, a de qui tenir comme vous allez en juger. Sa mère est migraineuse; son cousin germain est mort épileptique, sa cousine germaine est aliénée. Sa sœur a des migraines; son neveu a la tête dérangée; enfin, son frère est mort de rhumatisme articulaire aigu. Il est donc de souche arthritico-nerveuse.

Voici ses antécédents personnels : jusqu'à treize ans, il a de l'incontinence d'urine, de sept à treize ans plusieurs attaques probablement hystériques. Il vient alors à Paris et sert comme valet de pied dans plusieurs grandes maisons. Grâce au régime qu'il suit pendant plus de dix ans (nourriture excellente, vin de première marque, exercice plus que modéré), il se réveille au milieu de la nuit avec la sensation d'un grand coup de bâton qu'on lui donnerait sur le gros orteil gauche : cet orteil est tuméfié, violacé. Au matin la douleur s'apaise pour reparaître la nuit suivante avec la même violence. Aucun doute n'est possible, c'est la goutte. Depuis lors, chaque année au printemps, en février ou en avril, il est repris des mêmes accès avec cette différence que d'année en année l'accès se prolonge et, au lieu de durer huit jours, comme autrefois, ne se termine pas avant deux et trois semaines. Voilà les manifestations arthritiques, voici les accidents nerveux.

Chagrin de ne pouvoir faire son service comme auparavant et d'être ainsi, de par la goutte, exposé tous les ans à perdre sa place, profondément attristé par la mort de sa mère et découragé par la perte d'une petite fortune longuement amassée, le malade était une proie facile pour l'hystérie. Aussi bien, la goutte et la névropathie sont faites pour s'entendre et se rencontrent souvent sur le même terrain; je devrais plutôt dire qu'elles alternent et se succèdent volontiers. Sans faire intervenir les métastases du temps passé, il est constant que l'épilepsie, par exemple, fait d'ordinaire rétrocéder la goutte : elle remplace l'asthme ou inversement, c'est là un fait d'observation.

Comme il arrive d'ordinaire chez les individus d'un certain âge, l'hystérie a été précédée d'une période de neurasthénie préparatoire : tristesse, abattement, incapacité de travail, céphalée frontale et sous-occipitale. Un accident la fit éclater : « Pris entre deux voitures venant en sens inverse, dit-il, je me suis cru atteint. J'étais tellement émotionné qu'on a dû m'accompagner chez un marchand de vin. Les jours suivants j'ai souffert de grands maux de tête, de tremblement nerveux; la nuit, j'ai eu des cauchemars relatifs à l'accident, je me voyais écrasé. » Remarquez qu'il n'a pas même été touché par la voiture, qu'il n'a pas subi le moindre traumatisme. Peu à peu — car sa marche a été progressive — l'hémiplégie se développa, plus marquée au membre inférieur qu'au membre supérieur du côté gauche. Il traîne aujourd'hui la jambe et balaie le sol en marchant. Regardez la face, vous y verrez le spasme glosso-labié : le sillon naso-labial est plus creusé, les paupières battent légèrement, les muscles de la joue et de la lèvre sont le siège de petites secousses; enfin, la langue est tordue en crochet dans l'intérieur de la bouche et la pointe peut à peine dépasser les arcades dentaires. Les autres stigmates hystériques ne manquent point. Il existe une abolition du goût et de l'ouïe, un rétrécissement du champ visuel, de l'hypo-esthésie à gauche et un point hystérogène dans le flanc gauche. La compression de ce point détermine de la

douleur, un serrement du cou, un sifflement dans les oreilles et des battements dans les tempes.

Et voilà des hommes désemparés. Sortiront-ils jamais de l'hystérie qui les accable aujourd'hui? C'est peu probable. Je ne connais guère l'hystérie mâle des artisans que depuis six ans, et je dois vous dire que si j'ai vu souvent des améliorations, je n'ai que bien rarement encore observé des guérisons absolues. Ces malades, incapables de travailler, sont les hôtes inévitables des dépôts de mendicité, de l'asile de Nanterre. Encore ceux qui ont une hémiplégie ou des accidents de cet ordre sont-ils les plus favorisés, en ce sens qu'ils ont chance d'être reçus dans un hôpital. Que n'emploie-t-on la suggestion pour les guérir! Ils ne sont que bien rarement hypnotisables. Aux fanatiques de la thérapeutique suggestive, je les lègue volontiers. Pour nous, qui savons ce qu'il faut en penser, nous n'hésitons pas à dire que ce serait, dans ces cas particuliers, peine perdue. Le repos, les toniques, l'hydrothérapie, l'électrisation statique, sont nos seuls et trop souvent impuissants moyens de traitement.

NOTE SUR LA RARETÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES DANS LA POPULATION OUVRIÈRE DE PARIS.

Par le docteur L. FIAUX.

Dans une première note (1), nous avons récemment attiré l'attention sur la constatation d'un fait qui nous a paru intéresser l'hygiène publique : la rareté singulière des affections vénériennes dans la population laborieuse de Paris.

Le personnel observé par nous n'était point encore au service de la Compagnie du chemin de fer du Nord : il ne s'agit, en effet, ici que des premiers venus, ouvriers chaudronniers, ajusteurs, tourneurs, monteurs, forgerons, charrons, menuisiers, peintres, manœuvres, qui se présentent pour être embauchés dans les ateliers, chantiers et sur les voies de la Compagnie à La Chapelle, et doivent être examinés avant d'être admis, comme les recrues devant les conseils de revision.

Du 1er septembre 1888 au 30 juin 1890, nous avions examiné 2488 hommes dans la force de l'âge, les deux tiers célibataires et âgés de vingt à quarante ans, l'autre tiers mariés et âgés de vingt-cinq ans et au-dessus. Un cinquième était à Paris depuis moins d'un an. Sur ces 2488 ouvriers, nous en avons trouvé *trois* atteints de blennorrhagie et *un* atteint d'ulcère simple de la verge avec bubon inguinal suppuré.

La présente note a pour objet de compléter le tableau de l'année 1890, pour le second semestre.

Du 1er juillet au 31 décembre 1890, nous avons examiné 752 ouvriers embauchés, appartenant aux métiers ci-dessus indiqués, et présentant les mêmes proportions en ce qui concerne l'âge, la qualité civile et la durée du séjour à Paris.

Sur ces 752 hommes, *deux* célibataires ont été trouvés atteints de blennorrhagie : l'un, âgé de vingt-neuf ans, candidat chauffeur, était depuis un an à Paris ; l'autre, âgé de vingt-six ans, également candidat chauffeur, était, en outre, atteint d'un phimosis prononcé. Une de ces uréthrites avait été prise dans une maison de tolérance. Pas un n'était ou n'avait été syphilitique.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 18 septembre 1890.

De sérieux travaux ont paru sur cette question de la proportion des maladies vénériennes dans la population civile et militaire, en Belgique, en Hollande, en Danemark, en Angleterre : quelques-uns de ces travaux sont des documents de premier ordre comme ceux de Mœller (de Bruxelles) et Giersing (de Copenhague). En France, MM. Mathieu (du Val-de-Grâce), Ad. Duchâteau (de Brest), ont publié des statistiques également bonnes à consulter. Il serait à désirer que les observateurs multiplient ce genre de publications.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique et pratique des maladies des enfants (1), [RILLIET et BARTHEZ; 3e éd., t. III, par BARTHEZ et SANNÉ.

On sait que MM. Barthez et Sanné ont entrepris de faire une nouvelle édition du Traité, si connu, de Rilliet et Barthez. Le tome III qui termine l'ouvrage vient de paraître.

Ce volume est consacré aux maladies générales aiguës spécifiques et aux maladies constitutionnelles. On y trouve par conséquent les fièvres éruptives, la vaccine, la varicelle, la fièvre typhoïde, la diphthérie, les oreillons, la coqueluche, le purpura et le rhumatisme. Plus de 400 pages sont attribuées à l'histoire de la tuberculose considérée en général ou dans ses diverses localisations.

Ainsi remanié, ce traité des maladies des enfants est devenu un véritable compendium. Son succès primitif, on le sait, était dû surtout à l'exactitude clinique de la description des divers états morbides.

Il est toujours périlleux de remanier, pour le mettre au courant de la science, un ouvrage qui a eu, en son temps, un grand succès. La médecine évolue avec une grande rapidité, et s'il s'agit toujours des mêmes maladies, on les considère cependant sous un angle différent; le point de vue change à mesure que des notions nouvelles prennent place dans la science. Remettre un livre de médecine au courant, ce n'est souvent que farder sa vieillesse.

Il serait injuste d'appliquer cette formule au Traité des maladies des enfants, et, du reste, la nouvelle édition est signée par l'un des deux auteurs primitifs. M. Sanné, d'autre part, a, en pathologie infantile, une compétence reconnue.

Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital de la Pitié [3e série, 1886-1890] (2), par E. LANCEREAUX.

M. Lancereaux a fait à la Pitié (3) des leçons que, pour notre part, nous apprécions fort; elles sont du reste suivies assidûment par un grand nombre d'élèves. Ce succès s'explique par le soin consciencieux avec lequel M. Lancereaux examine ses malades, par l'originalité de ses vues, par son amour de la médecine et la conviction de son enseignement. Il est un des médecins de l'École de Paris qui ont le plus et le mieux travaillé, un de ceux auxquels à l'étranger on a le plus emprunté, sans lui payer, sous forme de citation, les droits d'auteur qui lui étaient dus. Il s'est fait connaître surtout par ses recherches sur l'anatomie pathologique, mais il a su prouver aussi qu'il était clinicien; il a montré qu'il avait sur bien des sujets des vues tout à fait personnelles.

On trouvera dans le présent volume une série de leçons sur les sujets les plus variés. M. Lancereaux a surtout publié celles dans lesquelles il a, à la Pitié, exposé sa façon de voir sur les points de la pathologie qui lui tiennent le plus à cœur. Nous citerons surtout les leçons consacrées à l'endartérite généralisée, à la para-

(1) In-8o. Prix : 25 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-8o. Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.
(3) Actuellement à l'Hôtel-Dieu.

lysie alcoolique, aux cirrhoses, à l'urémie, au rhumatisme, au diabète.

Autant de chapitres de médecine qui doivent beaucoup aux recherches de M. Lancereaux.

Il est un des premiers qui aient bien vu les lésions artérielles généralisées, bien compris et bien démontré leur importance en pathologie générale. Ce qui paraissait une lésion isolée du cerveau, des reins, du cœur, est, en réalité, sous la dépendance d'une lésion artérielle généralisée, avec des maxima tantôt dans un point, tantôt dans un autre. Un malade atteint de néphrite interstitielle présente une hémorrhagie cérébrale, ce n'est pas une coïncidence fortuite, mais le résultat d'une lésion vasculaire développée simultanément dans les reins et le cerveau. L'asystolie, chez d'autres, sera la conséquence des mêmes lésions prédominantes, cette fois dans le myocarde.

Signalons, en passant, les idées de M. Lancereaux sur l'insuffisance aortique. Il en distingue trois types principaux :

« 1° Une insuffisance liée au rhumatisme articulaire aigu ;

2° Une endocardite liée à l'endocardite végétante et ulcéreuse des valvules sigmoïdes ou à l'aortite en plaques d'origine impaludique ;

3° Une insuffisance liée à l'athérome artériel généralisé.

Si ces trois types ont des lésions anatomiques distinctes, ils ont encore une évolution bien différente ; celle-ci est rapide dans l'endocardite ulcéreuse, plus longue dans l'endocardite en plaques et sujette à former des tumeurs anévrysmales, plus longue encore dans l'insuffisance rhumatismale où elle est d'ailleurs subordonnée à la lésion mitrale, sa compagne presque obligée, mais elle est très lente dans l'athérome, où l'insuffisance est relativement peu grave, tant que le muscle cardiaque reste intact et se trouve à la hauteur de sa tâche. »

L'alcoolisme est un de ses sujets de prédilection. Il a distingué nettement l'absinthisme de l'éthylisme proprement dit. C'est en grande partie à lui et à ses élèves que nous devons la connaissance de la paralysie alcoolique : il lui consacre une leçon.

M. Lancereaux a sur les cirrhoses hépatiques des idées personnelles que l'on trouvera exposées dans ce volume; pour lui, les cirrhoses se distinguent surtout par leur origine ; il y a des cirrhoses alcooliques, impaludiques et syphilitiques. Toutes les autres distinctions sont artificielles.

Une leçon des plus intéressantes et des plus instructives est consacrée aux troubles digestifs de l'urémie ; l'auteur signale une variété de vomissements bien caractéristiques. « Rarement précédés de nausées, ils sont faciles, exigent peu d'efforts, et ont l'apparence des vomissements en fusée, comme dans les affections cérébrales et méningitiques. Ils ne sont pas alimentaires et jamais le malade ne rend beaucoup de liquide à la fois; un demi-verre, un quart de liquide tout au plus. Les matières vomies sont liquides, grisâtres, semblables à du bouillon trouble et sale, quelquefois légèrement verdâtres, mais non porracées, comme dans la péritonite. » Nous avons eu l'occasion, dans plusieurs cas, de reconnaître l'exactitude frappante de cette description.

Plusieurs leçons portent du reste sur l'urémie, encore un sujet familier à M. Lancereaux ; mais nous ne pouvons tout citer.

Nous ne voulons pas terminer cette énumération sans mentionner les leçons sur le diabète, diabète gras et diabète maigre, et sur la goutte.

Le diabète maigre pancréatique, que de récentes recherches expérimentales ont permis de reproduire d'une façon régulière, pourrait être appelé la maladie de Lancereaux. Il a distingué, en clinique, un type gras et jeune qui est assez fréquent.

M. Lancereaux pense que la gravelle urique, le diabète gras et le rhumatisme chronique sont sous la dépendance d'un trouble nerveux général; ce sont les termes divers, équivalents en quelque sorte, d'une même série morbide. Cette façon de voir nous séduit fort pour notre part.

En somme, il y a beaucoup de choses originales et intéressantes dans le livre de M. Lancereaux. Ce petit volume est à la fois instructif et suggestif : il n'est, en tout cas, pas banal.

Du chimisme stomacal [digestion normale, dyspepsie] (1), par G. Hayem et J. Winter.

MM. Hayem et Winter ont réuni, dans un élégant petit volume, les données fournies par l'ingénieux procédé d'analyse du suc gastrique, dont ils se servent. Nous avons écrit dans ce journal une Revue générale sur la méthode en question et exposé ses principaux résultats; nous n'y reviendrons pas. Nous rappellerons seulement que MM. Hayem et Winter dosent successivement l'acidité totale, le chlore en combinaison organique, les chlorures fixes et l'acide chlorhydrique libre ; ils obtiennent ainsi des notions beaucoup plus précises sur la digestion chlorhydropeptique, que tous les auteurs qui les ont précédés.

On trouvera, dans la première partie de leur livre, une intéressante revue sur les diverses opinions émises sur le processus de la digestion stomacale, sur les divers procédés proposés avant eux pour analyser le suc gastrique. La seconde partie est consacrée à leur méthode, et à la classification qu'ils proposent des dyspepsies chimiques. On peut dire qu'avec leur méthode a commencé une ère nouvelle dans l'histoire des dyspepsies, et ceux qui viendront après eux bénéficieront de leur travail, même s'ils se servent de procédés d'analyse différents. MM. Hayem et Winter ont, en effet, très bien fait comprendre sur quel point devaient porter les recherches.

A. M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Prix de la Faculté de médecine de Paris. — La Faculté de médecine a décerné les prix pour l'année 1889-1890 :

Prix Barbier : Le prix n'a pas été donné. — M. Janet a obtenu 300 francs à titre d'encouragement, pour un appareil de chirurgie. — M. Lowenberg a obenu 300 francs, à titre d'encouragement, pour un appareil à mesurer la tension du tympan.

Prix Lacaze : Attribué à MM. Chantemesse et Widal.

Prix Jeunesse : Attribué à MM. Wurtz et Bourges.

Prix Chateauvillard : 1000 francs à MM. Morel-Lavallée et Bellières, pour leur travail en collaboration sur la syphilis et la paralysie générale. — 500 francs à M. Dupuy, pour son travail sur les alcaloïdes. — 500 francs à M. le docteur Bœckel, pour son travail sur les résections du genou.

Prix Montyon : à M. le docteur Paul Raymond, pour son travail sur la grippe à Paris en 1889-1890.

Thèses récompensées : *Médailles d'argent.* — MM. Riéfel, Vaquez, Tissier, Lyon, Parmentier, Cherbuliez, Parisot, Baudouin, Thierry, Perchaut, Legry.

Médailles de bronze. — MM. Nicolle, Huguenin, Caussade, Regnier, Gasser, Jannet, Valentin, Dussert, Mordret, Lyot, Delagenière, Renaud, Kœnig, Decressac, Cart, Charmois, Brulh, Lancry.

Mentions honorables. — MM. Maurain, Vignalou, Villemain, Meilach, Lion (Gaston), Bonnier, Springer, Oiry, Champeille, Vimont (Maurice), Baudry, Févre, Allard, Debeyle, Brossard, Mlle Dylion (Bertha), MM. Bouisson, Hervé, Monnin, Duchaine, Clarot, Le Marc-Hadour, Balenghien, Clerval, Roux, Sans, Pinçonnat, Conte, Vacher, Wickam, Chaker, Desroches, Hudelot, de Souza-Leite.

— Par décret, en date du 6 février 1891, M. Boulain, médecin principal de la marine en retraite, a été nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 6 février 1891, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Pernod, médecin principal de deuxième classe, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe, retraités, Beauliès et Galzain.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. Bonnard, pharmacien-major de première classe, retraité.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

— Par décision ministérielle, en date du 4 février 1891, les médecins militaires, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Delmas pour les fonctions de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers; Bachelet, pour les fonctions de médecin chef, à l'hôpital militaire de La Rochelle.

— Par décision, en date du 31 janvier 1891, le président du Conseil, ministre de la Guerre, accorde un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve, en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à :

M. le docteur Jouanin (de Moulins-en-Gilbert); M. l'officier de santé Ressac (de Remoulins); MM. les docteurs Gourdan-Fromentel (de Champlitte); Péricat (de Saurat); Carassus (de Milly); Mennesson (de la Capelle); Laborie (de Maurs); Guigou (de Vauvert); Lhoste (de Montfort-l'Amaury); Bimbard (de Ahun); Gontay (de Maringues); Lecornu (de Pont-l'Évêque); Loncle (de Maule); Tronche (de Lesparre); Sagnier (de la Grand' Combe); M. l'officier de santé Mercier (de Gamaches); MM. les docteurs Resal (de Dompaire); Forichon (de Montet-aux-Moines); Reynaud (de Nîmes); Fauchey (de Saint-Vivien); Fuzet du Pouget (de Casteljau) et Ravier (de Morteau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Foix (de Salies-de-Béarn).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 19. — JEUDI 12 FÉVRIER 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 12 FÉVRIER 1891. — Nº 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL LARIBOISIÈRE. De quelques causes d'échec dans le traitement de l'endométrite chronique par le curettage. — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde survenue après la vidange d'une fosse d'aisances. — THÉRAPEUTIQUE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La lymphe de Koch a fait aujourd'hui son entrée à l'Académie, entrée peu brillante, il faut bien le dire, à en juger par les communications de MM. Jaccoud et Dujardin-Beaumetz.

M. le professeur Jaccoud a inoculé la lymphe de Koch à un cobaye parfaitement sain; puis il lui a inoculé, quinze jours après, la tuberculose, en même temps qu'à un autre cobaye servant de témoin. Ils sont devenus tous deux tuberculeux; mais le premier est mort avant le second, avec le minimum de survie et le maximum de lésions qu'on puisse observer après l'inoculation de la tuberculose. M. Jaccoud a exposé ces résultats sans commentaires; ils pouvaient s'en passer.

M. Dujardin-Beaumetz, de son côté, a pratiqué des expériences analogues et il est arrivé à peu près aux mêmes conclusions, avec cette circonstance aggravante que, chez plusieurs cobayes, il a constaté, à la suite de l'injection de la lymphe, des hémorrhagies rénales très importantes. On sait que le même fait a été observé chez l'homme. Ces communications ne sont pas de nature à ranimer l'enthousiasme des premiers jours.

L'Académie a repris ensuite la discussion sur la vaccination et la revaccination obligatoires : M. Créquy, médecin des Chemins de fer de l'Est, a apporté un document intéressant, relativement à cette discussion; ce sont les heureux résultats des revaccinations pratiquées obligatoirement sur les 8000 employés de cette Compagnie de chemins de fer. Notons en passant que M. Créquy et ses collaborateurs n'ont jamais trouvé la moindre résistance de la part de ces employés, dont aucun n'a jamais pensé qu'on portât atteinte à sa liberté individuelle.

La parole a été donnée ensuite à M. Lagneau. Partisan convaincu de toutes les mesures prophylactiques propres à restreindre les maladies transmissibles et de la gratuité de ces mesures, M. Lagneau montre quelques hésitations à en accepter l'obligation et, en particulier, pour la vaccine et la déclaration de maladie contagieuse. Il ne s'y oppose pas formellement, comme M. Le Fort; il craint, seulement, que l'obligation ne soit difficilement acceptée par certains de nos compatriotes. Les faits observés dans l'armée, dans les grandes compagnies, partout où la revaccination est, de fait, obligatoire, nous paraissent avoir déjà répondu à cette objection.

Nous signalerons une très intéressante communication de M. Valude sur un traitement simple des ulcères cornéens de toute nature, traitement consistant dans l'application d'un pansement sec, occlusif et rare. On trouvera le résumé de ce travail au compte rendu.

L'Académie a encore nommé un nouveau membre titulaire dans la section de physique et de chimie : c'est M. Quinquaud, qui a été élu par 41 suffrages contre 32 donnés à M. Riban. Nous sommes heureux d'adresser nos félicitations au savant et sympathique médecin de l'hôpital Saint-Louis.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. PICQUÉ.

De quelques causes d'échec dans le traitement de l'endométrite chronique par le curettage.

Je viens d'examiner, devant vous, deux malades atteintes d'endométrite chronique et qui nous ont été envoyées pour subir le curettage utérin. Cette opération, vous le savez, a repris depuis quelques années, dans notre pays, une faveur bien justifiée et, pour ma part, je m'en déclare un partisan convaincu.

Je pense que faite antiseptiquement, elle peut fournir des résultats véritablement merveilleux et j'affirme cette opinion sur le résultat de plus de cent cinquante curettages que j'ai eu l'occasion de pratiquer, à l'hôpital Pascal, dans le cours de mes divers remplacements.

Je pense également qu'on peut faire bénéficier de cette opération les malades chez lesquelles le processus inflammatoire a envahi les trompes, cas qu'on considérait, il y a quelque temps encore, comme une contre-indication formelle à l'intervention. J'ai fourni à Mlle Finkelstein (1) quatre ou cinq observations qui prouvent les résultats qu'on peut obtenir dans ces conditions. Je ne crois cependant pas, pour le dire en passant, que cette méthode soit applicable à toutes les variétés d'inflammations des trompes

(1) Mlle FINKELSTEIN. Thèse de doctorat, 1889.

et M. le docteur Saintu, mon élève, dans la thèse qu'il a faite sous mon inspiration, en rassemblant tous les faits de ma pratique, a bien précisé, d'après mes indications, les variétés anatomiques de salpingite justiciable du curettage.

J'ai tenu à vous rappeler ces faits avant d'exposer les raisons qui me feront m'abstenir dans les deux cas qui nous sont présentés.

Je ne puis considérer tout d'abord le curettage, comme le traitement exclusif de l'endométrite.

Je laisse de côté les cas où l'endométrite est symptomatique d'une autre lésion, d'un petit fibrome, par exemple, inclus dans la paroi interne de l'utérus. C'est là une circonstance fréquente et le plus souvent méconnue. J'ai eu l'occasion récemment, ainsi que je l'ai rapporté ailleurs, d'opérer une dame traitée, depuis dix ans au moins, pour une prétendue métrite hémorrhagique. Le toucher intra-utérin me fit reconnaître un petit fibrome, dont l'ablation suffit pour guérir définitivement la malade.

Dans l'endométrite simple, je pense donc que le curettage ne saurait être considéré comme le traitement exclusif.

Le curettage, en effet, dans l'immense majorité des cas, ne convient qu'à l'endométrite du corps ; dès qu'il existe une lésion un peu ancienne de la portion cervicale, il faut s'adresser à une autre méthode, et c'est à l'amputation du col qu'il faut recourir ; j'ai eu l'occasion d'insister sur ce fait dans un article récent (1), et je ne veux pas y revenir.

Or, si le curettage seul ne saurait convenir à l'endométrite simple, à plus forte raison ce mode de traitement doit-il être insuffisant dans l'endométrite compliquée ou de lésions des annexes ou de modifications dans la statique de l'utérus.

Le chirurgien se trouve dès lors conduit à pratiquer des opérations complexes, sur l'utilité desquelles je me suis ailleurs expliqué. Il y a là, on le comprend, une série d'indications spéciales qu'il est bon de ne pas méconnaître, sous peine d'exposer les malades à des interventions partiellement inutiles.

J'ai eu bien souvent l'occasion de voir, à l'hôpital Pascal, des malades chez lesquelles un curettage antérieur n'avait donné qu'un résultat incomplet et qui ne guérissaient définitivement qu'après une ou deux opérations complémentaires. Aussi ai-je pris depuis longtemps l'habitude de faire, en une séance, toute la série des opérations nécessaires et de considérer le curettage simplement comme un temps de l'acte chirurgical.

La première malade qui nous est présentée offre un cas de ce genre. C'est une femme de trente-huit ans ayant, depuis de longs mois, des phénomènes de dysménorrhée et des métrorrhagies : sensation continuelle de pesanteur et de fatigue intolérable, exagérée surtout au moment des époques. Au toucher simple, on constate que le col est entr'ouvert et que les bords du museau de tanche sont irréguliers. Les culs-de-sac sont libres. Le spéculum découvre un col gros, présentant une muqueuse boursouflée, un museau de tanche déchiré irrégulièrement, avec éversion notable de la muqueuse cervicale. Voilà un cas en apparence justiciable du curettage, mais si l'on vient à pratiquer, comme il faut toujours le faire, la palpation bimanuelle, on est tout d'abord surpris de ne pas trouver le fond de l'utérus dans la région rétro-pubienne ; en revanche, dans le cul-de-sac postérieur, on sent manifestement une masse dure, arrondie, régulière. Cette masse n'est autre que le corps de l'utérus en rétroflexion,

Ici donc l'endométrite s'est compliquée d'une rétroflexion. Quel serait donc, dans un cas de ce genre, le résultat du curettage ? L'opération amènerait, sans aucun doute, la disparition des métrorrhagies, mais il est certain, d'après mon expérience personnelle, qu'elle serait impuissante à amener la disparition complète des phénomènes douloureux. J'ai, en effet, vu des malades continuer à souffrir après le curettage et qui ne guérissaient qu'après le redressement. J'en ai vu un grand nombre d'autres, guéries d'emblée par la double opération.

Il convient donc de pratiquer chez cette malade, dans une même séance, le curettage et le raccourcissement des ligaments ronds ; cette dernière opération suffira dans le cas particulier, car la rétroflexion est réductible,

On comprend d'ailleurs que les diverses opérations sont susceptibles de varier, selon la lésion qui vient compliquer l'endométrite, et l'on se trouve amené, dans certains cas, ainsi que je l'ai dit plus haut, à pratiquer dans la même séance quatre ou cinq opérations.

Jusqu'à présent, je n'ai mis en relief que ce fait important, à savoir, que le curettage peut être, à lui seul, insuffisant à combattre le complexus symptomatique et qu'il est nécessaire, pour assurer le succès thérapeutique, d'y associer des opérations diverses, variables selon le cas.

La deuxième malade va nous fournir l'occasion de montrer qu'une lésion spéciale peut contre-indiquer momentanément le curettage et exiger un traitement à part, sous peine de rendre l'opération inefficace.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, présentant les lésions physiques et les symptômes ordinaires de l'endométrite. Je n'y reviens pas, car j'y ai suffisamment insisté en vous présentant la malade. Or, en même temps que son endométrite, cette femme présente une vulvo-vaginite assez intense. Le vagin est rouge et douloureux, les papilles sont légèrement hypertrophiées. Il est très vraisemblable que cette affection mixte vulvo-vaginale et utérine est sous la dépendance de la blennorrhagie.

Or, si l'on pratique le curettage utérin avant d'avoir assuré la guérison de la vaginite, voici, presque à coup sûr, ce qui va se passer : les suites opératoires immédiates seront favorables, mais au bout de quelques jours, quand la guérison complète paraîtra définitive, on sera tout étonné d'assister à une nouvelle poussée d'endométrite, à une véritable rechute caractérisée par une métrorrhagie, des pertes blanches utérines et des douleurs. La malade n'aura, dès lors, retiré aucun bénéfice d'un curettage fait pourtant aussi antiseptiquement, aussi soigneusement que possible. La vaginite concomitante et non guérie aura produit, dans ces cas, une réinfection secondaire de l'utérus.

Dans ces cas, certainement, la vaginite ne peut passer inaperçue, mais il n'en est pas de même dans les vaginites chroniques, et surtout celle qui reste localisée aux culs-de-sac utérins.

Je pense, pour ma part, que ces réinfections secondaires par vaginites chroniques méconnues constituent une cause importante d'échec après cette opération, et cette cause, non signalée encore, devra à mon sens être l'objet de recherches bactériologiques attentives.

Tout concourt, en vérité, à masquer cette vaginite en

(1) Picqué. Des opérations applicables au traitement de l'endométrite chronique, *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 19 février 1890.

dehors de sa chronicité. Aujourd'hui, et dans un but nécessaire de défense microbienne, la cavité vaginale est soigneusement débarrassée, avant tout examen, de tous les produits septiques qui l'encombrent. J'exige, pour ma part, que les malades soient amenées dans une salle spéciale, où elles ne me sont présentées, pour l'examen, qu'après un nettoyage complet du vagin, renouvelé d'ailleurs toujours au moment même de l'examen : on comprend, dès lors, combien facilement une vaginite chronique localisée aux culs-de-sac utérins peut passer inaperçue.

On ne saurait donc apporter trop d'attention à ce point délicat de la question qu'on ne peut trancher que par l'examen attentif de la muqueuse vaginale et l'interrogatoire rigoureux de la malade, au point de vue des écoulements qu'elle présente.

A défaut de certitude à cet égard, on devra soumettre la malade, huit jours au moins avant l'opération, à une désinfection méthodique du vagin (lavages biquotidiens à la solution de sublimé, tamponnement avec de la gaze iodoformée).

Quand le diagnostic est établi, il faut, à plus forte raison, suivre le même traitement et ne pratiquer le curettage qu'après la guérison complète de l'inflammation vaginale.

Dans le cas actuel, nous aurons à instituer le traitement de la vaginite aiguë, sur lequel nous n'avons pas à insister. Le curettage se trouve donc ajourné, chez notre malade, à une époque indéterminée.

En résumé, ces deux malades m'ont paru intéressantes à vous présenter, car elles mettent sous vos yeux deux des principales circonstances où le curettage utérin se trouve en défaut.

Si vous examinez avec soin les malades chez lesquelles un curettage aseptique et complet n'a pas donné les résultats attendus, vous trouverez, en effet, la plupart du temps, soit une lésion concomitante de l'utérus ou des annexes, lésion que le curettage seul ne pouvait suffisamment modifier, soit une réinfection par vaginite méconnue.

RELATION D'UNE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOIDE

SURVENUE APRÈS LA VIDANGE D'UNE FOSSE D'AISANCES

Par M. le docteur Ernest MAGNANT.

Dans la nuit du 28 au 29 juillet 1890, les lieux d'aisances de la maison L..., à Gondrecourt (Meuse), furent vidés, sur la réclamation d'un des locataires. Les matières, emportées avec des seaux, ont été jetées dans la rivière de l'Ornain, qui passe au centre de la ville, à deux cents mètres environ de la maison L...

Aucune précaution antiseptique n'a été prise, ni avant, ni pendant ce nettoyage, et des déjections disséminées ont souillé, après coup, les abords de cette fosse et infecté toute une large remise au fond de laquelle elle est située.

Ce n'est que le 20 août, c'est-à-dire vingt-trois jours après que la désinfection a été opérée, que, par le début de la fièvre typhoïde dans cette maison, les faits relatés ci-dessus sont arrivés à ma connaissance.

Quatre maisons ont été contaminées. Tout d'abord la maison L...

Le rez-de-chaussée est habité par un boulanger. Toute la famille et le personnel domestique : le père, la mère, deux enfants et deux domestiques, en tout six personnes, ont été atteints par la fièvre typhoïde. La boulangerie est située dans une cour étroite; elle est adossée au rocher et tout près des lieux incriminés. La plus grande partie du logement de cette famille donne aussi sur cette cour peu aérée et qui a été contaminée par le voisinage immédiat des déjections.

N° 1. — C..., boulanger, trente-six ans, malade le 15 août, fièvre typhoïde à forme muqueuse, assez grave, sans délire. Convalescence le 7 septembre.

N° 2. — Fernande, sa petite fille, sept ans, malade en même temps que lui, fièvre typhoïde grave avec exacerbations fébriles le soir et délire. Convalescence le 3 septembre.

N° 3. — Mme C..., trente et un ans, malade le 23 août, fièvre typhoïde à forme ataxique, délire, agitation, coma, mort le 10 septembre.

N° 4. — Edmond C..., trois ans, malade le 25 août, fièvre typhoïde grave, agitation, douleur persistante à la nuque, délire, guérison le 15 septembre.

N° 5. — Garçon boulanger, quarante ans, fièvre typhoïde à forme muqueuse, le 20 août, renvoyé dans sa famille le 23 août.

N° 6. — Garçon boulanger, vingt-cinq ans, malade le 4 septembre, fièvre typhoïde grave. Renvoyé chez lui à Rivigny.

Le premier étage de la maison L... est occupé par les bureaux d'une section des chemins de fer de l'Est. Aucun employé n'y couche, aucun n'y prend ses repas. Le service exige huit heures de présence par jour.

Sur sept employés, trois sont tombés malades. Je dois néanmoins signaler que les bureaux prennent jour sur la rue et n'ont pu, par conséquent, être imprégnés par les émanations provenant de la fosse d'aisances. Mais si la matière virulente n'est point allée aux employés, ce sont eux qui sont allés vers elle, conduits par leurs besoins naturels. En effet, j'ai su depuis que ceux qui n'ont pas pénétré dans les cabinets d'aisances de la remise ont été épargnés.

N° 7. — T..., quarante-six ans, malade le 13 août, fièvre typhoïde avec symptômes cérébraux graves, suivis d'une double parotidite qui s'est terminée par la suppuration.

N° 8. — F..., vingt-huit ans, hémoptysie le 18 août. Sujet phthisique à la période du ramollissement avec bacilles tuberculeux dans les crachats. Fièvre typhoïde avec délire. Mort le 19 septembre.

N° 9. — M..., trente-six ans, fièvre typhoïde à forme muqueuse, le 26 août, douleur violente et persistante à la nuque. Convalescence après trois semaines de maladie.

Ainsi, dans une maison où l'on a vidé les lieux d'aisances, la fièvre typhoïde a frappé neuf personnes. Elle n'a épargné que quatre personnes, précisément des employés de l'Est, dont les bureaux prenaient jour sur la rue; ils étaient, par conséquent, moins exposés au foyer de contamination que les autres habitants de la maison.

Il est bien démontré que les eaux impures, et souillées par les déjections typhoïdes, jouent un rôle des plus importants dans la genèse et la propagation de la fièvre typhoïde; mais dans la circonstance actuelle, il me semble que l'eau ne pourrait être incriminée.

Toutes les maisons du quartier, adossées d'un côté au rocher, ont des puits alimentés par des sources qui filtrent à travers un sous-sol composé d'argiles et de calcaires friables. Notre localité repose sur l'argile de kimmeridge des terrains jurassiques. Les eaux y sont pures et limpides.

Dans la maison L..., le puits qui sert à l'alimentation se trouve situé à plus de 15 mètres de la fosse d'aisances, du côté de la rue au-dessous de la boutique de la boulangerie. La boutique est elle-même séparée de la remise où se trou-

vent les lieux vidangés, par un corridor et une chambre. De plus, la fosse d'aisances est située, nous l'avons dit, au fond de la remise du côté de la cour. Dans la remise même, en avant, se trouve un autre puits qui alimente la maison voisine à l'ouest. Or, dans cette maison, personne n'a été malade. Il est donc bien probable que ce n'est pas la nappe d'eau souterraine qui a servi de véhicule aux germes typhogènes.

Du reste, la maison L... n'a pas été seule atteinte ; il en a été de même de deux maisons situées en face, de l'autre côté de la rue, et devant lesquelles passaient les vidangeurs pour aller jeter dans l'Ornain les matières de la fosse d'aisances de la maison L...

La maison C... se compose d'un rez-de-chaussée occupé par une vieille dame et sa fille, qui n'ont point été malades, et d'un premier étage habité par la famille C..., composée du père, de la mère et d'un enfant.

N° 10. — L'enfant, âgé de sept ans, malade le 14 août. Fièvre typhoïde avec agitation, délire, congestion pulmonaire. Convalescence longue.

N° 11. — Mme C..., quarante ans, malade le 25 août. Fièvre typhoïde adynamique. Rechute, après trois semaines, qui se prolonge jusqu'au 1er octobre.

Le mari, chef de district aux chemins de fer de l'Est, a parfaitement supporté les doubles fatigues et de son emploi et du métier de garde-malade.

N° 12. — Jeune fille de Châlons, venue en visite dans cette famille, s'y trouve précisément à la fin de juillet et retourne chez elle avec la fièvre typhoïde qui, heureusement, a été bénigne.

L'hôtel M... est l'autre de ces maisons.

N° 13. — C..., clerc de notaire, vingt-six ans, qui prenait pension dans cet hôtel sans y coucher, tombe malade le 22 août. Fièvre typhoïde de peu de gravité.

C'est le seul pensionnaire qui ait été atteint.

Un dernier cas s'est présenté dans une maison située sur le trajet parcouru par les vidangeurs. C'est une carrosserie qui occupe une dizaine d'ouvriers. Le carrossier a une famille de sept enfants.

N° 14. — Un seul de ses garçons, âgé de douze ans, a été atteint le 22 août d'une fièvre typhoïde à forme muqueuse légère; car après moins de quinze jours il était rétabli.

Aucun autre cas de fièvre typhoïde ne s'est présenté, à ma connaissance, dans la localité depuis cette époque.

Il y a, il me semble, dans le cas présent, de bonnes raisons pour admettre que les matières de la fosse d'aisances, répandues sans précaution dans la remise de la maison L... et dans le trajet de cette remise à la rivière, ont été le point de départ de cette épidémie localisée, mais cependant très dense, de fièvre typhoïde.

On peut même déterminer la date à laquelle cette fosse a été souillée par des déjections typhoïdes. Les travaux de la ligne de chemin de fer de Brienne à Sorcy ont amené à Gondrecourt, il y a deux ou trois ans, un grand nombre d'ouvriers étrangers, parmi lesquels se sont produits un certain nombre de cas de fièvre typhoïde. La petite fille d'un chef de chantier, locataire d'un appartement dans la maison L..., a eu la fièvre typhoïde en juillet 1889. Ses déjections ont été versées dans la fosse d'aisances, vidée un an après. Dans l'intervalle il n'y a pas eu de fièvre typhoïde dans la localité.

Le bacille typhogène, ou bacille d'Eberth, se conserve très bien et très longtemps, avec toute son activité virulente, dans les dépôts excrémentitiels; pour peu que la température s'y élève par suite de la décomposition des matières organiques, il continue à se développer et à proliférer abondamment.

Dans le cas actuel, le bacille était sans doute en pleine évolution au moment où ont eu lieu le remuement et le transport des déjections.

La fin du mois de juillet, un vent d'ouest toujours pluvieux, des orages, une chaleur tempérée par l'humidité, c'est là, n'est-il pas vrai, un état météorologique des plus favorables à la pullulation des microbes. Il semblerait aussi que le bacille typhogène eût un effet virulent proportionnel à sa masse. C'est ce qui fait qu'après la maison L..., c'est la maison C... qui a été le plus contaminée, par la raison qu'elle est située juste en face de la remise où se trouve la fosse de la maison L...

Dans deux autres maisons, la contagion a pu être opérée; mais elle a été impuissante à s'y propager.

La dissémination des germes typhogènes par voie atmosphérique est rare, et même insuffisamment démontrée. Dans la petite épidémie que nous venons de rapporter, il semble cependant qu'il faille, comme véhicule, incriminer plutôt l'air que l'eau.

Les circonstances dans lesquelles s'est développée cette épidémie me paraissent démontrer l'influence de la dissémination des matières contenues dans les fosses d'aisances lorsqu'elles ont été souillées par des déjections de typhiques.

Dans ce milieu, les germes typhogènes peuvent conserver leur virulence pendant plus d'une année.

Un fait semblable prouve bien la nécessité de désinfecter avec soin les déjections des malades.

La vidange des fosses d'aisances doit être entourée de certaines précautions; ici encore la désinfection s'impose.

Les municipalités devraient être tenues de veiller à ce que l'exécution des mesures sanitaires prescrites par les autorités compétentes se fasse d'une façon rigoureuse.

THÉRAPEUTIQUE

Pastilles mercurielles au chlorate de potasse. — Nous avons vu, dans plusieurs cas, M. le docteur Créquy se servir, avec un réel succès, de pastilles mercurielles dont la formule lui appartient. Elles renferment à la fois du proto-iodure de mercure, du chlorate et de l'iodate de potasse. Ces pastilles réussissent surtout dans les cas de plaques muqueuses rebelles de la bouche et des amygdales. Plusieurs fois, nous avons vu des malades être rapidement améliorés par elles, alors qu'ils suivaient sans succès, depuis des semaines, un traitement mercuriel cependant énergique.

Voici la composition de ces pastilles :

Proto-iodure de mercure. .	5	centigrammes.
Chlorate de potasse	20	—
Iodate de potasse	5	—
Chocolat	q. s.	

pour une pastille.

On donne une ou deux pastilles par jour avant le repas. Il faut, naturellement, surveiller l'effet du mercure. A. M.

Les bains tièdes dans l'entérocolite aiguë des jeunes enfants. — Boardman Reed, dans le *Medical Record* du 4 octobre 1890, rapporte plusieurs observations d'entérocolites graves de la première enfance, accompagnées d'hyperthermie, de diarrhée, d'agitation excessive, et même d'accidents comateux. Reed

commence par débarrasser le tube intestinal au moyen d'un laxatif léger (sirop de rhubarbe) ; puis, si les accidents persistent, il fait prendre à l'enfant un bain de dix à quinze minutes, à la température de 32 degrés. Il conseille parfois d'appliquer en même temps un peu d'eau froide sur la tête. L'effet du traitement serait, dans quelques cas, « magique ». Reed préfère de beaucoup, comme agent calmant, le bain tiède aux opiacés dont on connaît les dangers chez les jeunes enfants. A.-F. P.

Collutoire contre le prurit gingival de dentition. — M. Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, recommande le mélange suivant :

Chlorhydrate de cocaïne		10 centigrammes.
Bromure de potassium		1 gramme.
Glycérine pure	*àà*	20 grammes.
Eau distillée		

Pour calmer le prurit, il convient de toucher et frictionner les gencives avec la pulpe du doigt trempée dans la solution ci-dessus.

Pendant la nuit, l'insomnie peut être combattue par l'administration d'une cuillerée à bouche du sirop suivant :

Bromure de potassium	50 centigrammes.
Sirop de fleur d'oranger	60 grammes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 février 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend un extrait de testament de Mme Hédouin léguant à l'Académie 20000 francs pour un prix biennal à décerner au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage, ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

Sur 73 votants, majorité 37, M. Quinquaud obtient 41 suffrages, M. Riban 32.

En conséquence, M. Quinquaud est proclamé éclu.

COMMUNICATIONS

Sur l'action de la lymphe de Koch chez le cobaye sain. — M. JACCOUD vient raconter l'histoire d'un cobaye.

Lorsqu'il a été en possession de la lymphe de Koch, il a résolu de l'employer à la constatation de l'une des propriétés expérimentales qui lui ont été attribuées, et de rechercher si l'injection réitérée de cette lymphe chez le cobaye sain le rend réfractaire à l'inoculation de la tuberculose.

Il a choisi un cobaye angora très robuste, du poids de 580 gr.

En deux séries séparées par un intervalle de huit jours, s'étendant l'une du 8 au 18 décembre 1890, l'autre du 27 décembre au 4 janvier 1891, l'animal a reçu, par l'injection quotidienne ou bi-quotidienne d'une dilution au centième, une quantité totale de lymphe pure égale à 50 centigrammes, 25 centigrammes par chaque série.

Le seul effet appréciable a été un léger amaigrissement; à la fin de la seconde série, le 4 janvier, le cobaye ne pesait que 554 grammes, en perte de 26 grammes sur le poids initial.

Le jour suivant, 5 janvier, M. Ménétrier l'a inoculé sous la peau, au niveau de l'épaule droite, avec la moitié d'un ganglion, provenant d'un cobaye tuberculeux.

Un mois après, jour pour jour, le 5 février, le cobaye a succombé avec un poids de 450 grammes.

L'autopsie a montré des ganglions tuberculeux dans les deux aisselles, des granulations grises confluentes dans les deux poumons, une hépatisation hémorrhagique au sommet du poumon droit, des tubercules caséeux conglomérés en masse dans le foie et dans la rate.

C'est le minimum de la survie pour l'espèce cobaye après l'inoculation de la tuberculose, c'est le maximum des lésions que cette inoculation peut provoquer.

Donc, l'imprégnation préalable de l'organisme par le liquide de Koch n'a eu, dans ce cas, aucune action préventive.

En même temps que le précédent, le 5 janvier, un cobaye sain de petite taille, du poids de 485 grammes, a été inoculé dans la même région, avec l'autre moitié du ganglion. Il est devenu tuberculeux, comme en témoignent les ganglions de l'aisselle et le degré de l'amaigrissement; il pèse aujourd'hui 397 grammes, en perte de 88 grammes sur son poids primitif; mais, enfin, il est encore vivant; il a donc survécu déjà six jours au cobaye qui a subi le traitement préventif par les injections.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a fait, à l'hôpital Cochin, des expériences analogues à celles de M. Jaccoud. Il a fait des injections de liquide de Koch à des cobayes atteints de lésions tuberculeuses avancées; ils ont succombé très rapidement. Dans ce cas, on pouvait arguer d'un traitement trop tardif, aussi, pour confirmer ce premier résultat, M. Dujardin-Beaumetz a entrepris une nouvelle série d'expériences.

Il a pris six cobayes absolument sains. Chez les deux premiers, il a inoculé d'abord la tuberculose, puis la lymphe de Koch. Chez deux autres, il a fait l'inverse et, enfin, chez les deux derniers, il a inoculé seulement la tuberculose. Tous sont morts sans distinction et sans avoir présenté une survie plus longue les uns que les autres.

M. Dujardin-Beaumetz a, en outre, observé chez eux des hémorrhagies rénales très intenses, analogues à celles qui ont été observées chez l'homme.

De la revaccination. — M. CRÉQUY fait une communication sur ce sujet. Il rappelle qu'à la Compagnie des chemins de fer de l'Est, où la revaccination est pratiquée depuis deux ans et demi, elle est imposée aux agents qui veulent y entrer. Un service de revaccination est organisé sur tout le réseau qui rayonne dans une quinzaine de départements : quarante médecins en sont chargés; ils reçoivent, tous les premiers mardis de chaque mois, un tube de pulpe de vaccin, ce qui permet de vacciner à jour et à heure fixes.

Avant la revaccination, la Compagnie comptait annuellement une quinzaine de varioleux, dont deux ou trois succombaient, entraînant environ quatre cents jours d'incapacité de travail. Depuis cette époque, aucun agent n'est mort, quatre ont été atteints de varioloïdes légères n'ayant occasionné, en moyenne, que vingt jours de repos annuel. Ces résultats, si avantageux au point de vue de l'hygiène, n'ont entraîné qu'une dépense insignifiante.

La conclusion est, qu'un service semblable pourrait être établi dans toute la France, au grand profit de l'accroissement de la population, sans qu'il en coûte rien aux contribuables.

M. Créquy ajoute qu'il n'a jamais trouvé la moindre résistance de la part des agents de la Compagnie pour accepter cette revaccination obligatoire.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION

Mesures à prendre contre les maladies transmissibles. — M. LAGNEAU estime que, pour restreindre les maladies transmissibles ou évitables, il importe d'instruire dans les écoles sur l'étiologie de ces maladies transmissibles, de rendre partout faciles et gratuites la vaccination et la revaccination ; de généraliser l'application des mesures d'isolement et de désinfection (distribution gratuite d'antiseptiques, étuves de désinfection, voitures spéciales pour transport des contagieux, hôpitaux d'isolement, etc.), afin de prévenir la propagation non seulement de la diphthérie, de la fièvre typhoïde, de la variole, mais aussi de la scarlatine et de la rougeole, qui, en particulier à Paris, font autant de victimes que la fièvre typhoïde et beaucoup plus que la variole ; de réunir tous les services d'hygiène dans une même et

unique direction, afin d'éviter des lenteurs administratives, des conflits d'attributions, qui rendent tardive et insuffisante l'application de la plupart de ces mesures.

Peut-être des subsides pour les vaccinations gratuites devraient-ils être obligatoires, mais peut-être certains de nos compatriotes qui accepteraient la vaccination et la revaccination, si on leur en démontrait l'utilité, se refuseraient-ils à la vaccination obligatoire.

La déclaration, par le médecin, des maladies transmissibles, trouvera pareillement un obstacle dans le respect du secret professionnel.

Traitement des ulcères cornéens de toute nature. — M. VALUDE. Le traitement actuel des ulcères de la cornée, qui consiste dans la paracentèse de l'ulcère ou dans sa cautérisation au fer rouge, donne d'assez bons résultats, mais offre l'inconvénient de laisser subsister à la suite des taies souvent très épaisses et même des staphylomes. Pour éviter ces accidents, M. Valude a songé à appliquer ici la méthode de pansements rares et occlusifs qui réussissent si bien en chirurgie générale.

Le pansement consiste donc dans l'application de rondelles de gaze au salol sèche, par-dessus laquelle on applique un tampon épais d'ouate antiseptique ; le pansement est maintenu par une bande de tarlatane mouillée qui, en se séchant, assure l'occlusion ; on le laisse en place trois ou quatre jours. Sous ce pansement, les douleurs cèdent rapidement, l'hypopyon diminue, puis disparaît, mais surtout l'ulcère se déterge et perd son mauvais aspect. Le point le plus important de ce processus est dans le fait que l'ulcère tend à devenir transparent et à garder sa transparence, ce qui assure la guérison sans l'établissement de ces taies épaisses qui surviennent si souvent à la suite du traitement chirurgical. Les leucomes, s'il s'en produit, sont diffus et moins gênants pour la vision.

En résumé, dans les ulcères graves de la cornée, compliqués d'hypopyon, le traitement, par le seul pansement sec, occlusif et rare, donne des résultats, sinon plus rapides, du moins plus favorables, que par les moyens chirurgicaux généralement employés.

Dans les cas d'ulcères simples, sans hypopyon, la guérison sous le pansement est extrêmement rapide et plus simple que par tout autre moyen. C'est une véritable méthode de choix.

Le pansement sec et occlusif réussit également bien dans les ulcères scrofuleux, si fréquents chez les enfants.

M. Valude cite à l'appui une quinzaine d'observations recueillies dans son service de la clinique des Quinze-Vingts.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'ouvrira, le samedi 21 mars 1891, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription sera ouvert, de midi à trois heures, le lundi 23 février 1891, et sera clos définitivement le samedi 7 mars, à trois heures.

— Un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer, et à deux places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes, s'ouvrira, le jeudi 12 mars 1891, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique. — Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 16 février 1891 jusqu'au samedi 28 du même mois inclusivement.

— Un concours pour l'emploi de médecin en chef de l'hospice Saint-Victor, à Amiens, s'ouvrira le 16 mars prochain, à huit heures et demie, à la clinique de l'Hospice national des Quinze-Vingts à Paris.

Pour toutes les conditions de ce concours s'adresser à la mairie d'Amiens.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Pousson, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des voies urinaires.

M. Boursier, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des femmes.

M. Lasserre est nommé préparateur des travaux pratiques d'histoire naturelle (emploi nouveau).

M. Lagrolet est nommé chef des travaux pratiques de physiologie.

M. Sellier est nommé préparateur de physiologie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Dutilleul est institué chef de clinique ophthalmologique.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Étienne est chargé des fonctions de chef de clinique chirurgicale, pendant la durée du congé accordé à M. Frœlich.

M. le docteur Haushalter est maintenu dans les fonctions de chef de clinique médicale.

M. le docteur Knœpfler est maintenu dans les fonctions de chef de clinique ophthalmologique.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Piedcoq est nommé prosecteur; M. Petit est nommé aide d'anatomie.

Sont nommés préparateurs : de physique, M. Delabranche; de pharmacie, M. Warin; d'histoire naturelle, M. Carrez.

M. le docteur de Roselle est maintenu dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le professeur Saillard est nommé directeur de l'École.

— M. le docteur Laborde est nommé directeur du laboratoire d'anthropologie à l'École pratique des Hautes-Études (section des sciences naturelles), en remplacement de M. Mathias-Duval, dont la démission est acceptée.

— Le ministre de la Guerre a décidé qu'à l'avenir les dates d'ouverture et de clôture des saisons de l'hôpital d'eaux minérales de Vichy seront fixées ainsi qu'il suit :

Première saison : du 14 mai au 5 juin; deuxième saison : du 8 juin au 30 juin; troisième saison : du 3 juillet au 25 juillet; quatrième saison : du 28 juillet au 19 août; cinquième saison : du 22 août au 13 septembre.

— M. le docteur Edouard Chantre est chargé d'une mission en Allemagne et en Autriche, à l'effet d'y étudier l'organisation et le fonctionnement des policliniques.

— L'Association médicale mutuelle du département de la Seine a tenu sa quatrième assemblée dimanche, 8 février, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Lagoguey.

Depuis sa fondation, l'Association a payé pour indemnités de maladie : en 1887, 0 franc pour 67 membres; en 1888, 3290 francs avec 121 membres; en 1889, 3550 francs avec 151 membres, et enfin, en 1890, 7920 francs avec 191 membres; ce qui donne, pour les quatre années, le total de 14760 francs.

L'avoir de l'Association, au 31 décembre 1890, est de 43219 fr. 25.

A la prochaine réunion du Conseil, dans huit jours, le nombre des adhérents sera de 200, soit une recette de 24000 francs assurée pour 1891.

Les progrès de l'Association ont donc suivi une marche régulièrement ascendante.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bousquet (de Marseille).

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu le samedi 14 février à huit heures et demie très précises du soir, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente et, 14, rue des Poitevins : « La tuberculose et ses traitements », par M. le docteur Léon Petit, secrétaire général de l'Œuvre des Enfants tuberculeux. — Les projections seront faites par M. A. Molteni.

— Le *Poitou médical* nous fait connaître quelques expressions assez singulières employées par les paysans poitevins.

« Le paysan vous dit souvent qu'il *sent un vent lui circuler entre peau et chair;* il a des borborygmes.

Les vers lui pissent sur le cœur : il éprouve de la cardialgie.

Des vents sont éparés sur lui : il est flatulent.

Il a un vent barré : il a la colique. » (Dr Corneille-Saint-Marc.)

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

56

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

36

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

23

L'HUILE DE FOIE DE MORUE DE BERTHÉ

est la seule qui soit préparée par des procédés approuvés par l'Académie de médecine de Paris. « Dans différents mémoires présentés à l'Académie, M. Berthé a fourni la démonstration que, pour obtenir une huile d'une composition constante et aussi riche que possible en principes actifs, il était impossible que sa couleur ne fût pas foncée.

L'huile de foie de morue, préparée par les procédés de M. Berthé, contient une proportion considérable d'iode, de phosphore, de principes biliaires et de phosphate de chaux, quantité au moins double de celle qui se rencontre dans les huiles préparées autrement. » (Conclusions adoptées par une Commission de l'Académie de médecine de Paris après visite à la fabrique et examen des procédés.)

« C'est l'huile brune que l'on doit employer en médecine à l'exclusion des deux autres. » (*Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux.)

Les enfants acceptent facilement l'**Huile de Berthé** et ne tardent pas à la demander, car elle n'est pas « repoussante ». (Bouchardat.)

L'**Huile de Berthé** est l'huile de morue naturelle préparée avec des foies frais, directement importés par les soins de la maison L. Frère, A. Champigny et Cie, succes., 19, rue Jacob, Paris. Elle ne se vend qu'en flacons du prix de 2 fr. 50.

HUILE DE BERTHÉ CRÉOSOTÉE

(5 centigr. de créosote pure par grande cuillerée) 2 fr. 50 le flacon.

CAPSULES DE BERTHÉ CRÉOSOTÉES

(2 centigr. 1/2 de créosote pure par capsule) 2 fr. 50 le flacon de 60 capsules.

41

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les **Pâles couleurs**, pour fortifier les **Constitutions lymphatiques** et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'**Appauvrissement du sang.**

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

33

PURGATIF GÉRAUDEL

AU CONVOLVULUS OFFICINALIS

LAXATIF — RAFRAICHISSANT TONIQUE — DIGESTIF

Le problème à résoudre était de trouver un produit commode, agréable, bien dosé, efficace, et en même temps non susceptible d'irriter l'estomac et les intestins.

Le PURGATIF GÉRAUDEL est exclusivement composé de substances végétales.

Nous lui avons donné la forme de tablettes, ce qui nous a permis de le doser exactement, d'en faciliter l'emploi et de le rendre aussi agréable qu'efficace.

DOSE & MODE D'EMPLOI

On prend une seule tablette à la fois, le matin à jeun, un quart d'heure avant de déjeuner.

Il faut les sucer ou les croquer avant de les avaler.

Si l'on voulait obtenir un effet plus grand, il suffirait de prendre notre purgatif deux ou trois jours de suite suivant le tempérament, à la dose de une ou deux tablettes par jour.

Pour purger les enfants de six à douze ans, une ou deux tablettes, prises le matin à jeun, suffisent.

On peut manger après avoir pris nos tablettes et vaquer à ses occupations comme d'habitude.

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et Absorption

Contre RHUME, BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires normales.

Pendant la succion de ces Pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé.

Mode d'emploi. — Sucer lentement en avalant la salive, une seule pastille à la fois. — On en prend 6 à 10 par jour entre les repas, et principalement le matin et le soir.

GROS : Chez l'inventeur, A. GÉRAUDEL, pharmacien à Sainte-Ménehould (Marne).

Détail : Dans toutes les Pharmacies de France et de l'Etranger.

ENVOI D'ECHANTILLONS GRATUITS à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

56

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

19

PHTHISIE, TUBERCULOSES

BRONCHITES, CATARRHES

LES CAPSULES COGNET

à l'Eucalyptol *ABSOLU* iodoformo-créosoté

constituent dans l'état actuel de la science L'ANTIBACILLAIRE PAR EXCELLENCE

Paris, 4, rue de Charonne, et toutes phies.

4

VIN DE BELLINI (ET QUINA COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

37

DRAGÉES GRIMAUD

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

14 récompenses.

INCONTINENCE D'URINE

Chlorose, Troubles utérins.

5 fr. dans ttes Phies. Gros : Dufilho, à St-Cloud.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. Gros : Dufilho, à St-Cloud.

N° 20. — SAMEDI 14 FÉVRIER 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 14 FÉVRIER 1891. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La maladie de Weil, par le docteur Paul CHÉRON, ancien interne des hôpitaux. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

La maladie de Weil.

Par le docteur Paul CHÉRON, ancien interne des hôpitaux.

I

En 1886, Weil publia (1) quatre observations relatives à une « maladie infectieuse spéciale, avec tuméfaction de la rate, ictère et néphrite ».

Voici la première de ses observations, qu'il est utile de reproduire afin de bien montrer le groupement symptomatique que Weil croyait constituer une nouvelle maladie infectieuse.

Un chimiste, âgé de vingt-trois ans, ayant eu deux attaques de catarrhe gastrique et s'étant surmené intellectuellement, fut pris de fièvre avec mal de tête, vertiges, inappétence, vomissements et diarrhée. Il entra à la Clinique le quatrième jour de sa maladie et on constata alors les symptômes suivants : prostration et faiblesse, ictère léger, abdomen un peu sensible, mais non ballonné, augmentation du volume du foie qui dépassait de deux travers de doigt les fausses côtes et était douloureux à la pression; tuméfaction de la rate, température de 40 degrés, 108 pulsations, urines albumineuses, délire nocturne.

Le lendemain et le surlendemain, le malade saigna du nez, le foie augmenta encore de volume et l'ictère s'accentua.

L'amélioration commença à se montrer le septième jour. Le huitième, le foie avait beaucoup diminué et il n'y avait plus que des traces d'albumine dans l'urine. Enfin le neuvième jour, l'ictère et l'albuminurie avaient disparu.

Tout allait bien, lorsque, après un intervalle de huit jours sans fièvre, la température se releva du dix-huitième au vingt-troisième jour, sans autres manifestations. Pendant la convalescence, il y eut une iridocyclite droite.

Les trois autres observations ne diffèrent de la première que par quelques détails. Dans l'observation II, outre l'albumine, il y eut dans l'urine des cylindres hyalins et épithéliaux et des globules rouges et blancs ; on n'observa pas de rechute pendant la convalescence. Dans l'observation III, l'urine renfermait aussi de nombreux éléments figurés ; la rechute fut nette et caractérisée par l'augmentation de volume du foie et de la rate, l'élévation de la température, l'accroissement de l'ictère. Enfin, dans le quatrième cas, il y eut, au début, des douleurs musculaires et la convalescence, après une légère rechute, fut très longue, de telle sorte que le malade quitta l'hôpital le vingt-neuvième jour, très amaigri et encore souffrant.

Comparant ces quatre cas les uns aux autres, et les séparant de l'atrophie jaune aiguë, Weil conclut à l'existence d'une nouvelle maladie infectieuse donnant lieu à des déterminations simultanées du côté de la rate, du foie, des reins et du cerveau.

Cependant si Weil avait fait quelques recherches bibliographiques, il se serait rapidement rendu compte que, en France au moins, un certain nombre d'observations analogues aux siennes, avaient déjà été publiées.

C'est ainsi que dans le travail de M. le professeur Brouardel, sur l'Urée et le foie (1), est rapportée tout au long une observation recueillie par M. Bouchard et publiée sous le nom d'ictère pseudo-grave. La maladie avait débuté brusquement ; l'ictère se montra cinq jours plus tard avec un état général grave, de l'hypertrophie du foie devenu douloureux, des hémorrhagies, etc. La convalescence, très longue, fut interrompue par une rechute qui dura cinq jours et fut caractérisée par une accentuation de l'ictère qui avait diminué et un état général grave.

En 1883, M. Landouzy a publié, dans la *Gazette des hôpitaux* (2), deux leçons dans lesquelles il rapportait les observations de deux égouttiers pris, après quelques jours de courbature, de fièvre et de mal de tête, d'un ictère avec gros foie douloureux, accompagné d'albuminurie et d'un état général grave.

M. Chauffard, dans un travail sur l'ictère catarrhal (3), cite des observations, dont deux au moins mériteraient de rentrer dans le cadre de la maladie de Weil. Dans un des cas, il y eut de l'ictère, de l'albuminurie et une petite rechute, surtout marquée par de la fièvre. Dans l'autre, on nota surtout l'augmentation de volume du foie et de la rate ; il est expressément dit, dans cette deuxième observation, que les urines n'étaient pas albumineuses.

(1) WEIL. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1886, Bd. XXXIX, p. 209.

(1) BROUARDEL. *Archives de physiologie*, 1876, p. 409.
(2) LANDOUZY. *Gazette des hôpitaux*, 1883, nos 102 et 115.
(3) CHAUFFARD. *Revue de médecine*, 1887, t. IX, p. 705.

Enfin M. Mathieu, en 1886 (1), a recueilli l'observation d'un homme qui, après avoir absorbé une quantité exagérée de bière, fut pris de vomissements, de mal de tête, de frissons (il avait un peu de malaise les jours précédents). Dans le cours de la maladie, on constata de l'ictère, des vomissements, des selles décolorées provoquées par un lavement, des épistaxis, un mauvais état général. Le foie n'était ni gros, ni douloureux, mais la rate augmentée de volume et les urines légèrement albumineuses. Le dix-huitième jour de la maladie, il survint une rechute caractérisée par la reproduction des phénomènes premiers et qui dura environ une semaine.

Il est évident que si l'on dépouillait toutes les observations publiées sous le titre d'ictère catarrhal ou d'ictère pseudo-grave ou grave, on relèverait d'autres faits analogues.

Quoi qu'il en soit, les médecins allemands furent frappés par le travail de Weil et Goldschmidt publia (2) bientôt un nouveau cas, en adoptant, le premier, le nom de maladie de Weil. On relève surtout, dans son observation, l'augmentation de volume du foie et de la rate, l'albuminurie, la récidive (du quatorzième au vingt-deuxième jour) et la lenteur de la convalescence. Quand le malade quitta l'hôpital, après six semaines de maladie, il y avait encore un peu d'ictère.

Aufrecht [de Magdebourg] (3) a repris deux cas publiés en 1881, sous le titre de parenchymatose aiguë. Dans un de ces faits, il y avait une tuberculose du poumon droit et il survint, peu de temps avant la mort, d'abord de la fièvre, avec ictère, albuminurie et diminution de volume du foie, et ensuite de la somnolence, de l'aphasie et des spasmes des mains. Dans les cinq derniers jours, il y eut une anurie presque complète. A l'autopsie, on trouva de l'œdème de la pie-mère, de la péricardite, des cavernes dans le lobe supérieur du poumon droit, de l'hypertrophie de la rate; les deux reins, gris-jaune à la coupe, étaient, à la surface, le siège d'un grand nombre de taches hémorrhagiques; le foie était petit, mou et décoloré. Il est évident qu'il ne s'agit pas là d'un syndrome de Weil et que l'on pourrait aussi bien donner à l'observation le titre de « Néphrite et urémie chez un tuberculeux ». L'autre observation ne peut pas être davantage rangée dans les cas de maladie de Weil, mais relève aussi de l'urémie. Le malade, albuminurique et dans un état général grave depuis quelques jours, mourut dans des convulsions. Les cellules du foie et des reins étaient remplies de granulations foncées, toutes de même grosseur, qu'Aufrecht regarde comme des micrococques ayant envahi tout l'organisme.

Nous ne pouvons rapporter en détail toutes les observations publiées sous le titre de « maladie de Weil ». Aussi allons-nous nous borner à les citer à peu près dans l'ordre de leur publication, en insistant seulement sur les particularités remarquables qu'elles présenteront.

Wagner (4) a rapporté deux observations assez nettes. Dans les deux cas, il y eut des douleurs musculaires intenses, surtout dans les mollets. L'albuminurie n'exista que dans un cas et l'augmentation de volume du foie et de la rate était peu notable. L'examen du sang a permis d'éliminer la fièvre récurrente.

Vint ensuite Roth [de Ramberg] (1). Cet auteur a recueilli l'observation d'une jeune femme, souffrant de l'estomac depuis quelque temps, qui eut tout à coup une exaspération de ses douleurs, à la suite d'un repas où elle avait mangé de la salade. L'ictère survint après quelque temps et devint intense, et il y eut dans l'urine, non seulement de l'albumine, mais des éléments figurés. Pendant la convalescence, eut lieu une poussée fébrile passagère. On a considéré ce cas comme douteux parce que les accidents mirent un long temps à évoluer au début, près d'un mois. De plus, la malade avait eu des accidents puerpéraux quelque temps auparavant.

Hueber [d'Ulm] (2) a rapporté 7 faits dont 3 dus à Lebsauft, tous observés chez des militaires. La maladie survenait sans cause appréciable et prenait d'emblée une allure grave : vives douleurs musculaires, torpeur, mal de tête, diarrhée, etc. Bientôt survenaient des douleurs hépatiques et de l'ictère. Chez plusieurs malades, il y eut une variole fugace, et on releva aussi comme phénomènes spéciaux de l'angine, des taches ambrées et une fois des sueurs critiques; jamais l'ictère n'amena de ralentissement du pouls. Quatre fois, il se produisit une récidive assez bénigne. Cependant il faut noter que l'hépatomégalie ne fut constatée que deux fois et l'albuminurie quatre. Aussi Tymowske (3) ne range-t-il pas, à tort, selon nous, ces faits dans les cas de maladie de Weil. Nous verrons en effet qu'il peut y avoir, dans le tableau général de la maladie, des variétés assez grandes qui forcent à ne pas s'en tenir à la première définition de Weil.

Les observations de Haas [de Prague] (4) remontent à 1887, et sont au nombre de dix. Dans tous les cas, le début fut brusque et caractérisé par du mal de tête, des nausées, une fièvre intense, mais sans frisson violent. L'hypertrophie de la rate se rencontra chez tous les malades et fut bien plus facilement constatée que celle du foie. Il faut noter l'intensité des douleurs musculaires, surtout dans les mollets, la décoloration des selles, l'abaissement du pouls au-dessous de la normale, au moment de l'ictère, l'existence, dans plusieurs cas, d'un léger mouvement fébrile pendant la convalescence. Du reste, cette fièvre est attribuée, par Haas, à l'absorption prématurée d'une nourriture substantielle. Le médecin de Prague ne porte pas le diagnostic de maladie de Weil, mais celui de fièvre abortive bilieuse. Il regarde le syndrome de Weil comme la combinaison d'une fièvre typhoïde abortive, avec un ictère gastro-duodénal. Parmi ces malades, un certain nombre avaient bu une quantité considérable d'eau de mauvaise qualité, un seul avait mangé de la viande gâtée. La recherche des spirilles de la fièvre récurrente resta négative.

Patella a observé deux cas à Pavie (5) et les rattache à une infection spéciale.

Schaper a vu la maladie se produire sur un soldat de la garnison de Hanovre, qui s'était baigné dans l'eau impure de l'Aker. La première poussée, très intense, dura huit jours, l'apyrexie huit jours et la rechute quatre jours; cette

(1) Mathieu. *Revue de médecine*, juillet 1886, p. 633, et *Archives de médecine*, 1887, p. t. I, p. 221.
(2) Goldschmidt. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1887, Bd. XL, p. 238.
(3) Aufrecht. *Idem*, 1887, p. 619.
(4) Wagner. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1887, Bd. XI, p. 21.

(1) Roth. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, Bd. XLI, p. 314.
(2) Hueber. *Deuts. Militar. Zeitschr.*, 1888, n° 4, p. 165.
(3) Tymowske. Thèse de Paris, 1889.
(4) Hogs. *Prager Med. Wochens.*, 1887, n° 39, p. 327.
(5) Patella. Congrès de médecine interne de Rome, 1888.

dernière s'accompagna du retour de presque tous les phénomènes.

Fiedler (1) avait eu occasion d'observer, à Dresde, plusieurs années de suite, une maladie fébrile avec ictère. N'ayant pu poser de diagnostic, il avait recueilli ces observations sous ce titre : Ictère fébrile, maladie infectieuse aiguë, de cause inconnue. Ses 13 cas se rapprochent évidemment beaucoup de ceux décrits par Weil. On retrouve chez presque tous les malades le début brusque et les myalgies. L'hypertrophie hépatique ne fut constatée que six fois, l'albuminurie manquait dans quatre cas et neuf fois la température dépassa 38°5. Des éruptions cutanées se montrèrent dans plusieurs cas : herpès labial ou nasal, érythème ordinaire et noueux. Il n'y eut que deux rechutes. Il faut remarquer que sur les 13 cas de Fiedler, 9 concernaient des bouchers. Aussi l'auteur admet-il une intoxication par les ptomaïnes, d'autant plus que deux autres malades disaient avoir mangé de la charcuterie. En lisant les observations de Fiedler, on verra que déjà, au moment où il a publié son mémoire, le syndrome de Weil s'élargissant de plus en plus, car il ne regarde, comme symptômes constants, que la fièvre, la céphalalgie, les phénomènes gastro-intestinaux, l'ictère et les myalgies. Pour lui, l'hypertrophie du foie et de la rate, la néphrite, ne sont pas constantes.

Pfuhl [d'Altona] (2) a publié dix observations, dont celle de Schaper, de fièvre typhoïde avec ictère. Sur 49 malades atteints de fièvre typhoïde, 9 eurent de l'ictère et guérirent. Dans aucun des cas, il n'y eut de rechute. Les myalgies, si importantes dans d'autres observations, ne sont pas non plus signalées. Très souvent, on nota l'augmentation du foie; toujours, il y eut début brusque, diarrhée, fièvre, spléno-mégalie. Un malade eut une hémorrhagie intestinale, un autre une double irido-choroïdite. D'après l'auteur, l'ictère dépendrait de l'action des eaux malsaines contenant un agent infectieux spécial; il admet aussi que ces malades avaient la flèvre typhoïde. Pour lui donc, il y aurait coïncidence.

Vierordt [de Tubinge] (3), reprenant l'examen de ses anciennes observations, a trouvé un cas de maladie de Weil, survenu chez un boucher, qui avait été recueilli en 1881. Il a aussi rapporté un autre cas où il y eut une rechute.

Kirchner (4) a observé, à Breslau, en 1887, une petite épidémie d'ictère qu'il a rapportée à la maladie de Weil et qui a sévi pendant l'été. La rechute survenait après un ou deux jours d'apyrexie. Il signale le ralentissement du pouls, la décoloration des selles, l'existence des douleurs musculaires, les épistaxis, le catarrhe bronchique et l'herpès des lèvres.

Frænkel, à la Société de médecine de Berlin (5), a communiqué un cas que l'on doit rejeter. Un étudiant en médecine avait reçu, en duel, un coup de sabre sur le front. Il survint des frissons, puis une tache érysipélateuse aux environs de la plaie. La tache disparut rapidement, mais on observa de l'insomnie, du délire, de l'ictère, de la diarrhée et de l'albuminurie. Après avoir présenté une rechute, le malade guérit. Bien que la plaie ait été trouvée aseptique, il est probable qu'il s'agit là d'un cas de septicémie, ainsi que Bartels l'a, du reste, fait observer.

(1) Fiedler. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, Bd. XLII, p. 261.
(2) Pfuhl. *Deuts. Militar. Zeitschr.*, 1888, Hft 9. n° 10, p. 385.
(3) Vierordt. *Internat. Klin. Rundsch.*, 1889, 4, et *Centralbl.*, 1889, n° 20.
(4) Kirchner. *Deuts. Militar. Zeitschr.*, 1888, n° 193.
(5) Séance du 7 février 1889.

Baginsky, à l'occasion de la communication de Frænkel, a rapporté un cas de maladie de Weil, observé chez un enfant de un an et neuf mois. Il trouva à l'autopsie une destruction du parenchyme, du foie et du rein, et une tuméfaction de la rate.

Dans l'observation de Brodowski et M. Dunin (1), la maladie entraîna la mort. Les phénomènes cliniques avaient présenté certaines particularités : les ganglions lymphatiques étaient gros et douloureux, les extrémités inférieures œdématiées, le sternum et les os longs très sensibles. Le malade mourut après s'être plaint de souffrances extrêmement vives dans la région du foie. A l'autopsie, on trouva la muqueuse du pharynx et celle des premières voies respiratoires congestionnées et avec de nombreuses ecchymoses. Les poumons renfermaient de nombreux foyers d'induration dans leur partie postéro-inférieure. Le foie, la rate et les reins étaient très augmentés de volume et le premier présentait des taches jaunâtres dans le voisinage des veines portes; la substance corticale des reins fut trouvée très épaissie avec d'abondantes taches blanches. La muqueuse intestinale présentait des plaques cicatrisées, avec pigmentation. Au microscope, on trouva le tissu conjonctif inter-lobulaire du foie infiltré de petites cellules, les taches blanches répondaient à des infiltrations situées autour des veines portes, rarement autour des veines sus-hépatiques. L'infiltration inter-lobulaire, très marquée en dehors des veines, envahissait le lobule. Les capillaires, dans les parties infiltrées, étaient gorgés de leucocytes et de cellules hépatiques, tantôt tuméfiées, tantôt atrophiées; un grand nombre renfermait du pigment biliaire. Les cellules de la périphérie du lobule étaient remplies de graisse. Les taches que l'on observait dans le rein, situées, pour la plupart, entre les tubes contournés et moins nombreuses que dans le foie, étaient formées aussi de tissu conjonctif infiltré de petites cellules. Les cellules épithéliales, gonflées et troubles, encombraient les tubes contournés et on n'y pouvait plus déceler de noyaux. Des altérations du même genre existaient dans les canalicules droits. Les ganglions lymphatiques et la rate étaient hyperhémiés; cette dernière présentait un volume quintuple du volume normal. De grosses cellules irrégulières, remplies de microcoques, ont été découvertes au milieu des petites cellules infiltrant le tissu conjonctif, dont nous avons parlé plus haut.

Nauwerck (2) a publié deux cas qui ont eu une issue mortelle. Dans l'un, la malade, qui avait déjà eu deux fois la fièvre typhoïde, fut prise subitement d'une fièvre vive accompagnée d'ictère, et mourut dans le coma le troisième jour. A l'autopsie, on trouva le foie jaunâtre, mou et flasque et, dans l'intestin grêle, des ulcérations superficielles rares, petites et rondes, quelques follicules solitaires et des plaques de Payer tuméfiées. Dans les ulcérations, il y avait des colonies de bacilles courts, à extrémités arrondies et plus colorées, tandis que le milieu du bâtonnet restait incolore. Le foie présentait des altérations analogues à celles de l'atrophie jaune aiguë; on trouvait,

(1) Brodowski et Dunin. *Gazeta Lekarika*, Varsovie 1888, n° 37, et *Arch. f. klin. Med.*, 1888, t. XLIII, p. 579.
(2) Nauwerck. *Munch. Med. Wochens.*, 1888, n° 15.

en outre, de nombreux petits foyers de leucocytes, surtout dans le voisinage de la capsule de Glisson. Ces petits foyers existaient aussi, mais moins nombreux, dans les reins, qui avaient les cellules épithéliales des tubes contournés très atteintes. Ni le foie, ni les reins ne contenaient de microbes et, pour Nauwerck, sa malade a succombé à une intoxication par des ptomaïnes fabriquées par les bacilles des ulcérations intestinales.

Le second cas de Nauwerck concerne un boucher qui tomba subitement malade, avec une forte fièvre et des frissons, eut de l'ictère, des vomissements, de la diarrhée, de l'albuminurie, de l'hypertrophie du foie et mourut le seizième jour. On trouva de l'augmentation de volume de la rate, des hémorrhagies rénales, etc. Les cellules hépatiques étaient dégénérées, surtout à la périphérie des lobules sains, beaucoup de ces derniers étaient entièrement détruits; de nombreux foyers d'infiltration leucocytique existaient au voisinage des acini détruits, et on remarquait l'infiltration par les leucocytes du tissu conjonctif néoformé entourant la veine porte. Les altérations des reins étaient analogues à celles du foie et l'on ne trouva pas de microbes.

Vierordt (1) a publié un cas dans lequel il n'y eut pas de rechute, Lebsauft trois, dont deux avec rechute, et Miller (2) un, observé chez un soldat.

M. Rendu (3) a publié une leçon clinique sur un cas de maladie de Weil et a adopté la dénomination d'ictère infectieux. Son malade fut pris brusquement de fièvre, de courbature, de frissons, et de céphalée très vive; l'ictère apparut après quelques jours, en même temps que la rate augmentait de volume et qu'il y avait une douleur vive dans la fosse iliaque. Rapidement l'aspect devint celui de l'ictère grave, à forme hémorrhagique, il y eut une rémission, et la guérison finit par survenir, après une longue convalescence.

Un mémoire de Wassilieff [de Saint-Pétersbourg] (4) comprend 17 faits typiques, il n'y eut que 2 cas de mort et l'auteur insiste surtout sur les altérations des reins, néphrite aiguë, diffuse, à la fois parenchymateuse et interstitielle.

Weiss (5) a observé deux cas à Prague, où il y a eu, en 1889, une petite épidémie de maladie de Weil; dans un de ces cas, il se produisit une légère rechute à la suite d'un arrêt de régime,

Chiari a publié deux observations suivies d'autopsie. Les malades eurent, outre l'ictère, tous les signes d'une néphrite aiguë hémorrhagique. Peut-être un de ces cas doit-il être regardé comme douteux.

Un des travaux les plus importants est celui de Mazzotti (6) qui est basé sur 15 observations, dont 5 avec autopsie. Les observations ne répondent pas absolument au type de Weil; il n'y eut de rechute que dans un cas et souvent quelques signes de la maladie firent défaut. L'auteur a signalé, comme particulièrement importants, les caractères négatifs suivants : absence de cause mécanique de l'ictère, absence de lésions cadavériques caractéristiques, impossibilité de classer les observations sous une rubrique connue. Nous reviendrons tout à l'heure sur les résultats des autopsies qu'il a pratiquées.

(1) Vierordt. Loc. cit.
(2) Miller. *Brit. Med. Journ.*, 6 juillet 1889.
(3) Rendu. *Leçons de clinique médicale*, t. II, p. 50 (leçon faite en 1889).
(4) Wassilieff. *Wiener Klin.*, août et septembre 1889.
(5) Weiss. Société des médecins allemands de Prague, séance du 25 octobre 1889, publiée dans la *Wiener Klin. Wochens.*
(6) Mazzotti. *Observation clinique sur l'ictère dit infectieux*, Bologne 1889.

Stirl (1) a recueilli l'observation intéressante d'un ouvrier qui tomba dans une fosse d'aisances, avala une grande quantité de matières et eut une maladie de Weil. Ce cas mérite d'être résumé, parce qu'il montre, qu'en réalité, le syndrome de Weil ne constitue pas une entité morbide nette. Un ouvrier de trente-cinq ans, étourdi par les gaz qui s'élevaient d'une fosse, tombe dans les matières. Retiré, il vomit immédiatement, puis est pris d'un frisson violent qui dure plusieurs heures. Les jours suivants, il a de l'abattement, des vomissements, de la diarrhée et se met au lit. A l'entrée à l'hôpital, la température était de 39°3; le lendemain, elle était normale, puis elle se releva ensuite à 40°1. Après cela, elle descendit par lysis, arriva à la normale en six jours et devint enfin subnormale. On nota le ballonnement du ventre, douloureux dans la région iléo-cæcale, l'hypertrophie et la sensibilité du foie. La défervescence commença le jour où apparut l'ictère. L'urine devint albumineuse, avec cylindres et globules rouges, après avoir été normale pendant les premiers jours, et la rate s'hypertrophia. Comme phénomènes cérébraux, l'observation mentionne de la céphalalgie, des vertiges, de l'hébétude et même du délire; un jour, le collapsus fut menaçant. Plus tard, on observa de la parésie des deux membres supérieurs, des muscles de l'œil gauche et de la face du même côté. Les selles furent toujours un peu colorées par la bile. Les crampes dans les mollets ne furent observées qu'à la fin de la maladie. On n'a pas trouvé de microbes.

Le cas de H. Cramer (2) est très spécial puisque la maladie s'est développée à la suite d'un empoisonnement par la santonine. Une fillette de quatre ans, atteinte de lombrics, avait reçu de sa mère un gâteau vermifuge. Le soir même survinrent des frissons, de la chaleur, puis des vomissements avec de la diarrhée qui se répétèrent le premier et le deuxième jour. Le deuxième jour, la peau et la conjonctive étaient légèrement ictériques et la température monta à 39°8. Il survint de l'œdème au dos du nez et à l'angle interne des yeux. Les urines étaient rougeâtres, contenant de l'albumine en abondance, de la matière colorante biliaire, et donnaient la réaction de la santonine; on y trouvait des cylindres et des globules blancs et rouges nombreux. La région du foie était douloureuse et la rate hypertrophiée. Les jours suivants l'ictère augmenta, tandis que la fièvre tombait par lysis. Sauf de la céphalalgie et de l'apathie intellectuelle allant jusqu'à la somnolence, il n'y eut pas de symptômes cérébraux. L'ictère et l'albuminurie restèrent intenses pendant dix jours et disparurent peu à peu, en cinq jours environ. Les selles présentèrent toujours un peu de coloration biliaire. La guérison survint assez rapidement. Il est évident qu'un grand nombre de faits qui ont été rangés sous l'étiquette de maladie de Weil offrent une physionomie identique au cas de Cramer.

Dans une observation recueillie par Goldenhorn (3), la maladie évolua lentement et s'accompagna de diarrhée avec selles argileuses. Le cas offre, comme particularités notables, un catarrhe bronchique étendu et de la polyurie

(1) Stirl. *Deuts. Med. Wochens.*, 1889, n° 39.
(2) H. Cramer. *Idem*, 1889, n° 15.
(3) Goldenhorn. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1889, n° 33.

qui se montra d'une façon irrégulière et surtout lorsque la convalescence s'établit; à ce moment il y eut chaque jour de 3200 à 5000 c. c. d'urine et cela pendant dix-sept jours de suite.

M. Benech (1) a publié un mémoire basé sur trois observations recueillies à l'hôpital de Tarbes. Deux fois il y eut des rechutes sans que l'on pût invoquer la *febris carnis*. On peut encore relever l'existence de la dysphagie déjà signalée par Huber, des taches ombrées, du prurit, de l'azoturie, de l'injection des conjonctives.

Un travail de M. Perret (2) s'appuie sur deux observations recueillies en octobre 1886. Un des malades était tripier et touchait souvent à des intestins d'animaux; il eut une rechute alors qu'il ne prenait que des œufs, du lait et du bouillon.

M. Tordeus (3) a observé un cas de maladie de Weil, survenu après l'absorption d'émanations de viandes pourries.

Quatre nouveaux cas de la maladie ont été observés, cette année, par Huber, que nous avons déjà eu occasion de citer (4). Ils se sont présentés dans un régiment du génie wurtembergeois, mais il est impossible d'établir de relations entre eux. Cependant, Huber invoque l'action nocive de l'eau du Danube souillée par la ville d'Ulm et employée pour les bains des troupes. Un des malades mourut après neuf jours de maladie, avec des symptômes gastriques graves, de l'apathie, de l'obtusion intellectuelle et, à la fin, des convulsions. Dans les dernières urines on trouva des cristaux de tyrosine. Dans un des cas, la maladie débuta par une hématémèse.

Karlinski (5) a publié la relation de cinq cas d'ictère fébrile avec découverte de bactéries dans le sang. Ces cas avaient de commun avec la maladie de Weil, l'ictère fébrile, le gonflement de la rate, l'albuminurie et l'intensité des phénomènes nerveux; ils s'en éloignaient par la courbe de température et surtout la présence de bactéries dans le sang. La fièvre, en effet, durait de deux à quatre jours, puis la température redevenait normale en douze ou vingt-quatre heures pour remonter ensuite; il survenait une ou deux rechutes avec la même marche. Un seul malade mourut. Sur les préparations de sang non colorées ou colorées à la fuchsine, on trouva des vibrions différant des spirochetes d'Obermeyer en ce qu'ils avaient la forme non de spiriles, mais de virgules infléchies. Karlinski ne dit pas s'il considère ces micro-organismes comme étant une espèce nouvelle ou comme représentant des formes dégénérées des spirochetes d'Obermeyer. Chez deux des malades, ils ont persisté pendant l'apyrexie. Les cas de l'auteur ont été observés en Herzégovine, dans un pays à malaria.

II

Essayons, d'après les observations précédentes, de tracer un tableau symptomatique de la maladie de Weil. Ce tableau ne peut être que schématique, et bien des cas, comme nous l'avons déjà vu, présentent des particularités spéciales.

Weil avait admis un début traînant caractérisé par du malaise et de l'inappétence durant deux ou trois jours. La plupart des auteurs, au contraire, insistent sur la brusquerie du début. Un homme bien portant est pris d'un frisson intense (Huber et Kirschner), ou de frissons répétés et de sueurs nocturnes (Brodowski et Dunin), la fièvre s'allume et atteint rapidement 40 degrés, la céphalalgie est très vive, la courbature très marquée et le malade s'alite.

M. Rendu a insisté, avec raison, sur l'importance que présentent, dans le stade préictérique, la céphalalgie et les douleurs musculaires. La céphalalgie est extrêmement vive, continue et empêche le sommeil; elle s'accompagne, comme dans la fièvre typhoïde, de l'injection des conjonctives. En même temps, les malades se plaignent extrêmement vivement des douleurs musculaires qu'ils ressentent dans les reins et dans les mollets surtout. Elles peuvent être assez vives pour arracher des cris au patient qui redoute le moindre mouvement, et Fiedler les considère comme caractéristiques. On a noté aussi des douleurs du côté d'autres groupes musculaires, les cuisses, les avant-bras, la nuque, etc. Le délire et l'agitation sont très rares, cependant, quelquefois on a vu survenir une véritable hyperesthésie, le patient se plaignant que tout lui fait mal. Ce sont l'abattement, la somnolence et l'obnubilation qui dominent; le malade a le sentiment qu'il est gravement atteint et reste au lit inerte. Le pouls est très fréquent (120-138) souvent petit et dicrote. Rarement on note des irrégularités, des intermittences, ou même un souffle à maximum du côté du cœur gauche. Chiari a vu une péricardite. Du côté des voies digestives on observe une inappétence complète qui va jusqu'au dégoût pour les aliments, quelquefois une soif très vive. La langue est saburrale, couverte d'un enduit épais, rouge à la pointe et aux bords. Au début, les vomissements bilieux sont assez fréquents. A ce moment, le malade est constipé et il y a souvent de la douleur et du gargouillement dans la fosse iliaque droite. La rate est augmentée de volume.

La fièvre continue pendant la période d'état. D'après les relevés de Werther (1) qui a comparé 71 observations, le maximum de la température se trouve assez souvent le premier jour et surtout le deuxième jour. Quelquefois il ne se produit que le troisième ou le quatrième jour. La plus haute température notée a été 41°4. Le fastigium dure de un à trois jours.

La durée du stade pré-ictérique varie beaucoup; d'ordinaire il dure cinq à six jours, mais peut se réduire à trois ou aller jusqu'à dix.

L'ictère constitue le symptôme essentiel de la maladie confirmée. Il se fonce très rapidement et s'accompagne du passage de la matière colorante biliaire dans les urines. Les selles sont quelquefois entièrement argileuses, mais généralement encore colorées par un peu de bile (2). Tantôt il y a de la constipation, tantôt de la diarrhée (cette dernière est notée 27 fois dans les 84 observations relevées par Tymowske). Le pouls diminue de fréquence et s'abaisse à 90, 80 pulsations, en même temps que la température devient aussi moins élevée. Cependant, l'état général est grave et la prostration, la céphalalgie, continuent à être très accentuées.

L'augmentation du volume de la rate est presque con-

(1) Benech. *Archives de médecine militaire*, juin 1889, p. 431.
(2) Perret. *Lyon médical*, 1889, n° 22, p. 143.
(3) Tordeus. *L. Clinique*, 1889, n° 49.
(4) Huber. *Deuts. Militar. Zeitschr.*, 1890. n° 1.
(5) Karlinski. *Fortschr. d. Med.*, 1890, n° 5.

(1) Werther. *Deuts. Med. Wochens.*, 1889, n° 32.
(2) Dans un cas observé récemment dans le service de M. Debove (*Gazette des hôpitaux*, 1891, pp. 54 et 102), M. A. Mathieu a vu l'ictère hémaphéique succéder à l'ictère biliphéique. Il serait intéressant et important pour la théorie de savoir s'il en est souvent ainsi.

stante, celle du foie est un peu moins fréquente (49 fois sur 84 cas). En même temps ce dernier organe est douloureux spontanément et à l'exploration. Les vomissements sont rares et peuvent être parfois attribués à une action médicamenteuse (Haas). Parfois, la langue est fuligineuse comme dans la fièvre typhoïde grave.

La fréquence de la respiration est souvent très grande (36 par minute), mais les complications bronchiques sont très rares. On a, cependant, observé du catarrhe dans l'épidémie de Breslau. La pleurésie n'est pas très rare.

Les hémorrhagies sont très fréquentes, surtout les épistaxis; ces dernières peuvent devenir inquiétantes par leur abondance. L'hématémèse et le mélæna sont très rares, ainsi que l'hémoptysie. Le purpura se rencontre souvent et il peut y avoir production de véritables ecchymoses.

Du reste, on a observé des manifestations variées du côté de la peau. Une des plus intéressantes est l'herpès. Il peut être très confluent sur la face et est très utile pour le diagnostic. Outre l'herpès, on a observé de la roséole, des taches rosées se rapprochant comme aspect de celles de la dothiénentérie, de l'érythème vésiculeux ou noueux.

L'albuminurie est la règle dès que l'ictère s'est produit, et, dans quelques observations, il est expressément noté qu'elle n'existait pas auparavant. Elle s'accompagne du passage dans l'urine de cylindres épithéliaux et hyalins, de globules rouges et blancs. A la période d'état la diminution de la quantité des urines a été notée par presque tous les auteurs. Elles deviennent souvent brun foncé, boueuses et renferment du pigment biliaire. Dans un cas, on y a trouvé de la tyrosine qui a été recherchée d'autres fois sans succès, ainsi que la leucine. Il faut bien savoir que l'albuminurie n'est pas constante et qu'elle peut manquer dans les cas, en apparence, les plus graves (Rendu). Parfois il y a de la rétention d'urine (Wassilieff).

La période d'état de la maladie de Weil dure un temps très variable. Dans certains cas, en effet, elle est interrompue, du quatrième au douzième jour, par une rémission très remarquable de tous les symptômes. Les urines augmentent de quantité, la peau devient moite et la langue s'humidifie. Tantôt l'ictère diminue d'intensité, tantôt il persiste toujours aussi accentué. Ce n'est là qu'une fausse défervescence (Rendu) et, après trois à cinq jours, les phénomènes graves reparaissent. L'ictère s'accentue s'il avait diminué, les urines redeviennent très peu abondantes, la stupeur revient de nouveau. Parfois la température monte plus haut qu'à la première atteinte; généralement elle s'élève moins et l'ensemble des symptômes de la rechute est moins violent. Du reste, tout peut se borner à une ascension lente de la température sans réapparition des symptômes de la première attaque. D'après les chiffres de Werther, la rechute existerait dans 14 p. 100 des cas; dans les 84 observations de Tymowske, elle est relevée 19 fois. Il ne faut donc pas faire de la rechute un symptôme spécial de la maladie de Weil et on serait tout aussi fondé à dire que la fièvre typhoïde se caractérise par la rechute. Il ne s'agit là, en réalité, que d'un mode d'évolution qui se rencontre dans un certain nombre de maladies infectieuses. Si, dans quelques cas, la récidive, comme dans la fièvre typhoïde, survient à la suite d'arrêt de régime, le plus souvent il n'en est rien.

Quoi qu'il en soit, dans les cas où la rechute se produit, la défervescence se fait ensuite par lysis rémittent. D'après les chiffres de Wagner, la première apyrexie survient, dans 47 p. 100 des cas, le neuvième ou le dixième jour et dure de un à dix jours (Wassilieff). Elle peut se produire plus tard ou plus tôt, le troisième, le quatrième ou le cinquième jour. Dans ce dernier cas, les symptômes du début sont habituellement aussi intenses que dans les cas ordinaires. La durée de la rechute est généralement courte, cependant Wassilieff l'a vue se prolonger pendant trois semaines. La convalescence débute par une polyurie qui peut être intense et par des sueurs. L'ictère persiste souvent longtemps en même temps que des démangeaisons. M. Rendu a vu la peau de son malade desquamer sur les bras et sur les jambes, et son tégument présenter un état lichénoïde qui n'a disparu qu'à la suite de plusieurs bains.

Quelquefois la convalescence est rapide; le plus souvent les malades restent longtemps affaiblis comme à la suite d'une affection grave. Pendant la première attaque, les malades perdent beaucoup de poids, jusqu'à 9 kilos (Wassilieff). Le poids remonte pendant l'apyrexie et cette élévation se poursuit souvent même quand la récidive se produit.

Au début, on regardait la maladie de Weil comme bénigne; l'on sait maintenant qu'elle peut être suivie de mort. Cette dernière survient au milieu des phénomènes de l'adynamie et les malades succombent dans le coma; on a noté quelquefois des convulsions ultimes.

III

Nous avons déjà rapporté les résultats fournis par l'autopsie dans certains cas de maladie de Weil.

L'observation de Brodowski et Dunin est la première où il y ait eu un examen anatomique, les cas de « parenchymatose aiguë » d'Anfrecht devant être éliminés. Nous ne reviendrons pas sur les détails donnés plus haut et ferons simplement remarquer que l'altération des ganglions lymphatiques (hyperhémie, œdème du tissu conjonctif de l'enveloppe, cavités diminuées par le développement de la substance corticale et médullaire) n'a été observée que dans ce cas; le malade avait, du reste, présenté pendant la vie des symptômes exceptionnels : gonflement des ganglions lymphatiques qui étaient douloureux, œdème des extrémités inférieures. Cependant, Haas a observé de l'œdème des pieds chez un de ses malades, mais seulement pendant la convalescence. Du reste, cet homme était le seul ayant présenté du sang et des cylindres dans l'urine à la période d'état de la maladie.

Dans un des cas de Nauwerck, on a noté la présence d'ulcérations intestinales, ce qui est un fait absolument exceptionnel. Dans les deux, les altérations du foie et de la rate sont à peu près celles des maladies infectieuses.

Parmi les malades de Wassilieff, deux sont morts. Voici les principales lésions relevées : Malade n° 1 : Extravasations sanguines sur la surface interne de la dure-mère; extravasations capillaires sur le péricarde; mêmes lésions sur la muqueuse de la trachée et dans les poumons; foie un peu augmenté de volume, parenchyme de couleur argileuse; rate augmentée; reins augmentés, capsule adhérente, substance corticale ramollie, parenchyme rempli de sang; petites hémorrhagies vers la muqueuse de l'estomac, rien à l'intestin. — Malade n° 2 : Extravasations sanguines sur le péricarde, cœur dilaté; pleurésie fibrineuse; légère hypertrophie du foie et anémie du parenchyme; au microscope, cellules hépatiques normales à noyaux bien distincts; rate un peu diminuée. Reins considérablement

augmentés, capsule facile à détacher, substance corticale épaissie; au microscope, épithéliums dégénérés, par places, infiltration de petites cellules; extravasations capillaires sur la muqueuse de l'estomac, muqueuse du duodénum un peu épaissie.

Dans le premier cas de Chiari, le début se produisait vingt-quatre jours avant la mort par de la fièvre, de l'ictère et des symptômes de mal de Bright aigu, hémorrhagique; la mort fut causée par une pneumonie double. On trouva à l'autopsie du mal de Bright aigu, de l'hypertrophie de la rate et de la cholélithiase. S'agit-il là d'une maladie de Weil? Nous considérons le cas au moins comme discutable. Dans la seconde observation, la maladie ne dura que cinq jours et la mort survint par urémie. On trouva aussi à l'autopsie un mal de Bright hémorrhagique et de plus une péricardite.

Cinq des malades de Mazzotti sont morts; il a trouvé les lésions suivantes :

I. Catarrhe gastro-intestinal chronique, érosions intestinales catarrhales, dégénération graisseuse du parenchyme hépatique et des épithéliums rénaux, prolifération nucléaire interstitielle des reins, hypertrophie aiguë de la rate.

II. Dégénérescence des cellules du foie, depuis le degré le plus léger, jusqu'à la destruction complète; hépatite interstitielle faible. Degré modéré de néphrite aiguë. Hypertrophie faible de la rate. Pleurésie adhésive, foyers hémorrhagico-pneumoniques. Athérome vasculaire.

III. Dégénération granulo-graisseuse des cellules du foie et de l'écorce des reins. Hypertrophie de la rate.

IV. Hépatite interstitielle, inter-lobulaire et intra-lobulaire, dégénération graisseuse des cellules du foie et de l'écorce des reins. Parotidite suppurée, artério-sclérose. Hypermégalosplénie.

V. Hypertrophie considérable du foie. Dégénération graisseuse de ses cellules. Hépatite interstitielle faible, néphrite aiguë interstitielle et parenchymateuse. Bronchite et gonflement des follicules intestinaux solitaires (mais non des agminés).

Enfin, à l'autopsie d'un des derniers cas observés par Huber on constata une hyperhémie relative du cerveau et des poumons, des ecchymoses de l'épiploon, de la capsule des reins et du mésentère; la rate était pâle et il y avait une hypertrophie considérable des follicules; il y avait hypertrophie et état trouble des reins avec infiltration graisseuse des éléments cellulaires qui paraissaient très pâles; pas de lésions de l'intestin.

Si l'on parcourt les protocoles d'autopsie, on remarque aussitôt que deux lésions se retrouvent, pour ainsi dire, dans tous les cas : la dégénérescence des cellules du foie et la dégénérescence des épithéliums actifs des reins. Or, ces altérations ressemblent beaucoup à celles qui sont décrites, dans les maladies infectieuses, par beaucoup d'auteurs, et dans les cas accentués, les lésions hépatiques rappellent celles de l'ictère grave. Nous appelons spécialement l'attention sur le fait de la constance des lésions rénales; elles jouent évidemment un grand rôle dans la pathogénie de la maladie.

IV

Il est certain qu'au point de vue étiologique, la maladie de Weil semble souvent dépendre, soit d'une intoxication d'origine intestinale, soit de l'absorption de ptomaïnes provenant de l'extérieur et introduites accidentellement dans le tube digestif. Du reste, cette étiologie existait déjà pour l'ictère grave, et, par exemple, Neusser (1) l'a vu survenir à la suite de l'ingestion de charcuterie avariée et entraîner la mort. Certains malades atteints de maladie de Weil ont reconnu avoir mangé des viandes gâtées, d'autres, par métier, étaient exposés à manier les matières animales en décomposition (bouchers, garçons d'abattoirs). Sidamyrotzki (cité par Fiedler) aurait vu une maladie analogue chez des moutons qui se nourrissaient de lupin.

Il est probable que l'intoxication peut se faire par l'intermédiaire de l'eau et plusieurs observations mentionnent que les malades avaient pris des bains dans des eaux souillées par des débris organiques (Shaper, Pfuhl, Huber) et avaient fait usage, en boissons, de grandes quantités d'eaux malsaines (Haas). D'autres fois, on peut invoquer l'alcoolisme aigu (cas de Mathieu) ou habituel (cas de Rendu).

La maladie semble quelquefois revêtir le caractère épidémique (Fiedler, Huber, Haas). Jamais on n'a pu songer à la contagion et dans l'épidémie de Breslau, par exemple, les hommes frappés appartenaient à différents corps de la garnison (Kirchow). Les enfants et les femmes sont très rarement atteints, presque toujours il s'agit d'hommes dans la force de l'âge et, fréquemment, de militaires.

On a observé la coïncidence de la maladie de Weil avec la fièvre typhoïde et la fièvre récurrente; enfin, elle se développe surtout en été.

Naturellement, on a cherché bien des fois à trouver un microbe quelconque. Les résultats obtenus sont fort peu nets. Brodowski et Dunin n'ont pu isoler que le staphylococcus albus sans signification; Goldschmidt a trouvé des microbes dans les cylindres de l'urine et nous avons vu que Nauwerck avait constaté la présence de microbes spéciaux dans les ulcérations intestinales. Toutes ces constatations sans contrôle expérimental doivent être regardées comme à peu près sans valeur.

V

Un grand nombre de discussions ont eu lieu à propos de la nature de la maladie de Weil. Nous allons résumer les principales opinions émises et voir s'il y a lieu de s'arrêter spécialement à l'une d'entre elles.

Pfuhl, comme nous l'avons dit, range nettement la maladie de Weil dans la fièvre typhoïde abortive, tout en admettant en même temps que l'ictère soit venu compliquer cette maladie par suite d'une intoxication spéciale. Sur 49 cas de fièvre typhoïde il a observé 9 fois la complication par l'ictère. M. Mathieu a pensé qu'il y avait avant tout invasion primitive du foie par des agents pathogènes qui pourraient être, à la rigueur, ceux de la fièvre typhoïde. Ce qui, pour lui, donne à la maladie sa caractéristique, c'est qu'il s'agit d'une infection qui, entrant par le foie, agit sur cet organe d'une façon prédominante. Cette année même, il est revenu sur cette conception dans un travail publié ici même.

C'est surtout M. Longuet qui a rapproché la maladie de Weil et la fièvre typhoïde (2). Il s'est appuyé sur l'aspect typhoïde qu'ont souvent les malades, la constatation des

(1) Neusser. *Zeitschr. f. Klin. Med.*, t. VII, p. 321.
(2) Longuet. *Semaine médicale*, 1888, p. 317.

épistaxis, des taches rosées et ambrées, de l'herpès labial, de l'état général, de la tuméfaction de la rate, de l'issue toujours favorable (au moment où il a publié son article), de l'âge des malades, etc., pour identifier la maladie avec le typhus levissimus ou fièvre typhoïde abortive. La rechute se voit dans un grand nombre de fièvres typhoïdes et les deux maladies surviennent pendant l'été et coïncident souvent (épidémie de Prague); l'ictère se voit dans la fièvre typhoïde ordinaire et se montre même, parfois, au début de la fièvre abortive (Liebermeister, Griesinger). Pour M. Longuet donc, il s'agit « d'une simple variété de typhus levissimus, dans laquelle des conditions particulières de réceptivité ou certaines modifications qualitatives ou quantitatives d'un même principe infectieux aboutissent à donner à un épiphénomène, l'ictère, un caractère de fixité et de constance qu'il ne comporte pas dans la maladie primitive ». Il reconnaît, du reste, que l'on doit établir aussi un rapprochement entre ce qu'il appelle le « typhus abortif bilieux » et l'ictère catarrhal à origine infectieuse.

Cependant, on peut faire un grand nombre d'objections à l'opinion de M. Longuet. En premier lieu, l'ictère est très rare dans la fièvre typhoïde. Pfuhl a observé 9 fois l'ictère sur 49 dothiénentéries, tandis que Liebermeister, sur 1420 cas, l'observait 26 fois. Quand l'ictère revêt dans la fièvre typhoïde une physionomie qui rappelle la maladie de Weil, il survient dans la deuxième période et est, en général, très grave.

S'il est vrai que Liebermeister a signalé l'ictère dans la fièvre typhoïde abortive, il ne parle ni d'un état général grave, ni de tuméfaction du foie, ni de néphrite; et il est certain, comme le fait remarquer Perret, que si ces phénomènes avaient existé, il les aurait mentionnés. Fiedler, sur 500 typhiques traités par lui dans l'espace de vingt-sept ans, n'a pas vu un seul cas ressemblant à la maladie de Weil. Cette affection présente encore des caractères qui l'éloignent de la dothiénentérie; tels sont les douleurs excessives du masses musculaires, l'intégrité relative du poumon, l'élévation de la fréquence du pouls, la fréquence relative des rechutes, la fréquence des éruptions. M. Longuet a cité l'herpès parmi les signes qui permettaient de penser au typhus abortif; on sait, au contraire, que cette manifestation cutanée est excessivement rare dans la fièvre typhoïde. Perret, qui a insisté sur tous ces points, a encore dit que la fièvre ne dépasse pour ainsi dire jamais huit à dix jours dans les cas de maladie de Weil bien nets, tandis que, dans le typhus abortif, elle n'oscille guère dans des limites aussi étroites, et que la chute de la température ne se fait pas aussi rapidement. On cite la coïncidence de la maladie de Weil avec la fièvre typhoïde mais, bien plus souvent, cette coïncidence n'existait pas. L'été est favorable à la propagation des maladies infectieuses en général, et il n'est pas étonnant que le syndrome de Weil suive cette règle. Terminons en rappelant que la présence du bacille d'Eberth n'a jamais été constatée.

Une des premières hypothèses qui ait été faite, est celle qui assimilait la maladie de Weil à la fièvre récurrente. Weil a repoussé l'assimilation. Jamais on n'a trouvé le parasite caractéristique et la marche de la température n'est pas la même. Cependant, Brodowski, Dunin et Ricklin (1) ont fait remarquer que les douleurs musculaires, surtout celles des muscles des mollets, sont un symptôme qui existe dans les deux maladies. De plus, les mêmes auteurs ont insisté sur ce point que Griesinger a décrit, sous le nom de *fièvre typhoïde bilieuse*, la fièvre récurrente compliquée d'ictère. A vrai dire, cette dernière, telle qu'elle a été décrite par Griesinger, ne diffère de la maladie de Weil que parce qu'elle n'a été observée qu'épidémiquement et qu'alors elle est grave. En résumant les principaux symptômes nous trouvons ; douleurs vives dans les membres inférieurs, état fébrile continu, vomissements, épuisement, prostration, fièvre augmentant rapidement et considérablement dans la majorité des cas, sensibilité de la partie supérieure du ventre, diarrhée, bronchite, pharyngite, augmentation du volume de la rate, augmentation moins marquée du foie avec douleurs à l'hypochondre droit, ictère, puis mort ou rémission, qui est suivie de la guérison ou d'une rechute. Les altérations anatomiques qu'ont décrites Brodowski et Dunin, se rapprochent beaucoup de celles que Griesinger décrit comme caractéristiques de la fièvre typhoïde bilieuse (ce qui veut dire récurrente bilieuse).

En remarquant, de plus, qu'au moment où se sont produits deux des cas de Weil, une petite épidémie de fièvre récurrente venait de sévir à Heidelberg, on pourra admettre que, bien que l'on n'ait jamais trouvé de spirilles, quelques cas de maladie de Weil rentrent dans le cadre de la fièvre typhoïde bilieuse.

Wassilieff tend à rapprocher le syndrome de Weil du typhus bilieux que l'on observe endémiquement en Égypte. Voici ses principales conclusions :

1° En divers pays d'Europe on rencontre, en général périodiquement, une maladie infectieuse qui s'accompagne de phénomènes nerveux, de gonflement du foie et de la rate, de troubles fonctionnels rénaux et dont les symptômes les plus caractéristiques consistent en ictère, en douleurs musculaires et en albuminurie.

2° La maladie a le plus souvent une issue favorable; dans les cas légers, elle se termine entre le septième et le onzième jour; dans les cas plus graves, on observe une élévation secondaire de température, une récidive; la mort est rare.

3° Au point de vue anatomo-pathologique, la maladie est caractérisée par une inflammation parenchymateuse aiguë des organes internes, surtout des reins, et par une inflammation aiguë interstitielle diffuse du foie, du poumon et des reins.

4° Cette maladie ressemble surtout au typhus bilieux, qu'on observe endémiquement en Égypte et à Smyrne [Kartulis (1) et Diamantopoulos (2)], et qui, de son côté, est une maladie *sui generis*, qui n'a rien de commun avec la fièvre récurrente bilieuse.

Goldenhorn étend la discussion au typhus bilieux de Griesinger. Pour lui, c'est une maladie infectieuse, non contagieuse, qui est endémique à Smyrne et à Alexandrie, et qui se montre sporadiquement en Europe. Les cas sporadiques de maladie de Weil ne sont autre chose que des formes légères de typhus bilieux, qu'il faut absolument distinguer de la fièvre récurrente bilieuse.

Pour Pilliet (3), il s'agissait d'une infection du foie se faisant par la voie de la veine porte.

Ces auteurs tendraient donc, de même que Weil et un

(1) Ricklin. *Gazette médicale de Paris*, 1889, nos 5, 6, 9 et 10.

(1) Kartulis. *Deuts. Med. Wochens.*, 1888, nos 1, 4, 5 et 6.
(2) Diamantopoulos. *Uber den typhus icterode von Smyrna-Wien*, 1888.
(3) Pilliet. *Progrès médical*, 1880, no 42.

grand nombre de médecins allemands, de même aussi que Perret, à admettre que la maladie de Weil est une entité morbide spéciale.

Cependant il existe une maladie, à formes très différentes d'intensité, qui offre, avec la maladie de Weil, les plus grands rapports, nous voulons parler de ce qu'on appelle en France : ictère grave, ictère pseudo-grave, ictère catarrhal infectieux. Weil avait admis un certain rapprochement entre les cas qu'il a décrits et l'atrophie jaune aiguë ; pour lui, sous l'influence d'une action plus violente de la même cause spécifique, des cas débutant comme les siens, évolueraient ensuite comme l'atrophie jaune aiguë, et se termineraient par la mort. Il est vrai qu'il ajoute que, même alors, il ne s'agit pas d'une atrophie jaune idiopathique, mais d'une forme secondaire, venant se greffer sur une maladie infectieuse aiguë. Cela nous ramène à l'infection mixte admise par Pfuhl, et bien que Weil conclue qu'il s'agisse, dans ces observations, d'une maladie *sui generis*, son argumentation est si obscure qu'il paraît lui-même reconnaître que son affirmation est sujette à discussion.

C'est Benech qui a soutenu, avec le plus de conviction, l'identité entre la maladie de Weil et l'ictère grave ou pseudo-grave. Ses arguments nous semblent irréfutables et doivent être résumés. En premier lieu, des cas dits de Weil, mais sans rechute, ont été publiés en France, sous le nom d'ictère grave ou pseudo-grave et admis par tous comme dûment désignés (1). Dans le fait de Rondot (2), par exemple, on trouve l'invasion brusque et la courbature initiale, la fièvre avec ses caractères d'intensité et de durée, l'albuminurie, la splénomégalie et la brusque défervescence. Un grand nombre de cas publiés par MM. Mossé, Raymond, Lancereaux, Grellety, etc., sont absolument comparables. L'ictère grave épidémique (Laveran, Worms) a les mêmes symptômes : frissons, courbature, épistaxis, etc. Dans un cas de Laveran, la maladie ayant entraîné la mort, on trouva une altération granuleuse de l'épithélium, des reins hyperhémiés. Plusieurs symptômes, très fréquents dans le syndrome de Weil, manquent dans certaines de ces observations, mais ils manquent aussi dans des cas admis par tous comme rentrant dans la maladie de Weil, et il suffit de consulter les tableaux de Tymowske, pour s'assurer que l'albuminurie (55 fois sur 84 observations), la splénomégalie (57 fois), quoique très fréquentes, n'existent pas toujours. Sans parler de rechute, Worms (3) signale un cas où il y a eu réapparition de l'ictère ; on peut admettre que dans ce cas la rechute a eu lieu, car ce n'est souvent que par l'emploi du thermomètre que l'on peut la reconnaître ; il ne parle pas d'albuminurie et cependant signale la présence, dans l'urine, de tubes rénaux permettant de conclure à l'existence de l'albuminurie.

Lorsqu'on lit le récit de l'épidémie de Gaillon, observée par Carville, et les observations recueillies par Arnould, on est immédiatement frappé d'un certain nombre de différences symptomatiques avec la maladie de Weil ; dans les cas de Lille, par exemple, l'ictère est très précoce, il n'y a pas de frisson initial, la courbature et les crampes sont peu accusées. Cependant, on relève, dans certains cas de Fiedler, un début brusque, pas d'hypertrophie de la rate ni du foie, pas d'albuminurie et des myalgies ; dans un cas de Wassilieff, il y a augmentation du foie et de la rate et on ne signale pas les myalgies, etc. Tout cela montre qu'un grand nombre de variétés symptomatiques peuvent être observées et que tous les intermédiaires se rencontrent, mais cela prouve aussi qu'il n'y a pas lieu de séparer ces différents ictères et que, soit qu'ils existent à l'état sporadique, soit qu'ils se produisent épidémiquement, il s'agit toujours de la même maladie. Personne n'hésite à identifier la fièvre typhoïde ataxo-adynamique et le typhus ambulatorius le plus simple, parce que l'on sait que, dans les deux cas, il y a la même lésion intestinale et le même bacille ; les différences symptomatiques sont, cependant, plus grandes qu'entre les différentes formes d'ictères graves, pseudo-graves, etc. ; et si l'étiologie de ces dernières est mal fixée, si le microbe est encore inconnu et les lésions peu caractéristiques, on commence cependant à y voir un peu plus clair depuis que les travaux de MM. Chauffard, Kelsch, etc., ont montré qu'il y avait souvent dans ces ictères une cause infectieuse ou toxique que nous retrouvons aussi dans beaucoup de cas de maladie de Weil. Cette opinion est, du reste, celle de M. Lemoine (2) et de M. Rendu ; ce dernier reconnaît qu'actuellement on n'est pas en droit d'affirmer que l'affection diffère précisément de l'ictère malin hémorrhagique. C'est aussi celle de notre maître, M. Dreyfus-Brisac, qui s'exprime de la manière suivante (1) : « Reste la conception qui a rencontré le plus de faveur en France, celle qui rapproche la maladie de Weil des ictères graves ; elle nous séduirait davantage, précisément parce qu'elle ne tranche pas la question de pathogénie. Cette dénomination doit, en effet, s'appliquer non à une entité morbide, mais à un syndrome d'intensité très variable, qui est l'expression clinique de l'insuffisance hépatique, quelle qu'en soit l'origine : infection, hétéro ou auto-intoxication. Entre l'ictère manifestement infectieux et l'ictère catarrhal le plus bénin, il existe, les travaux français l'ont démontré, une série d'états pathologiques intermédiaires, où la gravité des phénomènes tient tantôt à la nature de l'agent pathogène (microbes, substances toxiques provenant d'une alimentation vicieuse ou d'une dépuration organique insuffisante), tantôt à la débilitation intérieure de l'économie, par la misère ou les excès alcooliques. D'où la dénomination d'ictère pseudo-grave, de typhus hépatique bénin, qui s'appliquent à merveille à la maladie de Weil. » Nous n'avons rien à ajouter à ces paroles qui nous paraissent clore la discussion.

En résumé, il est certain que l'on a publié sous le nom de maladie de Weil des cas dissemblables. Quelques-uns n'ont reçu ce nom qu'à la suite d'une véritable erreur de diagnostic, soit qu'il s'agisse d'une pyohémie, soit que l'on ait eu affaire à des accidents ultimes de la phthisie pulmonaire, etc. D'autres faits doivent être regardés comme appartenant à la rémittente bilieuse, mais la plupart ressortissent de l'ictère infectieux.

(1) On a dit que l'ictère grave se distinguait par l'existence de prodromes et l'atrophie du foie ; mais on sait maintenant que l'ictère le plus malin peut débuter brusquement et, d'autre part, l'atrophie du foie indique simplement la violence du processus, manquant dans des cas suivis de mort et pouvant exister à un certain moment dans des cas qui guérissent.

(2) Rondot. *De l'ictère grave, sporadique, curable*, Bordeaux 1884.

(3) Worms. *Recueil et Mémoires de médecine militaire*, 1865.

(2) Lemoine. *Province médicale*, 1889, p. 103.

(1) Dreyfus-Brisac. *Gazette hebdomadaire*, 1889, n° 18, p. 441.

VI

Le diagnostic de la maladie de Weil est difficile à la période de début, avant l'apparition de l'ictère; souvent alors on pensera à une fièvre typhoïde, et nous avons déjà donné la plupart des caractères distinctifs. Rappelons qu'ils consistent surtout dans l'ascension rapide de la température, les myalgies extrêmement vives et souvent l'apparition précoce d'un herpès labial. Une fois l'ictère développé, il s'agira de savoir si l'on se trouve en présence d'un ictère grave, proprement dit, ou d'une forme paraissant grave. Il n'y a pas lieu, en réalité, de faire alors un diagnostic, mais de poser un pronostic. On se rappellera qu'il est très difficile de se prononcer avec certitude, car souvent la prostration, les hémorrhagies, la température qui tend à s'abaisser, font, surtout lorsqu'il n'y pas hypertrophie du foie, penser aux formes les plus malignes de l'ictère infectieux. L'émission d'urines abondantes sera toujours un bon signe pronostique.

Le traitement de la maladie de Weil est purement symptomatique. Au début, M. Rendu conseille l'administration d'un purgatif, ou mieux d'un vomitif, afin d'évacuer le tube gastro-intestinal. Il donne en même temps 1 gramme de quinine par jour (ce médicament a paru à Beneck n'avoir aucune influence sur la marche de la maladie). Le régime lacté est naturellement indiqué. A la période d'état M. Rendu administre le calomel et recourt à l'eau de Rabel, s'il y a des hémorrhagies. Pour notre part, nous insisterions largement sur les toniques, très indiqués aussi à la période de convalescence.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 février 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

Arrachement sous-cutané du tendon extenseur de la phalangette. — **M. Schwartz** fait une communication sur ce sujet. Après avoir rappelé le mémoire de M. Segond à la Société anatomique en 1879, le travail de Busch, l'article de M. Polaillon dans le *Dictionnaire encyclopédique*, les expériences de Delbet, M. Schwartz fait connaître les trois cas qu'il a eu l'occasion d'observer.

Dans le premier cas, qui remonte à 1887, il s'agissait d'un homme qui, étant à cheval et voulant retenir sa monture, eut le petit doigt fortement tiraillé par la bride. A partir de ce moment, la phalange de ce doigt resta fléchie. M. Schwartz, après avoir soigneusement examiné ce malade, pensant qu'il s'agissait d'une simple élongation du tendon extenseur, plaça le doigt dans un appareil consistant en une sorte de bague reliée par un élastique à un bracelet fixé au poignet et maintenant ainsi la dernière phalange dans l'extension. Après avoir gardé cet appareil pendant quatre semaines, ce malade a été parfaitement guéri.

Dans le second cas, il s'agit d'une dame qui, en baissant une glace de wagon, eut le petit doigt pris et ne pouvait plus ensuite le redresser. Il y avait une rupture évidente du tendon de l'extenseur du petit doigt. M. Schwartz proposa la suture qui fut refusée par la malade. Il se contenta alors d'appliquer un appareil que la malade ne put garder. Elle se fit, plus tard, traiter par le massage et resta définitivement le doigt fléchi.

Le troisième cas se rapporte à un homme qui, en retirant brusquement sa chaussette, se fit une rupture tendineuse du médius. Après avoir fait une injection sous-cutanée de cocaïne, et placé un petit tube d'Esmarch pour anémier le doigt, M. Schwartz fit une incision, constata une rupture complète du tendon et l'ouverture de l'articulation phalango-phalangettienne et fit une suture tendineuse au catgut. Le doigt fut ensuite placé dans un appareil semblable à celui de son premier malade, et le résultat fonctionnel fut très bon.

D'après les recherches et les expériences de Delbet sur le cadavre, la déchirure du tendon de l'extenseur serait exceptionnelle, par rapport aux lésions osseuses ou articulaires. D'après les faits cliniques, il semblerait, au contraire, que la déchirure tendineuse fût plus fréquente chez le vivant. Quoi qu'il en soit, lorsqu'on est arrivé à diagnostiquer sûrement une déchirure, ce qui est parfois très difficile à distinguer d'une fracture, le traitement le plus rationnel est la suture du tendon déchiré.

M. Routier a observé un cas analogue à ceux de M. Schwartz, mais devant la difficulté d'un diagnostic précis, il a préféré s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

Néphrectomie transpéritonéale. — **M. Terrillon** a pratiqué six fois la néphrectomie par la voie transpéritonéale et a eu six succès.

Dans quatre cas il a abandonné le pédicule dans l'abdomen. Chez deux malades il n'a pu obtenir une pédiculisation suffisante, a suturé la coque fibreuse périnéphrétique aux bords de la plaie cutanée et a eu également deux guérisons, mais qui ont été plus lentes. Voici, d'ailleurs, le résumé de ces six observations :

Première observation. — Il s'agissait d'une hydronéphrose volumineuse du rein gauche; la malade n'avait plus que 700 grammes d'urine, avec excès d'urates, sans albumine. L'opération fut pratiquée le 15 février 1890 : incision verticale à deux travers de doigt à gauche de la ligne médiane, arrivée sur le rein, ponction avec l'appareil Potain, décortication du rein en totalité, ligature double et formation d'un pédicule sur l'uretère lui-même, à l'orifice duquel on avait trouvé un calcul pesant 52 grammes; cautérisation au thermocautère du pédicule, réduction et fermeture du ventre. Le rein enlevé pesait 525 grammes. Les suites de l'opération furent des plus simples, la malade a parfaitement guéri.

Deuxième observation. — La malade avait eu des urines sanguinolentes; elle portait une tumeur dans la région rénale droite; diagnostic : néoplasme rénal; opération le 17 juin 1890, incision à droite de la ligne médiane, décortication du rein difficile, formation d'un pédicule, réduction, fermeture. La malade a bien guéri. M. Terrillon rappelle, à ce propos, la bénignité relative des épithéliomes du rein.

Troisième observation. — Rein polycystique, déplacé, dans la fosse iliaque gauche, ablation transpéritonéale; le rein était formé de plusieurs poches, dont plusieurs étaient suppurées, il y avait des adhérences, la décortication fut difficile. Un mois après, il y eut un petit abcès dans la région lombaire dû probablement au pédicule qui avait été rentré insuffisamment aseptique. La malade est maintenant en parfaite santé.

Quatrième observation. — Malade souffrant, depuis vingt ans, de coliques néphrétiques, tumeur dans la région rénale ayant rapidement augmenté de volume dans ces derniers temps. Il s'agissait d'un rein polycystique à nombreuses poches; la substance rénale elle-même était presque complètement détruite, ablation totale par la voie transpéritonéale, pédiculisation, réduction, fermeture, suites parfaites.

Cinquième observation. — Il s'agit d'un rein épithéliomateux enlevé par la même voie mais avec drainage. M. Terrillon a déjà communiqué cette observation qui s'est également terminée par la guérison.

Sixième observation. — Dans ce cas, il s'agit d'un rein tuberculeux très volumineux; la malade avait de la cystite purulente, des urines ammoniacales, elle était arrivée à un état d'amaigrissement extrême ; opération le 12 novembre 1890, le rein était en suppuration; le pus s'épancha sous la main même de l'opérateur, tandis qu'il cherchait à décortiquer le rein; il dut l'enlever par

morceaux, il plaça un clamp, arriva jusqu'au pédicule et enleva tout le rein, sauf la partie comprise dans le clamp; il sutura le péritoine et bourra la cavité restante de gaze iodoformée. Les débris du rein qu'on put recueillir pesaient 1 800 grammes. La malade qui était dans un état lamentable a complètement guéri.

En résumé, il y a deux méthodes d'ablation du rein par la voie transpéritonéale, la meilleure pour les tumeurs volumineuses : une première méthode qui consiste à réduire le pédicule, l'autre qui consiste à laisser la poche en communication avec l'extérieur. La première méthode est préférable, à condition qu'on n'ait pas affaire à des lésions suppurantes.

M. Terrillon termine en présentant un rein qu'il a enlevé le matin même et qui paraît atteint d'épithélioma.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des chirurgiens des hôpitaux a voté, dans sa séance de mercredi, les deux propositions suivantes, à l'unanimité :

1° Il n'y a pas lieu de modifier le concours actuel pour la nomination des chirurgiens des hôpitaux;

2° Tout chirurgien pourra se faire assister et remplacer dans son service, par *un chirurgien du Bureau central*, de son choix.

— La Société se réunit mercredi prochain, pour les modifications à apporter dans le service des consultations externes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 21. — MARDI 17 FÉVRIER 1891. 64e ANNÉE. MARDI 17 FÉVRIER 1891. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — LABORATOIRE DE L'HÔPITAL ANDRAL. Les divers facteurs de l'acidité gastrique. — SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 16 février 1891.

Les médecins de l'hôpital Saint-Louis, réunis en commission d'étude, ont, on le sait, étudié de la façon la plus régulière, la plus minutieuse et la plus méthodique, l'action de la lymphe de Koch sur la tuberculose de la peau et sur le lupus. Dans une communication préalable à la Société de dermatologie, ils ont fait connaître surtout les accidents observés à la suite des injections du nouveau remède.

Les différents malades avaient eté réunis dans une salle commune ; des élèves de garde les surveillaient d'une façon spéciale, jour et nuit, relevant et inscrivant sur des feuilles uniformes les phénomènes observés. Il était impossible de procéder d'une façon plus scientifique, dans des conditions meilleures à tout point de vue.

Les médecins de Saint-Louis avaient toute la compétence nécessaire pour observer les tuberculoses cutanées et les lupus ainsi traités, et pour comparer les résultats obtenus à ceux que donnent les procédés habituellement usités. Aussi leur opinion sur la valeur de la méthode nouvelle était-elle attendue avec curiosité.

Ils n'ont pas cru devoir rédiger un rapport commun ; ils ont préféré prendre successivement la parole pour exposer, en toute liberté individuelle, les résultats de leurs observations et formuler leurs conclusions.

M. Ernest Besnier, en sa qualité de *senior*, a lu, le premier, une remarquable note sur le traitement de la tuberculose cutanée et du lupus par la lymphe de Koch. On trouvera, d'autre part, le résumé de cette étude, dont tous les auditeurs ont admiré l'esprit élevé et la lumineuse clarté. Il est facile de la résumer : les dangers de l'injection de la toxine de Koch, de la *tuberculine*, sont trop grands, ses effets utiles trop incomplets, trop passagers, pour que le médecin soit autorisé à s'en servir, s'il a quelque souci de l'humanité et quelque respect de la vie de ses semblables. La lymphe est plutôt inférieure que supérieure aux procédés thérapeutiques habituellement usités.

L'amélioration du lupus est passagère. Il ne tarde pas à s'accroître de nouveau lorsque l'on cesse le traitement, et comme, au bout de quelque temps, il devient réfractaire à l'action de la lymphe, on se trouve dans une véritable impasse.

M. Besnier ne se sent ni le courage ni le droit de soumettre des malades aux souffrances, aux angoisses terribles auxquelles il a vu en proie bon nombre des lupiques traités par le procédé allemand. Il ne se servira donc plus de la lymphe.

M. Hallopeau a fait des déclarations presque identiques. Il a fait ressortir que, sur bien des points, les phénomènes observés étaient en contradiction flagrante avec les affirmations de Koch. Il ne se servirait de la lymphe que chez des malades disposés à courir quand même les dangers de la méthode pour chercher la guérison d'un lupus rebelle à tout autre mode de traitement.

Comment comprendre que certains médecins allemands vantent encore les bons effets du remède de Koch ? Se servent-ils de la même substance que les autres ? La lymphe est-elle un produit constant ? Il n'est pas permis de supposer en effet qu'ils ne sont pas de bonne foi et qu'ils n'ont pas leur liberté scientifique.

LABORATOIRE DE L'HOPITAL ANDRAL

Les divers facteurs de l'acidité gastrique.

Par Albert MATHIEU et A. RÉMOND (de Metz).

Dans des communications antérieures à la Société de biologie (1), nous avons fait connaître le procédé dont nous nous servons pour déterminer quelques-uns des facteurs de l'acidité gastrique ; les recherches que nous avons faites, depuis cette époque, nous ont amenés à un certain nombre de remarques qui ne sont peut-être ni sans intérêt, ni sans utilité.

L'acidité du suc gastrique, au cours de la digestion, représente le total de plusieurs éléments : on peut y distinguer : 1° l'acidité due aux acides organiques susceptibles d'être dissous par l'éther ; 2° l'acidité due à l'acide chlorhydrique libre ou tout au moins volatil ; 3° l'acidité des acides en combinaison organique, et, 4° enfin, l'acidité des sels acides, des phosphates, qui, MM. Hayem et Winter l'ont bien démontré, ne jouent qu'un rôle négligeable dans le total que nous envisageons.

Les acides organiques libres, on peut les doser par l'éther

(1) Séances du 16 et du 23 novembre 1890.

en s'appuyant sur la loi des coefficients de partage de Berthelot. Pour faire le dosage de l'acide chlorhydrique libre, MM. Hayem et Winter chassent, tout d'abord, l'acide chlorhydrique par évaporation au bain-marie, ils comparent alors la richesse en chlore du suc gastrique avant et après cette évaporation. Nous leur avons emprunté l'idée de cette opération, mais nous estimons la quantité d'acide chlorhydrique perdue en titrant comparativement l'acidité avant et après le bain-marie, en tenant compte de la quantité des acides organiques perdus.

Quand, de l'acidité totale, on soustrait celle qui est due aux acides organiques enlevés par l'éther, ou, plus exactement, susceptibles d'être enlevés par lui, il reste une somme qui représente surtout les acides en combinaison organique, en combinaison avec des substances d'origine albuminoïde. C'est de cette acidité qu'il importerait avant tout de reconnaître les divers facteurs, car elle renferme certainement les produits utiles de la digestion chlorhydro-peptique. Le but cherché est de déterminer la quantité et la qualité de ces produits par des moyens utilisables en physiologie et en clinique. Nos recherches nous ont amenés à un certain nombre de remarques qui ne tranchent pas la question, évidemment, mais qui constituent, cependant, des points de repère d'une certaine valeur.

Lorsque l'on fait comparativement le *titrage du suc gastrique*, par une solution de potasse, *en présence de la phénol-phtaléine et du tournesol*, on obtient des résultats différents. L'acidité titrée en présence du tournesol est notablement plus faible que l'acidité en présence de la phénol-phtaléine. Il y a donc dans le suc gastrique des substances qui sont acides vis-à-vis de la phtaléine et qui ne le sont pas, au même degré tout au moins, vis-à-vis du tournesol.

La peptone, l'albumine acide et la leucine font partie de cette série. Les peptones du commerce (nous en avons examiné trois) sont neutres pour le tournesol et acides pour la phénol-phtaléine. Il n'en est pas tout à fait de même pour la peptone *pure* préparée par le procédé Henninger que M. Villejean, agrégé de la Faculté et pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, a bien voulu étudier pour nous à ce point de vue. Elle est à la fois acide au tournesol et à la phénol-phtaléine, mais dans des proportions très différentes. En effet, il faut 12 centimètres cubes d'une solution décinormale de potasse correspondant à $0^{gr}0438$ d'acide chlorhydrique pour faire virer la phtaléine, lorsqu'on ajoute la liqueur alcaline à une solution qui renferme 1 gramme de peptone pure pour 50 centimètres cubes d'eau distillée. Il ne faut que 2 centimètres cubes de la solution décinormale pour faire virer le tournesol du rouge au bleu.

L'acidité de la peptone pure est donc, pour 1 gramme, équivalente à $8^{mgr}76$ d'acide chlorhydrique, quand on la mesure en présence de la phtaléine, et seulement à $0^{mgr}7$ quand on la mesure en présence du tournesol.

Si la peptone était seule à jouir de cette propriété, chaque fois que nous trouvons un excès de $3^{mgr}65$ de la phtaléine sur le tournesol, nous devrions admettre qu'il y a 1 gramme de peptone dans le liquide examiné.

Mais l'albumine acide jouit de la même propriété, ainsi que la leucine, ce dont nous nous sommes assurés par des expériences directes. Il en est, sans doute, de même d'autres substances albuminoïdes (la pro-peptone en particulier) ou dérivées des albuminoïdes.

Si les substances albuminoïdes étaient les seules, qui, dans le suc gastrique, fussent ainsi acides à la phtaléine beaucoup plus qu'au tournesol, par le titrage successif à l'aide de ces deux réactifs indicateurs, on pourrait, chose précieuse, évaluer la quantité des albumines dissoutes, en voie de digestion, et mesurer ainsi le travail peptique exécuté par l'estomac. Malheureusement elles ne sont pas les seules; d'autres ont également cette propriété. Il est facile de s'en assurer en pratiquant des digestions artificielles et en faisant varier la quantité des acides organiques ajoutés. On voit ainsi que la différence entre les deux acidités (par le tournesol et la phtaléine) augmente dans une proportion considérable à mesure que s'élève l'acidité totale.

Deux conclusions importantes sont à tirer de ce fait : 1° que le surplus de l'acidité par la phtaléine sur l'acidité par le tournesol est due à autre chose qu'aux substances azotées ; 2° que les acides organiques n'existent pas seulement à l'état libre, mais aussi à l'état combiné.

Un autre fait prouve, du reste, que les acides organiques sont aussi en combinaison. C'est que, par l'éther, on n'en retrouve qu'une quantité notablement inférieure à celle que l'on a ajoutée au liquide des digestions artificielles, ou au suc gastrique naturel. C'est là une notion très importante qu'il faut prendre en bonne note.

Nous avons dosé l'acidité d'une quinzaine de sucs gastriques successivement en présence des deux substances indicatrices : dans la majorité des cas, la différence varie entre $0^{gr}40$ à $0^{gr}60$ p. 1000; en moyenne, par conséquent, $0^{gr}50$. Si nous nous basons sur les chiffres trouvés par M. Villejean, nous devons admettre que la peptone correspond, au point de vue de son acidité, au 1/23 de son poids estimé en acide chlorhydrique. Si donc, il ne s'agissait que de la peptone ou même des substances albuminoïdes acides, on devrait penser que, chez les individus examinés, il y avait environ 10 grammes p. 1 000 de substances albuminoïdes dissoutes; d'autre part, comme dans ces conditions de repas d'épreuve, la quantité de liquide contenu dans l'estomac est de 250 grammes au maximum, il en résulterait qu'il y aurait environ $2^{gr}50$ ou 3 grammes d'albumine dissoute. Il faut avouer que c'est là un chiffre faible, et ce chiffre est encore certainement trop fort, ainsi qu'il résulte de ce qui précède.

Cela ne démontre-t-il pas que le travail digestif complet de l'estomac est relativement très faible, qu'il ne peptonise d'une façon complète, qu'il ne rend définitivement assimilable qu'une quantité réellement minime de matière azotée (1)?

Est-ce à dire pour cela qu'il ne joue que le rôle d'un réservoir chimiquement inutile ? Évidemment non.

MM. Hayem et Winter ont fait connaître un très remarquable procédé d'analyse du suc gastrique. Il repose, on le sait, sur le dosage composé du chlore sous ces trois états : chlore fixe (à l'état de chlorure); chlore en combinaison volatile; chlore en combinaison organique fixe. Nous avons pu nous assurer, par des digestions artificielles, de la sensibilité et de l'exactitude de ce procédé d'analyse qui a ouvert

(1) Nous nous servons habituellement du repas d'épreuve d'Ewald (60 grammes de pain et 250 grammes de thé léger). On pourrait nous objecter que nous n'introduisons dans l'estomac qu'une faible quantité d'albumine, incapable de fournir une quantité élevée de peptone. Nous avons fait faire quelques repas d'épreuve beaucoup plus riches en substance azotée, et, dans la majorité des cas, nos chiffres n'ont pas été supérieurs à ceux que nous obtenions avec le repas d'Ewald. Du reste, la quantité de travail produit ne changerait sans doute pas la *proportion* du chlore en combinaison organique acide. C'est affaire de proportion et non de quantité absolue.

une voie nouvelle, qui a permis d'envisager les processus chimiques de l'estomac par un côté encore inexploré.

Ils ont fait voir que le chlore en combinaison organique varie de 1,55 à 1,80 p. 1000 (en acide chlorhydrique), à l'état normal, dans les conditions de digestion dans lesquelles nous nous sommes nous-mêmes placés. Que cette combinaison organique du chlore soit en rapport avec l'acte chlorhydro-peptique, cela ne peut faire aucun doute. Elle est tout au moins liée à cet acte dans une large mesure.

Que conclure de cela ? Sans doute que le travail de l'estomac, pour important qu'il soit quantitativement, est surtout un travail préparatoire. L'estomac ne fait que préparer les aliments à la digestion intestinale; il n'est pas destiné normalement à rendre directement assimilables les matériaux azotés qui lui sont confiés. Il les désagrège, les dissout, commence à les digérer, en peptonise même une petite partie; mais il est probable que l'intestin doit achever et parfaire un travail qui n'a été qu'ébauché. Il est très vraisemblable encore que, par son acide chlorhydrique, il restreint et modère les fermentations organiques qui, sans lui, tendraient à devenir exubérantes.

Deux choses sont donc surtout à envisager dans le contenu de l'estomac : la nature de la sécrétion de la muqueuse et les fermentations secondaires, qui peuvent être nuisibles par leur quantité ou par leur nature. La quantité de peptone produite n'a qu'une importance secondaire. A ce point de vue, il importe plus de savoir ce qu'aurait pu faire l'estomac que ce qu'il a fait réellement.

On est amené encore à la même conclusion par des considérations d'un autre ordre. MM. Hayem et Winter ont été les premiers à faire remarquer que la somme du chlore, contenu dans le suc gastrique sous forme d'acide chlorhydrique libre et de chlore en combinaison organique évaluée en acide chlorhydrique, est plus élevée que l'acidité totale de ce même suc gastrique. Il faut en conclure qu'une certaine quantité de chlore en combinaison organique se trouve en combinaison alcaline. L'acidité totale du suc gastrique étant, par exemple, 1,89 p. 1000, on trouve 0,44 d'acide chlorhydrique libre et 1,68 de chlore en combinaison organique, ce qui fait au total 2,12 (Hayem et Winter). Ou encore, si l'on retranche 0,44 de 1,89, on obtient une quantité inférieure à 1,68. Mais ce n'est pas seulement l'acide chlorhydrique libre qu'il faut déduire, c'est encore les acides organiques libres, les acides organiques combinés, l'acidité due à la peptone et les phosphates acides.

Dans un cas normal, avec 1,89 d'acidité totale, pour conserver cet exemple, on peut très bien avoir 0,40 à 0,50 p. 1000 d'acides organiques libres; 0,10 de phosphates acides, et peut-être 0,50 de peptone et d'acides organiques combinés (1). Cela fait à retrancher environ 1,44 à 1,54. La différence 0,45 ou 0,35 représenterait seule le chlore en combinaison organique acide. Et encore ces chiffres sont-ils peut-être trop forts.

Nous prenons comme exemple un cas dans lequel il y a de l'acide chlorhydrique libre, de l'acide chlorhydrique qui, par conséquent, réagit en présence de la phloroglucine vanilline. Or, M. Villejean a trouvé que la peptone masque 1/10 de son poids d'acide chlorhydrique vis-à-vis du réactif de Günzburg. Si l'on suppose $0^{gr}40$ d'acidité due à l'acide chlorhydrique en combinaison organique, cela correspondrait, par conséquent, à 4 grammes de peptone p. 1000. Soit 1 gramme environ pour les 250 centimètres cubes de liquide que renferme l'estomac, habituellement, dans les conditions où nous nous plaçons. Et encore, nous comptons ainsi en peptone toutes les substances albuminoïdes dissoutes.

(1) Si l'on en juge d'après les chiffres fournis par les digestions artificielles.

Nous sommes donc de nouveau amenés à cette conclusion, que le travail de peptonisation *complète* opéré par l'estomac est relativement très faible.

On s'explique très bien d'après cela que, chez certaines personnes d'une santé suffisante, le travail chlorhydropeptique soit très faible et même nul. Lorsqu'on se servait à peu près exclusivement des réactifs colorants, on était étonné de trouver de temps en temps des individus sains, qui, en pleine digestion, n'avaient pas trace d'acide chlorhydrique libre. MM. Hayem et Winter ont rencontré six cas d'apepsie absolue ou presque absolue. « Il est curieux, disent-ils, de constater que ces malades, pour ainsi dire privés d'estomac, ne présentent aucun trouble de la nutrition générale. Leurs urines sont peu riches en principes; on y trouve peu d'urée, peu d'acide urique, peu d'acide phosphorique, peu de chlorures. Il n'y a pas de dépérissement : quatre malades sur six ont même un certain embonpoint; les deux autres sont maigres mais l'ont toujours été.

Notons encore qu'aucun des malades dont il vient d'être question ne présente vestige d'anémie. »

Les auteurs ajoutent judicieusement : « Il est extrêmement probable que la digestion duodénale a une importance plus grande encore que celle qu'on lui accorde communément. Et, à ce propos, nous rappellerons que Czerny, en 1878, a extirpé l'estomac chez des chiens et a vu l'un de ses opérés survivre pendant cinq ans (1). »

Nous avons rencontré deux faits analogues : chez un malade du service de M. le professeur Debove, la digestion gastrique était nulle. On trouvait cependant dans l'urine 18 grammes d'urée. Dans l'autre cas, il s'agissait d'un externe du même service, vigoureux, se portant parfaitement, chez lequel la digestion stomacale était de beaucoup inférieure à la moyenne.

Ces faits sont, il nous semble, des arguments très sérieux en faveur de notre manière de voir.

Nous sommes ainsi amenés à mettre au premier plan, dans la dyspepsie gastrique, les phénomènes éprouvés par le malade. Il importe, évidemment, de décider si un neurasthénique dyspeptique est ou non un hyperchlorhydrique, mais il importe peu que tel ou tel individu n'ait qu'une digestion gastrique inférieure à la moyenne, s'il ne souffre pas, et si son estomac ne devient pas le siège de fermentations excessives ou nuisibles.

Pour terminer, nous désirons faire connaître les résultats satisfaisants que nous obtenons en nous servant du vert brillant pour l'analyse qualitative du suc gastrique. Le vert brillant, dérivé de l'aniline, se présente en paillettes ou en fragments, d'une coloration d'un vert foncé, à reflets d'élythres de cantharides. En solution faible dans l'eau distillée, il a une teinte très nette. M. Lépine, qui l'a le premier employé pour l'examen du suc gastrique, a vu qu'il était très sensible à l'acide chlorhydrique, beaucoup moins sensible aux acides organiques. En présence de moins de 1 p. 1000 d'acide chlorhydrique libre, il vire du bleu au

(1) Hayem et Winter. *Chimisme stomacal*, pp. 244 et 245.

vert, virage très sensible. Avec un taux plus élevé d'acide, il passe au vert jaunâtre, feuille morte. Il faut, au contraire, 4 p. 1000 d'acide lactique pour le faire passer du bleu au vert, et encore le vert obtenu n'est-il pas si foncé que celui que donne l'acide chlorhydrique. L'un de nous s'en est beaucoup servi autrefois dans le service de M. le professeur G. Sée.

Depuis nous avons découvert que, non seulement l'acide chlorhydrique amène un virage du bleu au vert, mais encore qu'il décolore rapidement le vert brillant. Lorsqu'il contient une certaine quantité d'acide chlorhydrique libre (ou tout au moins d'acide chlorhydrique sous une forme volatilisable), le suc gastrique décolore très rapidement le vert brillant; la décoloration est évidente au bout d'une demi-heure et même moins; en vingt-quatre heures elle est quelquefois complète. Cette décoloration n'est due ni aux acides organiques (employés à une dose comparable à celle à laquelle ils se trouvent dans le suc gastrique), ni aux phosphates acides, ni aux peptones et propeptones, ni aux chlorures alcalins; elle n'est donc attribuable qu'à l'acide chlorhydrique. Du reste, sa rapidité et son degré sont toujours proportionnés au taux de l'acide chlorhydrique renfermé dans le suc gastrique.

Chose curieuse, la décoloration se produit encore lorsque l'on a chassé l'acide chlorhydrique par l'évaporation : il faut bien alors l'attribuer au chlore en combinaison organique faible, incomplète. Les peptones commerciales, qui paraissent être saturées d'acide chlorhydrique, ne décolorent pas le vert brillant.

Assez souvent, on voit un suc gastrique qui n'a fait virer ni la phloroglucine vanilline, ni le vert brillant, décolorer ce dernier d'une notable façon, en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

D'autres peuvent séjourner indéfiniment au contact de la solution bleue, sans qu'il se produise trace de virage. Cela ne se trouve que dans les cas de diminution marquée du pouvoir chlorhydro-peptique.

On pensera sans doute avec nous que le vert brillant peut rendre de réels services dans l'examen qualitatif du suc gastrique; son emploi permet de déceler la présence de l'acide chlorhydrique libre, et, d'une façon approximative, sa proportion. Par son virage et sa décoloration ultérieure, il permet de déceler, non seulement l'acide chlorhydrique volatil, mais même l'acide chlorhydrique que ne peut chasser la dessiccation au bain-marie. Ce sont là des données très importantes, reposant sur des manipulations très simples et directement utilisables en clinique. Elles ne mesurent pas le travail effectué par l'estomac, ce grand desideratum de tous ceux qui s'occupent de la physiologie de cet organe, mais elles indiquent avec une réelle netteté si le suc gastrique est le résultat d'une sécrétion normale ou viciée. C'est encore, à l'heure actuelle, le renseignement le plus certain et le plus utile que l'on puisse demander aux diverses méthodes : il faut savoir se contenter de ce qu'on a.

Il est à croire que l'acide chlorhydrique en combinaison organique, non volatilisable, fait partie des combinaisons acides qui agissent à la fois sur le tournesol et sur la phénolphtaléine. Le carbonate de chaux qui ne paraît pas attaquer, d'après nos recherches, l'acide chlorhydrique combiné à la peptone et à la propeptone, empêche le suc gastrique de décolorer le vert brillant; il agit donc, sans doute, sur les combinaisons d'acide chlorhydrique qui sont acides vis-à-vis du tournesol. On peut ainsi poser un certain nombre de jalons le long de la série encore inconnue des facteurs qui ont une part dans la constitution de l'acidité totale du suc gastrique. Un jour viendra, sans doute, où ces jalons fourniront, à la physiologie normale et pathologique, des points de repère d'une utilité de plus en plus évidente.

Nous pouvons, pour condenser la précédente communication, formuler les propositions suivantes :

1° L'acidité organique du suc gastrique est représentée, non seulement par des acides organiques libres, mais aussi par des acides combinés. Les acides organiques libres sont seuls enlevés par l'éther;

2° Quand on fait le titrage d'un suc gastrique, successivement, en présence de la teinture de tournesol et de la phtaléine du phénol, on trouve une acidité plus forte avec la phtaléine qu'avec le tournesol. Cette différence résulte de ce que la peptone est beaucoup plus acide en présence de la phtaléine que du tournesol. Il en est de même de l'albumine acide et de la leucine. Certains acides, en combinaison peut-être avec des substances azotées, agissent de la même façon, de telle sorte qu'on ne peut pas, actuellement tout au moins, estimer la quantité d'albumine dissoute d'après le surplus de l'acidité par le tournesol, sur l'acidité par la phtaléine;

3° Le chiffre relativement considérable de chlore en combinaison organique, que l'on constate par l'ingénieux procédé de MM. Hayem et Winter, indique qu'il se fait dans l'estomac un travail chimique d'une réelle importance *quantitative*. Si l'on considère que la plus grande partie de ce chlore combiné doit se trouver en combinaison alcaline; si l'on considère, d'autre part, la faible quantité de peptone que l'on est amené à admettre dans le suc gastrique à l'heure même où la digestion stomacale est à son maximum, on doit penser que le travail digestif exécuté par l'estomac n'est qu'un travail préparatoire. Ce travail est utile mais non indispensable, puisqu'il est à peu près nul chez des personnes d'une santé suffisante;

4° Il faut juger le suc gastrique en tant que *sécrétion;* le travail qu'il pourrait exécuter, à la rigueur, importe plus que celui qu'il fait réellement. Ce travail est, sans doute, surtout un travail de désagrégation et de dissolution des matériaux azotés qui les prépare à la digestion duodénale. Une faible quantité de ces substances subit seule dans l'estomac une digestion complète.

Il est à croire, d'après cela, que le rôle antifermentescible de l'acide chlorhydrique stomacal a une importance tout aussi grande que son rôle chlorhydro-peptique;

5° Le vert brillant est un réactif colorant très sensible, utile, non seulement par le virage qu'il donne immédiatement en présence de l'acide chlorhydrique libre, mais aussi par la décoloration qu'il subit ultérieurement sous l'influence de l'acide chlorhydrique libre ou faiblement combiné.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 février 1891. — Présidence de M. Besnier.

PRÉSENTATION DE MALADES

Gomme volumineuse du triceps crural. — M. FEULARD présente un malade qui porte, à la partie inférieure et externe

de la cuisse la cicatrice, incomplètement fermée, d'une volumineuse gomme syphilitique, rapidement et heureusement modifiée par le traitement spécifique. Ce malade a failli subir pour cette lésion l'amputation de la cuisse, et cela à deux reprises différentes, une erreur de diagnostic ayant été commise.

Cet homme, qui ne présente aucun stigmate de syphilis, a été pris, il y a deux ans, à la suite d'une chute, de douleurs dans la cuisse gauche, à la partie inférieure de laquelle s'est montrée bientôt une tuméfaction considérable. Une première fois, l'amputation fut déclarée nécessaire; le malade refusa. Quelques mois après, dans un autre service de chirurgie, l'amputation fut déclarée encore indispensable ; le malade s'enfuit. Il se mit entre les mains d'un empirique. Bientôt une ulcération se produisit au niveau de la tumeur, et enfin, à Saint-Louis, on fit le diagnostic de lésion gommeuse ; on institua un traitement spécifique énergique, et l'amélioration ne tarda pas à se produire.

Une chose était en faveur de la syphilis : les avortements successifs de la femme du malade, qui, après plusieurs fausses couches, a fini par donner naissance à un enfant hérédo-syphilitique.

Myosite gommeuse des muscles temporal et masséter. — M. DUGUET fait voir un malade de trente-deux ans, de bonne santé habituelle, qui a été pris, il y a quelques semaines, de céphalalgie et de douleurs dans la région temporale gauche. Bientôt une certaine tuméfaction s'est produite dans cette région, débordant sur l'arcade zygomatique, et la mâchoire s'est resserrée : par suite contraction du muscle temporal et du masséter. Ces deux muscles présentent un épaississement marqué, donnant l'idée d'une infiltration interstitielle. M. Duguet est persuadé qu'il s'agit d'une myosite gommeuse de ces muscles. Il a vu déjà un cas analogue. Chez ce malade, on ne trouve ni cicatrice, ni commémoratifs nettement syphilitiques; cependant, il y a quelques années, il a perdu ses cheveux. Cette alopécie a complètement guéri. M. Duguet est persuadé que la guérison se fera sous l'influence du traitement spécifique.

M. FOURNIER a vu, en ville, un cas analogue à celui que vient de présenter M. Duguet.

Il fait remarquer combien nombreuses sont maintenant les observations de syphilis ignorée, qui se révèle tout à coup par des accidents d'ordre tertiaire. Ces cas se rapportent à la syphilis acquise méconnue, à la syphilis héréditaire tardive, et peut-être aussi à la syphilis de seconde génération. M. Fournier appelle ainsi celle dont le petit-fils peut hériter de son grand-père. Il commence à croire à l'existence de cette forme particulière de syphilis héréditaire.

M. BARTHÉLÉMY fait remarquer qu'il s'agit, dans ces cas, de lésions musculaires, d'infiltrations diffuses, plus que de tumeurs gommeuses nettement limitées.

COMMUNICATIONS

Note sur la méthode de Koch appliquée au traitement de la tuberculose tégumentaire, et en particulier du lupus. — M. BESNIER. La commission formée par les médecins de Saint-Louis, pour étudier l'action de la lymphe de Koch sur la tuberculose tégumentaire, et plus particulièrement sur le lupus, a mis fin à ses expériences. Les malades soignés par les différents médecins avaient été réunis dans une même salle. Un service de surveillance extraordinaire, de jour et de nuit, avait été constitué ; et les élèves de garde, internes et externes, avaient, d'une façon régulière, noté sur des feuilles spéciales les phénomènes présentés par les inoculés. Les lupiques n'ont reçu les injections de lymphe qu'après un examen attentif et minutieux, et, chaque fois, la dose à employer, l'opportunité d'injections nouvelles, ont été spécialement déterminées.

Dans la séance précédente, M. Vidal s'est contenté d'une communication préalable. Les médecins de Saint-Louis ont pensé qu'il valait mieux attendre encore avant de faire connaître les résultats obtenus, de façon à ne rien faire avec précipitation et à observer encore les malades pendant plusieurs semaines.

Du reste, l'heure est actuellement plus propice pour une semblable communication. Le calme est rentré dans les esprits, et on sait actuellement ce qu'on injecte. Il faut cependant regretter que Koch n'ait pas fait connaître avec plus de détails sa technique et le résultat des expériences qu'il a faites sur les animaux.

M. Besnier a dépouillé 38 observations recueillies minutieusement; il en a dressé le tableau synoptique ; il rend compte de ses impressions et formule ses conclusions personnelles.

Tout d'abord, le traitement par la lymphe de Koch est souvent très douloureux, et on ne peut voir, sans être ému, les souffrances et les angoisses éprouvées par les malades. On sait déjà que plusieurs d'entre eux ont présenté des accidents très graves : aucun, heureusement, n'a succombé. Plusieurs cependant ont été en danger de mort. Ces accidents se sont produits même avec des doses faibles, prudemment ramenées au minimum nécessaire pour produire la réaction.

Il est certain que l'action locale de la lymphe ne détruit pas les bacilles et qu'elle ne stérilise pas les tissus tuberculeux. Il n'est pas même certain qu'elle ne favorise pas l'extension du travail de tuberculisation.

M. Besnier pense que la théorie de Koch, sur l'action locale de sa toxine, n'est pas soutenable. Koch, on le sait, prétend que les bacilles fabriquent une substance toxique qui diminue la vitalité des éléments cellulaires au contact desquels ils se trouvent. C'est précisément cette substance qui, extraite et injectée, vient renforcer l'action destructive produite par les bacilles, et la pousser jusqu'à production de nécrose. Les tissus tuberculeux sont ainsi détruits et éliminés. La chose est difficile à comprendre. En effet, on n'injecte dans l'économie qu'une quantité extrêmement faible d'une substance toxique, qui n'est pas un ferment, qui ne peut pas se multiplier dans l'organisme. Elle se trouve diluée dans une quantité relativement très considérable de liquide, puisque, pour parvenir aux points malades, elle emprunte la voie sanguine. On comprend mal alors l'action locale si énergique d'une quantité de substance aussi démesurément faible.

Il est donc plus vraisemblable qu'il y a une action centrale, et que ce qui produit la fièvre produit du même coup la réaction périphérique et localisée.

Quoi qu'il en soit, on observe tout d'abord, au niveau des lésions tuberculeuses, une tuméfaction inflammatoire avec exsudation; cette tuméfaction est suivie d'affaissement, puis de repullulation.

La réaction locale est plus intense notablement sur le lupus ulcéré que sur le lupus non ulcéré, sur le lupus tuberculeux que sur le lupus de Cazenave (lupus érythémateux). Cette tuméfaction, cette exsudation, sont l'affaire de quelques jours ; c'est un orage passager. Bientôt, la masse se réduit, la vascularisation s'atténue; il se fait une apparente cicatrisation. Le lupus n'est point pour cela détruit; il se reproduit bientôt, partiellement ou en masse. Ces phénomènes sont évidents surtout dans certaines régions, en particulier sur la lèvre supérieure. Le malade éprouve un soulagement marqué lorsqu'il s'agit d'un lupus qui intéresse les cavités naso-buccales. Les choses évoluent de même sur les muqueuses.

Lors des injections ultérieures, la réaction locale s'atténue de plus en plus, puis elle finit par disparaître totalement. On a beau augmenter les doses de lymphe, rien n'y fait, et le traitement se trouve ainsi arrêté. Cela ne tient nullement à la guérison des lésions, car elles vont bientôt repulluler. On a dit, il est vrai, qu'au bout d'un certain temps le malade redeviendrait sensible à la lymphe ; mais il serait déjà revenu à son état primitif. C'est donc une impasse. On a beau employer des doses très faibles et très espacées, le résultat est le même.

On a comparé quelquefois la réaction locale à l'érysipèle vrai. Cette comparaison n'est pas juste ; l'érysipèle produit des effets beaucoup plus favorables. Jamais, du reste, l'inflammation due à la

toxine de Koch ne présente l'intensité de l'inflammation érysipélateuse vraie.

En somme, l'effet favorable de la lymphe n'est nullement supérieur à celui des moyens thérapeutiques d'un usage courant. Dans les mêmes délais, on obtient avec eux une modification au moins égale, et même supérieure. C'est ainsi qu'une femme, qui ne pouvait pas supporter les injections et que l'on a soumise au traitement habituel, présente une amélioration plus marquée et plus solide, que les lupiques soumis pendant le même temps au traitement de la lymphe.

Si l'on se place au simple point de vue de l'action locale, la méthode de Koch est donc déjà inférieure aux moyens ordinaires. Elle a, de plus, le désavantage énorme d'être très douloureuse et très périlleuse. Les malades inoculés éprouvent des souffrances très vives; ils sont exposés à d'horribles angoisses et à de très grands dangers.

La fièvre provoquée a une intensité considérable; il peut se produire des accidents graves, parfois irréparables; des foyers tuberculeux, jusque-là latents, reçoivent un coup de fouet bien inutile. M. Besnier déclare donc qu'il ne continuera pas à se servir de la lymphe de Koch; il considère que le médecin n'en a pas le droit, s'il a le souci de l'humanité et le respect de la vie d'autrui.

M. **HALLOPEAU** formule des conclusions presque identiques. Il fait ressortir les points nombreux sur lesquels l'observation s'est trouvée en contradiction avec les affirmations de Koch. Koch a conseillé d'injecter une dose de lymphe dix à vingt fois trop forte; la fièvre dure quelquefois non pas quinze heures, comme l'a dit Koch, mais quarante-huit heures. Les malades ont présenté souvent, après ces accès de fièvre, des accidents marqués d'affaiblissement et d'anémie. On ne peut pas, comme l'a dit Koch, injecter la lymphe à doses régulièrement croissantes; la tolérance peut être, au contraire, longue à s'établir.

La lymphe n'a pas sur les tissus tuberculeux l'action élective que Koch lui attribuait, à preuve la réaction générale et locale très intense observée chez un lépreux.

Le liquide de Koch a une action pyrétogène et phlogogène intense; l'action phlogogène ne s'exerce pas que sur les lésions tuberculeuses. Un malade a présenté des pustules cutanées et une endocardite mitrale et aortique. Deux autres ont eu des phlegmons volumineux qui ont mis leurs jours en danger.

Les injections, faites à doses aussi minimes que possible, ne sont pas non plus sans danger; à leur suite, on a vu survenir l'arythmie cardiaque, l'anémie profonde, des abcès.

Ces injections si dangereuses ne sont que très insuffisamment efficaces. Une violente réaction locale, liée à une violente réaction générale, paraît être la condition prochaine des résultats merveilleux observés en Allemagne. Dans ces conditions, M. Hallopeau a vu, chez son premier malade, se produire une amélioration marquée et rapide, qu'on n'avait pas obtenue par un traitement au thermocautère poursuivi pendant quatre ans. Mais ce malade ne réagit plus, et son lupus se reproduit. Il en est habituellement ainsi, et l'amélioration constatée n'est que passagère. Les lupus ulcérés ne sont pas plus favorablement influencés que les autres.

En résumé, les dangers que fait courir cette méthode de traitement sont hors de proportion avec ses avantages possibles. M. Hallopeau s'abstiendra donc, jusqu'à nouvel ordre, d'avoir recours à cette médication. Il ne traitera par ce procédé que des malades qui, bien et dûment avertis des dangers qu'ils courent, désireraient passer outre, et chercher quand même ainsi la guérison d'un lupus rebelle aux autres modes de traitement.

Pityriasis rosé chez une syphilitique. — M. RENAUT présente une malade qui offre la curieuse coïncidence d'une roséole syphilitique et d'un pityriasis rosé.

Nouveau cas d'acnitis (folliculites généralisées et disséminées). — M. BARTHÉLÉMY. Il s'agit d'un malade de la policlinique de M. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis. Il n'a pas d'antécédents morbides personnels, ni héréditaires. On ne lui trouve qu'une légère dilatation de l'estomac et quelques intermittences sans souffle au cœur; ni glycosurie, ni albuminurie. Pas de syphilis.

Début assez brusque, à la fin de mars 1890, par des boutons, d'abord au menton, puis au front, au cuir chevelu, enfin sur les joues et les oreilles. Après avoir formé une petite nodosité qui durait une huitaine de jours environ, l'élément éruptif s'ouvrait pour livrer passage à une petite quantité de pus mêlé de sang. Puis se formait soit une simple macule d'un brun rouge, soit une cicatrice pigmentée.

Peu à peu le cou, surtout sur ses faces latérales, puis les bras et les avant-bras, surtout dans les régions antéro-interne et postérieure, furent envahis. Quelques lésions seulement se développèrent aux membres inférieurs. Pas une seule sur le tronc, ni sur les épaules, ni sur la poitrine. Ce fut en mai que l'éruption acquit toute son intensité. Mais elle ne cessa pas jusqu'en novembre, où, après avoir été à Vichy, le malade vint à Saint-Louis (décembre 1890).

En janvier 1891, l'évolution de l'affection est presque terminée, mais après avoir duré dix mois. Le 14 janvier, il n'y a plus que trois boutons en activité; encore sont-ils exclusivement dermiques.

Ce malade n'avait jamais eu auparavant un bouton sur le corps et notamment pas d'acné ni sur la face, ni sur le tronc; l'affection, d'abord discrète, est rapidement devenue très abondante à la face, puis s'est étendue aux membres thoraciques, aux avant-bras et au dos des mains, sièges insolites pour l'acné, dont l'élément éruptif ne réalise, d'ailleurs, ni le processus, ni l'aspect. Il n'y a pas de trace de poussée antérieure d'acné et il est bien insolite qu'à sa première apparition, l'acné se généralise aussi rapidement. Les mains, les oreilles et les pourtours des aisselles, la fesse gauche, ici envahis, sont rarement atteints d'acné.

D'autre part, aucun des éléments éruptifs n'a été douloureux, comme il n'eût pas manqué de l'être, s'il se fût agi de furonculose ou d'ecthymatose.

Il semble donc bien qu'on soit en droit de porter ici, bien que l'affection soit à son déclin, le diagnostic de folliculites généralisées d'une part, disséminées d'autre part; comme elles ne sont pas fusionnées, ni même agminées comme dans la folliclis, je pense qu'il me sera permis de proposer ici le diagnostic rétrospectif d'*acnitis*.

Les lotions boriquées, les applications d'huile phéniquée, le salol à l'intérieur ont paru donner à M. Besnier des résultats satisfaisants, bien qu'employés lorsque l'éruption terminait son évolution.

Syphilis conceptionnelle. — M. PAUL RAYMOND rapporte un curieux exemple de syphilis conceptionnelle. Un homme, syphilitique depuis 1874, s'était soigné pendant deux ans après son chancre et n'avait présenté, à partir de cette époque, aucun accident spécifique; il se marie. Il a, en 1878, un premier enfant sain; en 1880, un second enfant syphilitique; en 1882, un troisième enfant sain, comme le premier.

La mère n'avait jamais eu aucune manifestation syphilitique. Cette année même, elle se présentait à M. Raymond avec une éruption de syphilides tuberculo-squameuses de la cuisse. Elle était donc syphilitique, et c'est précisément sans doute parce qu'elle était syphilitique, que, suivant la loi de Colles, elle est restée indemne en apparence, en présence d'un enfant atteint de syphilis congénitale. Il est curieux de constater que, chez elle, l'infection est restée latente pendant dix ans.

Ce fait confirme l'opinion de M. Fournier, qui prétend que, si la mère ne prend pas la syphilis de son enfant, c'est qu'elle est elle-même déjà syphilitique.

M. Raymond fait remarquer, en terminant, combien les enfants hérédo-syphilitiques ont une santé fragile. Ils ne manquent pas d'être atteints, et souvent avec une grande gravité, par toutes les maladies régnantes. C'est une remarque que confirme M. Besnier.

M. FOURNIER dit que l'intérêt de l'observation précédente est surtout dans ce qu'on voit un enfant syphilitique venir après un enfant sain. Habituellement, il n'en est pas de même; les premiers enfants sont syphilitiques, les derniers ne le sont pas. Il a vu, pour sa part, des faits semblables. Cela prouve que la naissance d'un enfant sain ne doit pas rassurer pleinement pour les enfants à venir, lorsque le père est syphilitique.

La prochaine séance aura lieu, le jeudi 12 mars, à neuf heures trois quarts, à l'hôpital Saint-Louis. A. M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de la Guerre vient de décider que l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale aura lieu en 1891, dans les conditions suivantes (19e corps excepté) :

Réserve. — 25 médecins-majors de deuxième classe et 232 médecins aides-majors de première ou de deuxième classe, seront convoqués, par moitié, pour une période de vingt-huit jours, en deux séries : la première, du mercredi 6 mai au mardi 2 juin; la deuxième, du jeudi 1er octobre au mercredi 28 octobre.

Armée territoriale. — 50 médecins-majors de deuxième classe et 234 médecins aides-majors de première ou de deuxième classe seront également convoqués par moitié, pour une période de treize jours : la première, du mercredi 21 mai au mardi 2 juin; la deuxième, du vendredi 16 octobre au mercredi 28 octobre.

Tous ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile.

Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie ou à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans les corps d'armée où ils sont domiciliés.

Le choix des commandants de corps d'armée devra porter de préférence :

1° Sur les médecins qui n'ont pas encore été convoqués, en commençant par les plus jeunes de grade;

2° Sur ceux qui, réunissant les conditions d'ancienneté nécessaires, auront demandé à faire un stage afin de pouvoir bénéficier des dispositions du décret du 19 décembre 1889.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Les intéressés sont d'ailleurs prévenus que ceux qui ne pourraient accomplir leur stage pendant la première période, l'accompliraient pendant la seconde et inversement.

— Par décret, en date du 11 février 1891, ont été nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin inspecteur de première classe. — M. le médecin inspecteur de deuxième classe Treille.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. les médecins principaux de la marine Cauvy et Ayme.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe de la marine Clavel, Hercouet et Rangé.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe de la marine Terrin, Camail, Delay, Simond, Vergoz, Le Ray, Pinard et Pineau.

Ont été nommés avec leur ancien grade, et pour prendre rang à la date de leur brevet :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de première classe de la marine Couillebault, Garnier et Rançon.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins de deuxième classe de la marine Guerchet et Pierre.

Ont été promus dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine Huot et Jacquin.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Boinet, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de pathologie interne et de pathologie générale.

— *Faculté libre de Lille.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Pérignon, Didier, Franchomme et Mahieu. — *Interne provisoire* : M. Drappier.

— M. le docteur Thouvenet, ancien médecin du lycée de Limoges, est nommé médecin honoraire.

— M. Chaffard, chef de clinique ophthalmologique, commencera un cours d'optique physiologique le vendredi 20 février 1891, à cinq heures (amphithéâtre Dupuytren), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 22. — JEUDI 19 FÉVRIER 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 19 FEVRIER 1891. — Nº 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. I. Diagnostic des érythèmes fessiers; — II. Suites éloignées du croup et de la trachéotomie; — III. Traitement du tænia; — IV. Coryzas aigus et broncho-pneumonie chez les jeunes enfants; — V. Indications de l'arsenic en thérapeutique infantile. — Entasis et dyspepsie entasique. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la dépopulation et sur la question connexe de la vaccination obligatoire continue son cours. M. Le Fort a répondu à ses adversaires. Personne plus que lui n'est partisan de la vaccine, et il est d'avis qu'il faut la propager par tous les moyens possibles; mais il faut respecter la liberté du citoyen, et on n'a pas le droit de lui imposer de se faire vacciner. Par contre, l'isolement et la déclaration des maladies contagieuses étant d'excellentes mesures prophylactiques, ces mesures doivent être rendues obligatoires. Telle est la manière de raisonner de M. Le Fort qui, cependant, de son propre aveu, aimerait mieux se faire vacciner tous les matins que d'être obligé de rester huit jours sans sortir de chez lui.

De deux choses l'une : ou l'on doit mettre au-dessus de tout le respect de la liberté individuelle, et alors n'imposez ni la vaccine, ni les mesures, autrement vexatoires, de l'isolement et de la séquestration; ou bien l'intérêt général doit primer l'intérêt particulier et, puisque nous sommes assez heureux pour avoir, dans la vaccine, un moyen prophylactique sûr, efficace et inoffensif, commençons par l'imposer avant tout autre. Voilà, ce nous semble ce qui serait logique. Mais nous avons de la peine à comprendre comment, alors que l'on considère la vaccine obligatoire comme une atteinte si grave à la liberté, on se montre si partisan de l'obligation d'une mesure bien autrement attentatoire à cette même liberté. A cela, M. Le Fort répond que la vaccine peut être dangereuse, tandis que l'isolement ne l'est pas, et il a de nouveau mis en avant le spectre de l'inoculation possible de la tuberculose avec le virus vaccinal. Cette crainte peut-elle s'appuyer sur une seule observation ou même sur un seul fait expérimental? M. Le Fort sait bien que non, et il le sait si bien que lui-même ne croit pas à ce danger, mais il suffit que d'autres y croient pour qu'il ne veuille pas leur imposer la vaccine, en raison même de la peur qu'ils peuvent avoir de cette ombre de danger. Ce n'est plus seulement la liberté de l'individu que respecte ici M. Le Fort, mais bien son ignorance et sa poltronnerie.

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Hervieux, pour un rapport sur la communication faite par M. Créquy. Cette communication, on se le rappelle, était une nouvelle confirmation des bienfaits de la revaccination pratiquée chez les employés des chemins de fer de l'Est : M. le rapporteur n'a pas manqué de faire remarquer qu'ici les revaccinations ont été toutes-puissantes, et que l'isolement n'a été pour rien dans les résultats obtenus.

Après le discours de M. Le Fort, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Féréol sur les candidats au titre de membre correspondant dans la première division (division de médecine). La liste de présentation est ainsi fixée : En première ligne, M. Brun (de Beyrouth); en deuxième ligne, M. Trastour (de Nantes); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Duché (d'Auxerre), Niepce (d'Allevard); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Bouchard (de Bordeaux) et Morvan (de Lannilis).

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. SIMON.

I. Diagnostic des érythèmes fessiers. — II. Suites éloignées du croup et de la trachéotomie. — III. Traitement du tænia. — IV. Coryzas aigus et broncho-pneumonies chez les jeunes enfants. — V. Indications de l'arsenic en thérapeutique infantile.

(Notes cliniques et thérapeutiques recueillies par le docteur A.-F. PLICQUE, ancien interne des hôpitaux.)

I. Le diagnostic différentiel des érythèmes fessiers syphilitiques et des érythèmes dus à des érosions post-diarrhéiques, offre des difficultés à peu près insurmontables. Deux enfants, l'un de quatre mois, l'autre de quinze, présentés à la consultation de l'hôpital, offrent tous deux sur les fesses, le scrotum, la région crurale des papules arrondies, disséminées, suintantes de coloration cuivrée. Chez le premier, le catarrhe nasal, la teinte grisâtre, jaune sale du front et du menton, l'aspect cachectique, une légère desquamation au niveau des sourcils, la lèvre supérieure lippeuse, saillante en avant, la lèvre inférieure tendue, droite, rigide, la commissure labiale légèrement éraillée, le boursouflement de la muqueuse anale, dont les plis rayonnés sont exagérés et grossis, les commémoratifs confirment la spécificité. Le second, au contraire, n'offre que

sa lésion locale; tout l'interrogatoire tend à faire admettre des érosions produites par la diarrhée dont il est atteint depuis plusieurs jours. L'aspect objectif des lésions n'en rappelle pas moins entièrement les papules syphilitiques. Dans le cas de lésions ainsi isolées, mieux vaut attendre quelques jours en observant l'enfant, que de donner de suite du mercure qui ne ferait qu'aggraver l'entérite. Le diagnostic de syphilis une fois établi, il y a, au contraire, avantage à toujours revenir au traitement spécifique, dans les accidents mêmes qui semblent le plus étranger à cette affection.

II. Les enfants qui guérissent après avoir subi la trachéotomie pour croup, sont relativement nombreux. Mais bien peu d'entre eux semblent ensuite atteindre et dépasser l'âge de vingt-cinq à trente ans. La plupart se développent mal, d'autres continuent à tousser. Voici, par exemple, une petite fille de onze ans, trachéotomisée il y a six ans. Elle est chétive, petite, maigre; elle tousse, paraît-il, presque continuellement depuis l'opération. La tuberculose est, chez elle, fort à craindre. J'ai vu beaucoup d'autres enfants succomber à des bronchites, à des broncho-pneumonies. Je viens d'en voir un mourir du diabète! Toutes ces complications éloignées, ces troubles du développement sont-ils le résultat de l'infection si profonde de la diphthérie, sont-ils dus pour une part au rétrécissement produit par la cicatrice de la trachée? La pathogénie est obscure, mais le fait clinique, au point de vue du traitement consécutif et des précautions à prendre, est important.

III. Dans le traitement du tænia, aucun vermifuge ne doit tout d'abord être jamais donné chez l'enfant, qu'après que le médecin a vu lui-même les débris de ver soit disant rendus. Très souvent les familles prennent pour des vers des mucosités d'entérite glaireuse, des débris d'aliments mal digérés. Le vermifuge serait alors inutile et nuisible. L'expulsion complète du tænia ne peut jamais être obtenue que par des précautions minutieuses. La veille au soir, l'enfant prend un grand lavement et ne fait qu'un repas très léger; il importe, en effet, d'assurer la vacuité de l'intestin. Dans la nuit, il prend une cuillerée de sirop d'éther dans de l'infusion de tilleul. Le matin, notre petit malade, qui ici a quatre ans, prendra 4 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle. Peut-être en lui plaçant les capsules à la base de la langue, en les poussant un peu avec le doigt, parviendra-t-on à lui faire avaler sous cette forme. Si c'est impossible, les 4 grammes seront donnés dans un verre d'infusion d'anis et de camomille, additionnée d'une grande cuillerée de curaçao. L'enfant boira ce mélange en une demi-heure. Pour prévenir les nausées et les vomissements quelques gorgées de champagne ou d'eau de seltz, sont ensuite utiles. Au bout d'une heure, on lui donnera 50 centigrammes de calomel et, plus tard, de petites tasses d'infusion légère de thé et de follicules de séné. Quand l'expulsion commencera, on aura soin de le faire asseoir sur un vase plein d'eau chaude; le contact d'un vase froid déterminerait une crispation, des coliques qui entraîneraient peut-être la rupture du ver. Si nous échouons, nous ne recommencerons nos tentatives que dans un mois, pour que le tænia ait acquis de nouveau un certain développement. Cette fois l'enfant refuserait sans doute la première préparation. Nous donnerons donc, avec les mêmes précautions, 15 grammes de pépins de courge émondés, réduits en pulpe, mêlés de sucre. Quant au kousso, à la décoction de grenadier sauvage, ne comptez pas les faire accepter par les enfants.

IV. Vous connaissez la gravité que le coryza prend chez les enfants nouveau-nés, en entravant l'alimentation. Le coryza aigu, accompagné de fièvre, n'est jamais une affection négligeable chez les enfants même un peu plus âgés. Voici, par exemple, un enfant de onze mois, il souffrait depuis plusieurs jours d'un coryza; depuis hier, il est brusquement plus malade; on nous l'amène ce matin; auscultez-le et vous trouverez du côté droit des râles, du souffle, une broncho-pneumonie étendue. J'ai vu, si fréquemment, ces propagations soudaines, analogues aux rhumes qui suivent les coryzas de l'adulte, mais autrement graves, que je n'hésite pas, au risque de passer pour alarmiste, à prescrire dans cette petite affection les précautions les plus minutieuses. Le moindre refroidissement causé par une promenade, un bain, le passage même dans une pièce non chauffée, détermine si facilement cette complication, que les recommandations de séjour complet à la chambre ne sauraient être trop impératives ni trop sévères.

V. L'arsenic est, vous le savez, un des médicaments que je prescris le plus fréquemment chez les enfants. Je l'emploie à peu près dans toutes les affections constitutionnelles : scrofule, arthritisme, nervosisme, goutte, malaria, dans les convalescences des maladies infectieuses, dans beaucoup d'affections cutanées. J'évite toutefois de le donner dans les dermatoses aiguës très prurigineuses; de plus, je ne le prescris guère avant deux ans. Comme administration je me défie de la liqueur de Fowler, si commode chez l'adulte, mais qui, chez l'enfant, amène si facilement des erreurs relativement au nombre des gouttes. J'emploie presque exclusivement la solution à 5 centigrammes d'arseniate de soude pour 250 grammes d'eau (1 milligramme par cuillerée à café). Je commence par une demi-cuillerée à café à chacun des principaux repas; suivant l'âge, j'atteins graduellement 1 et 2 milligrammes à chaque repas, mais j'ai soin de faire suspendre le médicament, au moins huit jours par mois, et souvent même une semaine sur deux. Avec ces précautions, l'arsenic ne m'a jamais donné que d'excellents résultats.

ENTASIS ET DYSPEPSIE ENTASIQUE

Par le docteur C.-L. Coutaret (de Roanne).

J'ai donné le nom d'*entasis* à tout effort musculaire, qui produit une lésion traumatique au niveau d'une région limitée de l'organisme.

Les livres classiques n'en font pas mention. A part les hernies, le coup de fouet et certains lombagos, il n'en est généralement pas parlé. Toutefois, les compagnies de chemins de fer ont inscrit l'effort musculaire sur leurs bulletins de maladies; et il ne faut pas être vieux praticien, pour en avoir observé un grand nombre, dans toutes les classes de la société.

Beaucoup de déplacements utérins ont cette origine; le rein mobile reconnaît fréquemment cette cause. J'ai vu des hématuries suivies de néphrite, à la suite d'un énergique déploiement de forces pour soulever un fardeau. Dans les mêmes conditions, il survient quelquefois des accidents

plus graves du côté de la poitrine. Il y a cinq ans, un jeune homme plein de vigueur, né de parents sains et revenant de ses vingt-huit jours, prêta son concours pour dégager un lourd véhicule embourbé; immédiatement il se mit à cracher du sang rutilant. L'hémoptysie dura trois fois vingt-quatre heures et laissa, pendant quinze jours, le malade dans un état d'accablement complet. Depuis ce moment, il a commencé à tousser. Au 10 décembre 1890, il est en pleine évolution tuberculeuse, sent un point permanent sous l'omoplate droite, et présente des râles fins dans toute la région sous-scapulaire du même côté.

Cet aperçu rapide montre l'importance du syndrome.

De l'entasis. — L'entasis se produit de deux manières différentes. L'énergie d'une contraction subite brise quelques fibrilles musculaires, comme dans le coup de fouet et le lombago traumatique. Il arrive aussi que l'effort pousse les organes profonds au travers d'un canal naturellement clos, ou leur ouvre un passage entre les couches musculaires elles-mêmes. C'est ce qui constitue les hernies inguinales, crurales et épigastriques.

Les tendons et gaines tendineuses sont également exposés à l'entasis. Une dame, très active et peu habituée aux travaux manuels, présente une douleur assez intense au niveau du petit radial et un peu aussi du cubital postérieur de la main droite. La souffrance à la pression s'étend, le long des deux tendons, jusqu'à cinq centimètres au-dessus de l'articulation; l'enflure est appréciable. La malade ne se plaint pas, quand la main est immobile; mais il lui est impossible d'écrire, et le moindre mouvement du pouce et du petit doigt réveille de fortes douleurs. Elle s'est fait un entasis tendineux, en aidant sa servante à tordre vigoureusement une nappe mouillée.

Un entasis analogue distend si fortement les nerfs, qu'il y détermine des névrites véritables. Le nerf sciatique est principalement sujet à cet accident. J'en ai relevé récemment deux observations typiques. La première, sur un homme fort, âgé de trente-six ans, qui, voyageant sur une route verglacée, avait sauté de voiture et était tombé sur le côté droit, non sans avoir fait son possible pour se retenir. La distension du sciatique gauche fut telle, que le blessé en souffrit pendant plus de six mois, sans pouvoir marcher, et ne guérit qu'après de longues séances d'électricité. Une dame de quarante-cinq ans, s'étant entravée dans un tapis, loin de son domicile, tenta vainement de prévenir une chute; elle tomba sur les genoux et rentra, néanmoins, chez elle facilement. Le lendemain, la marche fut impossible : la jambe et la cuisse gauches étaient le siège de douleurs et de fourmillements insupportables et présentaient une vive sensibilité à la pression, tout le long du trajet du nerf sciatique. Les symptômes aigus se calmèrent lentement; la malade put marcher avec peine, au bout de quinze jours, et assez aisément trois mois après. Mais le membre resta longtemps encore faible, manifestement atrophié, et comme rétracté douloureusement par une corde se terminant sur le bas de la jambe et le pied en une multitude de petits cordons enraidis.

Tel est l'*entasis externe*.

D'autres fois, le processus morbide est différent. Lorsqu'on fait un effort, tous les muscles à la fois entrent en jeu; il y a synergie musculaire. Supposons, qu'à un moment donné, l'effort s'opère en biais : la synergie disparaît, et une région musculaire restreinte du corps demeure inactive, pendant que les autres muscles se contractent à l'unisson. Les organes situés sous les muscles inertes, n'étant plus protégés par une compression uniforme, sont brusquement tiraillés; et le tiraillement peut aller jusqu'à la déchirure des attaches ou des parenchymes. Alors, nous sommes en présence de l'*entasis splanchnique*, auquel les chutes et autres accidents sont également capables de donner naissance. En voici un exemple.

Une voiture à quatre roues, dite française, contenant un cocher sur le siège et un jeune homme dans l'intérieur, allait grand train. Elle accroche un arbre avancé sur la route : la capote vole en l'air, sans que le cocher se soit aperçu de l'aventure; et le voyageur tombe sur le coccyx, en plein chemin. L'ébranlement de la colonne vertébrale fut si violent, qu'il détermina un évanouissement. Le blessé revint à lui, resta quelques jours étourdi, puis reprit ses occupations en ne pensant plus à sa chute. Depuis cette époque, il souffre dans la région sus-hépatique d'un point continuel, affectant des exacerbations fréquentes et compliqué d'une dyspepsie habituelle.

L'entasis est donc un accident qui n'est point à dédaigner, surtout lorsque ses effets retentissent directement sur l'appareil gastro-intestinal. Il diffère de l'entéroptose, en ce sens qu'il se produit brusquement et entraîne, comme nous le verrons, des complications inflammatoires. L'entéroptose, au contraire, se forme avec une extrême lenteur, et consiste en un prolapsus permanent de tout ou partie d'une région splanchnique, dont les ligaments suspenseurs ont été progressivement distendus et les angles de soutènement étranglés. L'entéroptose, essentiellement passive, ne se complique jamais d'inflammation. Le traitement des maladies de l'estomac comporte la connaissance exacte de ces deux états morbides et de leur diagnostic différentiel.

De la dyspepsie entasique. — Les affections des voies digestives sont à l'ordre du jour. Les recherches contemporaines ont modifié la conception de ces maladies, et mis en lumière des syndromes prédominants nouveaux, tels que : l'altération des sécrétions, l'inertie et l'hypersthénie des muscles lisses, la gastrectasie et l'auto-intoxication. Les symptômes qui fournissaient seuls, autrefois, les indications : douleur, vomissement, acidités, flatulence, anorexie, etc., sont passés au second plan, parce qu'ils dérivent des précédents.

Dans mon traité, *Dyspepsie et catarrhe gastrique*, j'ai résumé ces découvertes avec un soin scrupuleux. J'ai montré, en outre, que 45 p. 100 au moins des dyspeptiques étaient imprégnés d'une diathèse méconnue, la diathèse rhumatoïdale, et réclamaient impérieusement, au lieu des alcalins, l'intervention des acides minéraux forts : de l'acide sulfo-nitrique rabelisé vieux ou du peptogène acidule.

Les maîtres prennent position, au sein de l'Académie de médecine, dans leurs cliniques et dans des articles originaux. On sent approcher l'heure d'une révolution profonde dans la thérapeutique des dyspepsies. Chacun doit apporter ses documents, pour aider à la synthèse. Voilà pourquoi j'entreprends, aujourd'hui, de décrire une lésion commune et ignorée, qui trouble singulièrement les fonctions digestives, bien qu'elle soit placée en dehors de l'appareil gastro-intestinal. Je veux parler de la dyspepsie entasique.

Qu'une personne fasse un effort musculaire, susceptible de produire un entasis interne; c'est ordinairement dans

la région sous-diaphragmatique qu'elle se blesse. Elle ressent aussitôt une douleur à l'endroit où a porté le contre-coup. Ce point, quelquefois fort pénible et persistant, est souvent très supportable et passager. Mais, à partir de ce moment ou quelques jours après, le malade faiblit, ses forces l'abandonnent; il devient dyspeptique et incapable de lever des fardeaux. L'incapacité physique et la dyspepsie sont proportionnées à la gravité de la lésion locale; de telle sorte que le blessé continue à travailler peu ou prou et retarde d'autant sa guérison. Le malade connaît l'origine de son mal et n'en dit rien au médecin qui ne le croirait guère. Le peuple ne s'y trompe pas : dans son burlesque langage, il déclare que l'*estomac est décroché* et va chez le rebouteur. La mission du médecin ne comporte pas une incrédulité poussée jusqu'à la négation des faits. Nous devons nous efforcer d'élucider toutes les causes morbides.

Les lésions traumatiques, résultant d'un effort brusque et siégeant dans la région sous-diaphragmatique, ne sont explicables que par une déchirure partielle des attaches ou un décollement du péritoine. On conçoit qu'elles aient, pour premier, effet une rupture ou une fissure des organes friables contenus dans la partie supérieure de l'abdomen. De là, une péritonite circonscrite qui sera péri-hépatique, rétro-gastrique ou péri-splénique, selon le point précis sur lequel aura porté l'entasis.

On a rarement l'occasion de pratiquer des autopsies, à la suite de la mort par efforts musculaires. Plusieurs observateurs ont décrit des désordres trouvés sur le cadavre et provenant incontestablement d'une péritonite primitive et localisée sous le diaphragme. Hawkins, Hilton-Fagge et Foix ont publié, à ce sujet, des mémoires intéressants.

La péritonite circonscrite sous-diaphragmatique est de nature séro-adhésive; car l'exsudat se résout généralement bien avec le temps, et le malade finit par recouvrer ses forces et sa santé. Malheureusement, la terminaison n'est pas toujours aussi favorable. Pour peu que la cause traumatique, coup, chute ou effort, ait été très violente et ait agi sur une surface relativement large, la péritonite acquiert plus d'intensité. Elle reste néanmoins limitée là ou elle s'est développée, et n'a pas de tendance envahissante. Le blessé continue à aggraver son mal, ou à le prolonger indéfiniment, s'il ne s'abstient de tout travail exigeant des efforts musculaires.

Il est plus rare de voir la péritonite circonscrite aboutir à la suppuration : le pus s'ouvre un passage à la peau et dans les viscères. J'ai observé des abcès de cette nature, qui ont percé à l'épigastre, au niveau de la dernière côte gauche, sous la ligne axillaire et dans l'hypochondre au-dessus de la rate. D'autres entasiques vomissent du pus infect, avec des angoisses inexprimables; ou rejettent, par voie rectale, une grande quantité de liquides sanieux et horriblement fétides.

Ceux qui guérissent, après l'évacuation de l'abcès interne, reprennent lentement leurs forces, restent convalescents pendant huit à dix mois, et arrivent graduellement à se livrer aux labeurs pénibles, comme auparavant. Une investigation attentive démontre que tous ont commencé à dépérir, après un entasis nettement constaté. La terminaison par suppuration est exceptionnelle : le mal reste habituellement localisé et sans tendance pyogénique.

Les vétérinaires chargés du service des abattoirs observent communément, sur le bœuf, la déchirure des attaches rénales avec reins flottants et des décollements du péritoine en arrière du sternum. Les tissus sont décolorés, envahis par la dégénérescence fibreuse, avec épaississement du diaphragme. La région présente une inflammation, variant depuis la simple injection vasculaire jusqu'à la sécrétion de sérosité et au kyste. Le processus morbide est très certainement le même chez l'homme.

Si l'entasis se porte sur la partie postéro-inférieure du foie, il y a probabilité pour une ascite ultérieure; à moins qu'on ne diagnostique d'emblée la déchirure du péritoine et qu'on n'y porte remède sans tarder.

En somme, la dyspepsie entasique est la conséquence d'une lésion traumatique sous-diaphragmatique. En général, elle n'est pas fortement accentuée. L'appétit est conservé, la digestion bien que laborieuse s'opère quand même, et l'amaigrissement est insensible. Au début, il se produit des digestions pénibles, des douleurs épigastriques et même des vomissements; peu à peu, la dyspepsie diminue et devient tolérable.

Ce qui caractérise l'entasis, c'est que le malade est dans l'impossibilité de se livrer à un travail physique soutenu. Il a des dispositions laborieuses; mais ses forces le trahissent, et il demeure anéanti et désespéré. Pendant les premiers mois qui suivent l'accident, il ressent, au moindre effort, une douleur aiguë au niveau de la partie lésée; plus tard, le point disparaît et l'absence complète des forces musculaires persiste.

Les médications les plus rationnelles sont inefficaces et, grâce à la continuité de la cause méconnue, la maladie se prolonge durant des années entières. Les malades, ne sachant où donner de la tête, s'abandonnent aux sorciers et aux empiriques; et, le temps aidant, ils finissent par guérir après une interminable période d'impuissance.

On triomphe de la dyspepsie entasique en six, douze, dix-huit mois, pourvu que les patients se soumettent rigoureusement au seul traitement qui leur convienne :

1° Éviter sévèrement les efforts musculaires et tout travail demandant le développement, même modéré, des forces;

2° Appliquer quelquefois des sangsues, au début; plus tard, des révulsifs répétés, *loco dolenti* : vésicatoires, pastilles de potasse, emplâtres stibiés, fondants, pointes de feu, etc.;

3° Supprimer toute constriction exercée de haut en bas, par les corsets et vêtements serrés. Maintenir en permanence une pression régulière de bas en haut, à l'aide d'une ceinture ventrière large et bien adaptée;

4° Prendre les précautions diététiques communes à toutes les dyspepsies;

5° Améliorer les digestions.

Ces entasiques sont tous plus ou moins *hypo-chlorhydriques*; mais tous n'ont pas besoin d'acides pour mieux digérer. Ceux qui sont simplement dyspeptiques seront soumis à un régime sévère et useront d'aliments très digestibles : laitage, potages variés, féculents, légumes, fruits cuits et en purée, œufs frais; viandes blanches, vin largement étendu d'eau. Nous leur conseillerons, en outre, les alcalins, poudres absorbantes, la maltine, les laxatifs, etc.

A ceux, au contraire, qui portent les stigmates de la diathèse rhumatoïdale, je prescris les acides minéraux forts : l'acide sulfo-nitrique rabelisé vieux, ou le peptogène acidule, d'après les préceptes établis dans mon ouvrage.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 février 1891. — Présidence de M. TARNIER.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Lardier (de Rambervilliers), qui se porte candidat au titre de membre correspondant;

2° Un travail de M. le docteur Dupeyron, médecin-major, sur le vaccin, la vaccine et l'immunité vaccinale.

RAPPORT

Vaccination obligatoire. — M. HERVIEUX fait un rapport sur le travail lu, dans la dernière séance, par M. Créquy.

Les faits observés par M. Créquy montrent que les revaccinations, obligatoirement pratiquées sur les employés du chemin de fer de l'Est, ont eu pour résultat de faire disparaître presque complètement les cas de variole parmi ces employés et que l'isolement n'a été pour rien dans ces résultats, fournis par les revaccinations seules.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION ET LA REVACCINATION OBLIGATOIRE

M. LE FORT, partisan de la vaccine, montre par des preuves incontestables les immenses services qu'elle peut rendre. Le rapport du docteur Barry sur l'épidémie de Sheffield, en 1887, permet de juger cette question avec précision. Il a examiné individuellement au point de vue de la vaccination 275 378 habitants de Sheffield et visité 59 807 maisons, parmi lesquelles 3318 furent envahies par la variole. Sur les 18 756 personnes habitant les maisons contaminées, 18 020 avaient été vaccinées et 736 n'avaient subi aucune vaccination; sur les 18 020 vaccinés, il y eut 4151 varioleux et 552 sur les 736 non vaccinés; les vaccinés furent donc malades dans la proportion d'un quart et les non vaccinés des trois quarts. Il n'est pas douteux, d'autre part, que les revaccinés sont rendus aussi réfractaires à la variole que s'ils avaient déjà eu la maladie.

La vaccine a surtout pour effet de rendre la variole moins grave. A Londres, les non vaccinés, pris de variole, succombent dans la proportion de 30 p. 100, tandis que, sur les vaccinés ayant eu la petite vérole, la mortalité n'a été que de 3 p. 100, dix fois moindre. A Scheffield, la proportion fut la même. Il est impossible quand on constate ces faits de ne pas chercher, comme l'a fait M. Le Fort, à propager la vaccination et la revaccination et, loin d'être l'ennemi de la vaccine, il se plaint, au contraire, de ce que le service vaccinal soit si mal organisé en France, que les personnes habitant les petites villes et les villages ne peuvent faire vacciner leurs enfants facilement et gratuitement.

Tout en reconnaissant que la vaccine rend de si grands bienfaits, M. Le Fort repousse la vaccination rendue obligatoire par une loi.

Pour porter une atteinte aussi grave à la liberté individuelle, il faudrait qu'il fût démontré que la vaccination obligatoire est capable de supprimer les épidémies de variole. Or, il n'en est rien, la vaccination, aussi généralisée qu'on le suppose, est incapable de supprimer les épidémies; et, pour les prévenir, l'isolement des premiers varioleux est un moyen beaucoup plus puissant que la vaccine.

Les partisans de la vaccine obligatoire donnent pour preuve de son utilité l'abaissement réel de la mortalité par variole en Prusse, depuis la loi de 1874. Mais on sait qu'à la suite d'une épidémie de variole, la mortalité variolique s'abaisse pendant quinze ans; il n'est donc pas étonnant que le chiffre des varioleux se soit abaissé en Prusse, puisqu'en 1871 ou 1872, 136 000 personnes y sont mortes de la variole.

En Prusse, deux moyens sont opposés à la variole : la vaccination obligatoire et l'isolement des varioleux. On ne peut donc pas attribuer à un seul des moyens ce qui est certainement l'effet de la combinaison et de l'action simultanée des deux moyens. Après 1875, la mortalité par variole, en Prusse, continue à baisser jusqu'en 1877, puis elle remonte, et elle arrive au chiffre où elle était à Paris en 1889. Que fait alors le gouvernement prussien? Sachant, par expérience, l'heureuse influence de l'isolement, il étend, par l'ordonnance du 13 novembre 1883, à toute la maison, l'isolement, jusque-là limité à l'appartement du varioleux. A partir de ce moment, la décroissance de la variole se prononce et continue, de telle sorte qu'on serait tout aussi autorisé à l'attribuer à l'isolement qu'à la vaccination obligatoire.

La vaccine est obligatoire, depuis de longues années, dans les provinces annexées à la Prusse en 1866 ; en 1870, la mortalité par variole, en Prusse, a été de 116 p. 100 000, par conséquent la vaccine obligatoire n'a pas empêché l'épidémie. A Paris, depuis 1865, la mortalité par variole n'est, en moyenne, que de 20, et la mortalité la plus élevée, en 1880, n'est arrivée qu'à 99 sur 100 000.

On comprend facilement que la vaccine obligatoire ne puisse pas empêcher les épidémies. Une partie de la population des grandes villes, sans domicile fixe, échappe à l'obligation vaccinale ; d'ailleurs, il ne faut pas oublier deux choses, d'abord c'est que, sur 100 vaccinés exposés à la contagion, 23 prennent la variole; ensuite, c'est que le vacciné varioleux, quoique ayant, en général, une variole bénigne, donne tout aussi bien que le non vacciné une petite vérole grave. L'exemple de Sheffield montre que, dans une population réalisant l'idéal de la vaccination obligatoire, il peut exister de graves épidémies de petite vérole. A Sheffield, sur 274 112 personnes, 268 397, soit 98 p. 100, étaient vaccinées, 5 715 seulement n'étaient pas vaccinées. Parmi les 268 397 vaccinés, 63 654 avaient été revaccinés et 18 821 avaient eu antérieurement la variole. Dans cette population réalisant l'idéal de la vaccine obligatoire, il y eut 7 001 cas de variole, dont 5 851 chez des vaccinés et 75 chez des revaccinés; il y eut 653 décès, dont 279 chez les vaccinés, ce qui, pour une population comme celle de Paris, représente 50 510 cas de variole et 4860 décès. Certes, le désastre eût été bien plus grand si la population n'avait pas été vaccinée; mais l'exemple de Sheffield montre, d'une manière incontestable, que la vaccine obligatoire n'empêche pas les épidémies et qu'elle n'autorise pas à violer la première des libertés, celle du père de famille sur la santé de son enfant.

M. Le Fort fait l'histoire de l'épidémie de Sheffield et montre que l'isolement et la désinfection n'avaient pas été pratiqués.

Il n'admet pas la distinction que fait M. Brouardel entre les maladies évitables, comme la variole, et les maladies limitables, comme la diphthérie, la rougeole, la scarlatine. Il n'accepte pas qu'on se borne à limiter ces maladies qu'on peut éviter comme la variole, puisqu'elles n'existent que par la contagion. Il rappelle que si, de 1886 à 1888, nous avons perdu 9 820 varioleux, nous avons perdu 12 705 malades par la rougeole et 17 023 par le croup. Il importe tout autant de sauver ces 29 000 victimes que les 9000 varioleux; on ne peut y arriver que par l'isolement. M. Le Fort rapporte les exemples si remarquables de Londres, où, par l'isolement réel des varioleux, la mortalité est tombée de 1419 à 24, puis à 9, puis à 1 pour une ville de près de 5 millions d'habitants; il cite les bons résultats obtenus par l'isolement à Bordeaux et au Havre. Il montre que l'isolement et la désinfection ne peuvent être employés au domicile du malade que par l'effet d'une loi. Après avoir donné lecture des articles 459, 460 et 461 du Code pénal, applicables à l'isolement des animaux malades, il demande que la loi française fasse pour les hommes ce qu'elle fait pour les animaux.

On n'est pas autorisé à demander que la vaccine soit obligatoire, quand elle n'est même pas possible par suite de la non-organisation du service vaccinal.

Au lieu de demander les crédits nécessaires pour organiser ce service, on demande une loi qui rende la vaccine obligatoire. Si la loi continue à être repoussée, comme elle l'est depuis vingt-deux ans, le service vaccinal continuera à ne pas exister.

Nous avons la revaccination obligatoire pour l'armée, pour les

écoles, pour les lycées. Il ne s'agit donc plus, pour avoir les effets de la loi allemande, qu'à rendre obligatoire la vaccination des enfants, laquelle n'est, en France, que facultative. C'est pour ce mince résultat qu'on ajourne toute réforme et qu'on risque de compromettre la vaccine. Ce qu'il faut, c'est la vaccination des adultes et l'Allemagne n'a pas essayé de l'imposer par une loi, parce que cela n'est pas possible. Nous arrivons peu à peu, par une voie détournée, mais sûre, à la revaccination des adultes. Les Compagnies de chemins de fer imposent la revaccination à leurs employés, beaucoup de grands établissements industriels font de même, les médecins attachés à toutes les grandes usines obtiendront facilement l'adoption de cette mesure.

M. Le Fort montre comment la revaccination forcée des élèves, des ouvriers, des employés, ne viole pas la liberté individuelle, puisque l'élève est libre d'aller dans d'autres écoles que celles de l'État, et l'ouvrier d'aller dans des ateliers, des usines où la vaccine n'est pas obligatoire. Au contraire, la liberté est violée quand on rend la vaccination obligatoire pour tous les enfants d'un an, sans exception.

Pour apprécier l'atteinte portée à la liberté, il faut savoir se mettre à la place de celui qui croit, contrairement à toute preuve, que la vaccine prédispose à la tuberculose. Sans doute, le père, moyennant 15 francs d'amende ou cinq jours de prison, pourra éviter la vaccination à son enfant, mais une loi ne peut punir l'abstention, elle ne punit que les actes et, dans tous les cas, elle punirait d'une amende le fait d'avoir une opinion sur la vaccine contraire à celle de l'Académie.

L'orateur rappelle en terminant que, quoique directeur de la vaccine, Depaul, en 1881, s'est opposé énergiquement à la vaccination obligatoire, et insiste de nouveau pour que le service de la vaccine soit réorganisé et pour que l'isolement rigoureux des varioleux soit partout réalisé.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

22. M. Francken. Étude sur les bains de mer du littoral hollandais. — 23. M. Wirbel. De la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale. — 24. M. Diamantberger. Du rhumatisme noueux (polyarthrite déformante chez les enfants). — 25. M. Lafon. Des luxations sus-acromiales; traitement par la suture métallique. — 26. M. Albespy. Considérations sur les complications auriculaires de la grippe pendant la dernière épidémie. — 27. M. Poirier. Sur un syndrome hystérique simulant la pachyméningite cervicale hypertrophique. — 28. M. Mathis. Du traitement de la péritonite tuberculeuse. — 29. M. Briquet. De l'état du cœur gauche dans les lésions mitrales. — 30. M. Tournadour. De l'ostéomyélite de la colonne vertébrale. — 31. M. Rossignol. De l'intoxication iodoformique à la suite des pansements iodoformés ou de l'usage prolongé de l'iodoforme à l'intérieur. — 32. M. Moret. Contribution à l'étude du mutisme chez les aliénés. — 33. M. Pfender. Étiologie des luxations congénitales de la hanche. — 34. M. Klein. Contribution à l'étude de la climatothérapie en France. — 35. M. Colin (Henri). Essai sur l'état mental des hystériques. — 36. M. Lwoff. Étude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau. — 37. M. Roubinovitch. Hystérie mâle et dégénérescence. — 38. M. Barraud. Contribution à l'étude du traitement de la blennorrhagie. Le salol. — 39. M. Mirovitch. De diverses formes de l'ostéomyélite dite infectieuse chez l'homme au point de vue étiologique et leur traitement. — 40. M. Gofestre. Contribution à l'étude du traitement de l'endométrite du corps par le crayon de chlorure de zinc. — 41. M. Delteil. Des corps fibreux de l'utérus avec inversion (étude clinique). — 42. M. Chastenet. Essai sur les mélancoliques anxieux. — 43. M. Renault. De la douleur dans les maladies des yeux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 15 février 1891, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin-major de première classe Rivet, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Thouvenin, pour le 7e bataillon de chasseurs à pied; Gaillard, pour le groupe des batteries alpines des 2e et 19e régiments d'artillerie; Achard, pour le 30e bataillon de chasseurs à pied ; Petit, pour le 24e bataillon de chasseurs à pied; Février, pour les batteries à cheval de la 5e division de cavalerie; Mary, pour le 23e bataillon de chasseurs à pied; Batut, pour le 126e d'infanterie; Baissas, pour le 140e d'infanterie.

— Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central d'admission sera ouvert le lundi 11 mai 1891, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria.

Le registre d'inscription sera ouvert de midi à trois heures, du lundi 13 avril 1891 au lundi 27 du même mois.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Un concours pour la nomination d'élèves externes près les hôpitaux de Marseille, s'ouvrira le lundi 16 mars 1891, à trois heures du soir.

Un concours pour une place de pharmacien-adjoint, à l'hospice Sainte-Marguerite de Marseille, sera ouvert le lundi 25 mai 1891, à trois heures précises, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Le registre d'inscriptions sera ouvert le lundi 27 avril 1891, de deux heures à six heures du soir, et sera clos le vendredi 15 mai à six heures du soir.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Les listes de présentation faites par la Faculté sont les suivantes :

Pour la chaire d'histologie : en première ligne, M. Baraban, agrégé de la Faculté de Nancy ; en deuxième ligne, M. Tourneux, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille.

Pour la chaire de thérapeutique : en première ligne, M. Schmitt; en deuxième ligne, M. Simon; en troisième ligne, M. P. Parisot, tous trois agrégés de la Faculté de Nancy.

— M. le docteur Dubiau, directeur-médecin de l'asile d'Armentières, est nommé directeur-médecin honoraire.

M. le docteur Taguet est nommé directeur-médecin de l'asile d'Armentières.

M. le docteur Chambard est nommé directeur-médecin de l'asile de Lesvellec.

M. le docteur Maisnier est nommé directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu.

M. le docteur Rousset est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bron.

M. le docteur Dupain est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bailleul.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Clech (de Plougasno); Auguste Mathieu (de la Charité-sur-Loire) ; Nollet, médecin à Malzéville près Nancy.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, le mardi 17 mars 1891. — Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique, tous les jours, de une heure à quatre heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année (élèves docteurs et élèves officiers de santé). Pour prendre la seizième inscription, ces étudiants doivent avoir pris part à ces exercices.

Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves de quatrième année sont

inscrits sur la présentation de la quittance à souche, constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1891 (quatorzième inscription);

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités, les élèves ayant seize inscriptions, les docteurs français et étrangers, qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1890-1891 : Ces élèves seront inscrits sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 fr.);

3° Les élèves obligés devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à trois heures, du 9 février au 7 mars. — Après cette date, nul ne pourra être admis. — Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants;

4° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu le samedi 21 février à huit heures et demie très précises du soir, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente et, 14, rue des Poitevins : « La Chine à travers les siècles, vue par les étrangers », par M. H. Cordier, professeur à l'École des langues orientales vivantes. — Les projections seront faites par M. A. Molteni.

De la Malaria. Contribution à l'étude des maladies infectieuses d'origine cosmique à l'occasion de l'endémo-épidémie grave d'aérotellurisme protéiforme de 1889-1890, dans la commune de Ménerville (Algérie), par le docteur Edouard Pepper, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, précédé d'une introduction par M. le professeur Peter, membre de l'Académie de médecine. 1 beau vol. in-8° de XVI-288 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Dyspepsies — *Vin de Chassaing.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

56

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

. Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph^ies^.

56

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

20

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le **seul vin** de **Quinquina ne constipant pas** et **n'irritant pas les voies intestinales,** grâce à l'action tempérante *correctrice* que les principes adoucissants, digestifs et nutritifs de l'Extrait fluide de Malt exercent sur les éléments astringents du quinquina.

Dépôt central : SECRETAN, 52, r. Decamps, Paris.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal
et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

40

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES.

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, ph^en^ à Paris, et toutes les ph^ies^ de France et de l'étranger.

Paterson

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

47

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

99

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.
La boîte de 20 cachets à 0,25 c^gr^. . . . 2 *fr.*
Ph ^en^※, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

62

OSTÉINE MOURIÈS

Combinaison d'Albumine et de Phosphate de chaux.

Préparation honorée du prix Montyon (Institut de France) et de l'approbation de l'Académie de médecine de Paris.

Un rapport de l'Académie constate, à la suite de nombreuses observations cliniques qui y son relatées, les grands avantages de cette préparation dans l'état de grossesse, de lactation, dans l'alimentation des enfants, pour prévenir le rachitisme ou le guérir, favoriser la dentition et le développement du système osseux.

L'Ostéine Mouriès se présente sous deux formes qui permettent d'en varier l'emploi et d'éviter le dégoût :

a. En *semoule*, dont on fait chaque jour les potages, comme on ferait avec une semoule ordinaire ;

b. En *poudre;* sous cette forme, on la mélange aux potages, bouillies, chocolat, lait, café au lait, crèmes, soupes, panades, etc., etc.

Une mesure, qui surmonte chaque flacon, indique la dose à employer. Prix : 2 francs le flacon, avec une instruction pour l'emploi. Maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris.

04

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les

Affections aiguës et chroniques de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes

Ph^ie^ PELISSE, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

19

PHTHISIE, TUBERCULOSES

BRONCHITES, CATARRHES

LES CAPSULES COGNET

à l'Eucalyptol *ABSOLU* **iodoformo-créosoté**

constituent dans l'état actuel de la science
L'ANTIBACILLAIRE PAR EXCELLENCE

Paris, 4, rue de Charonne, et toutes ph^ies^.

43

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

Rigollot

23

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

Exiger la source du **Pavillon.**

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oradges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

63

GOUTTE

LIQUEUR DU Dr LAVILLE

Spécifique éprouvé de la **goutte.**

ACTION PROMPTE ET INFAILLIBLE

A TOUTES LES PÉRIODES DE L'ACCÈS.

1 à 3 cuillerées à café par 24 heures.

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM D'AUVERGNE

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

RHUMES. BRONCHITES. GRIPPE

DÉPÔT : Paris, F. COMAR et Cie, 28, r. St-Claude.

24

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, ph^ien^, ex-préparat^r^ à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

34

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

37

DRAGÉES GRIMAUD

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

14 récompenses.

INCONTINENCE D'URINE

Chlorose, Troubles utérins.

5 fr. dans t^tes^ Ph^ies^. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans t^tes^ Ph^ies^. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. De l'arthrodèse, par L. DEFONTAINE, membre correspondant de la Société de chirurgie, médecin en chef des Usines du Creusot. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

De l'arthrodèse.

Par L. DEFONTAINE, membre correspondant de la Société de chirurgie, Médecin en chef des Usines du Creusot.

BIBLIOGRAPHIE. — ALBERT. *Traité de chirurgie*, t. II, p. 254; — *Contributions aux opérations chirurgicales*, 1880, 1. II, p. 88; — *Presse médicale viennoise*, n° 23, p. 725; — *Journal central de chirurgie*, 1881, n° 48, p. 766 et 1888, p. 599. — VINIWARTER. XIVe congrès de la Société allemande de chirurgie, 1885, première partie, p. 141. — RIED. *Journal périodique allemand de chirurgie*, 1885-1886. — EURINGER. *Semaine médicale de Munich*, n° 6, 1889. — HOLTMAYER. Thèse inaugurale, Greifswald, 1888. — REYHER. *Journal central de chirurgie*, 1885, n° 14. — HEUSSNER. *Archives de chirurgie clinique*, t. XXXI, 1885, p. 666. — WOLFF. *Semaine médicale allemande*, 1886, nos 13 et 20; — *Journal central de chirurgie*, 1887. — KAREWSKI. *Société médicale de Berlin*, 1889, p. 453. — EULENBURG. *Semaine clinique berlinoise*, janvier 1890, n° 3. — LORENZ. *Journal général de médecine*, 1887, nos 12, 13 et 14. — RYDIGIER. *Journal central de chirurgie*, 1886. — LAMPUGNANI. *Journal central de chirurgie*, 1886. — SCHUSSLER. *Semaine clinique berlinoise*, 1887, p. 612. — ZINSMEISTER. *Journal périodique allemand de chirurgie*, t. XXVI, p. 498. — VON LESSER. *Journal central de chirurgie*, 1879 et 1886. — NICOLADONI. *Archives de Langenbeck*, vol. XXVI, p. 488. — PETERSEN. *Archives de chirurgie clinique*, vol. XXXVII, p. 235. — DEFONTAINE. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 29 mai 1889, p. 453. — KIRMISSON. *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*. — E. ROCHARD. *Revue d'orthopédie*, 1890, n° 2, p. 115. — KAREWSKI. Congrès international de médecine, section de chirurgie orthopédique, octobre 1890. — RAMALLY. Thèse de Lyon, série I, n° 591, janvier 1891.

L'arthrodèse (ἄρθρον, articulation; δέω, fixer) est l'*opération pratiquée sur une articulation saine, dans le but d'obtenir par la soudure des os une fixité rendue désirable par l'insuffisance des moyens d'union et principalement des muscles*.

Appelée aussi arthrodesis ou arthrocleisis, ankylose opératoire, soudure artificielle, opération des articulations paralysées, elle s'applique particulièrement aux articulations des membres.

Les méthodes opératoires employées pour la pratique de l'arthrodèse se rapprochent de celles qui sont utilisées pour les résections. Nous verrons, cependant, que la technique de ces deux sortes d'opérations est franchement distincte.

A un autre point de vue, l'arthrodèse diffère essentiellement des résections. Cela résulte de la définition même que nous en avons donnée. Ces dernières se proposent, dans la limite du possible, le rétablissement des mouvements. Le but principal des résections pathologiques est certainement la destruction des tissus malades, mais les résections orthopédiques ne visent que le rétablissement de fonctions entravées et quelquefois la cure de l'ankylose elle-même. Si, pour quelques résections, au genou par exemple, on recherche l'ankylose, c'est uniquement parce que la poursuite du rétablissement des mouvements pourrait présenter des dangers, mais c'est là un desideratum et, s'il pouvait en être autrement, on ne manquerait pas de s'efforcer d'obtenir une mobilité qui serait l'idéal des opérateurs.

L'arthrodèse constitue donc l'opération directement opposée à certaines résections orthopédiques et surtout à l'ostéotomie trochléiforme du coude qui taille en plein os une articulation, et à l'aide des muscles crée une néarthrose mobile comme l'arthrodèse la détruit.

Le but de l'arthrodèse étant l'ankylose, ce n'est pas une raison pour confondre avec elle toutes les opérations dans lesquelles on se propose d'obtenir l'ankylose. Sous peine de confusion, il faut rejeter du groupe des arthrodèses les opérations qui se compliquent d'extirpations de parties osseuses importantes. L'ablation d'un condyle du fémur (Louis Bauer, de New-York); la résection de la tête du fémur, suivie de la soudure du col dans l'acetabulum avivé, pratiquée par Margary aux luxations congénitales du fémur; les extirpations d'astragale, suivies de soudure tibio-calcanéenne (Albert, Nalferich); l'opération d'Ogston, qui s'accompagne d'une résection cunéiforme, etc., ne sauraient s'appeler arthrodèses. Ce sont des opérations complexes, le plus souvent spéciales à quelques cas particuliers, nous devons les éliminer.

On ne peut davantage considérer comme arthrodèse l'ouverture d'une articulation suivie de phénomènes inflammatoires plus ou moins aseptiques, aboutissant à la formation d'adhérences et à l'ankylose fibreuse. C'est là une arthrotomie et pas autre chose. Ce qui caractérise l'arthrodèse, c'est la soudure osseuse provoquée par des manœuvres opératoires mettant l'article dans des conditions favorables à cette soudure.

I

Historique. — Ici, comme dans la plupart des progrès scientifiques, ce sont les faits qui ont peu à peu conduit à la conception nette qui devait plus tard servir de guide. Le 20 juillet 1878, Albert (de Vienne), se trouvant en présence d'un malade atteint de genou ballant, pratiqua la résection, sciant les condyles fémoraux et une mince tranche du plateau tibial. Il obtint ainsi une ankylose qui permit l'utilisation du membre. Cet opérateur ne pensa donc faire, au début, qu'une application particulière de la résection. Ce n'est qu'à la suite d'autres opérations analogues qu'il fut conduit à modifier la technique opératoire au point d'en faire une opération spéciale. En 1882, les opérations qu'on a coutume de ranger aujourd'hui sous le nom d'arthrodèses, sont encore désignées sous celui d' « ankyloses artificielles ».

Quoi qu'il en soit, et malgré la revendication de priorité de Von Lesser (de Leipzig) qui, le premier, souda la malléole externe à l'astragale, dans un cas de pied-bot varus paralytique, c'est bien à Albert que revient l'honneur d'avoir pratiqué et mis en valeur la soudure opératoire des articulations des membres paralysés. Il fut bientôt imité par plusieurs chirurgiens allemands.

Nous avons communiqué à la Société de chirurgie, le 29 mai 1889, les deux premiers exemples d'arthrodèses pratiquées en France. Le 1er mars 1890, M. Eug. Rochard inséra, dans la *Revue d'orthopédie*, un article sur ce sujet, et M. Kirmisson lui consacra un chapitre dans ses *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*. Ces deux travaux ont été publiés à l'occasion d'une opération de M. Kirmisson.

En janvier 1890, Karewski fit, à la Société de médecine de Berlin, une communication importante sur l'arthrodèse. Depuis cette époque, M. H. Ramally vient de faire dans sa thèse une étude complète de la question. Il rapporte une troisième arthrodèse tibio-tarsienne et une arthrodèse du genou, que nous avons eu l'occasion de pratiquer récemment, ainsi qu'un fait d'arthrodèse, pratiquée par M. A. Poncet pour une fracture mal consolidée de la rotule. Les travaux auxquels l'arthrodèse a donné lieu en Allemagne ont été, de sa part, l'objet d'un examen soigneux; nous lui ferons, à cet égard, de nombreux emprunts. Il a bien voulu s'appuyer sur la manière de voir qu'il nous avait entendu émettre; la technique opératoire qu'il indique est celle que nous avons suivie et que nous reproduisons dans cette Revue.

II

Indications. — Ce sont les *paralysies musculaires* qui fournissent les occasions les plus fréquentes d'arthrodèses. La *paralysie infantile spinale* est, entre toutes, la maladie qui conduira le plus souvent à l'arthrodèse par les infirmités qu'elle cause. Nous ne pouvons rappeler ici les symptômes de cette affection bien connue de tous, mais c'est elle qui sera principalement en vue lorsque nous discuterons l'opportunité de l'intervention. Les paralysies consécutives aux *maladies infectieuses aiguës* : fièvre typhoïde, variole, etc., doivent inspirer une extrême défiance au point de vue de l'arthrodèse, car elles sont le plus souvent curables.

Les *sections nerveuses traumatiques* sans réparation ultérieure, suivies de paralysie et de dégénérescence remontant jusqu'aux cellules des cornes antérieures, peuvent aussi amener des désordres susceptibles d'amélioration à l'aide de l'arthrodèse. La destruction du sciatique poplité, interne ou externe, entraîne une variété correspondante du pied-bot. Nous avons eu l'occasion d'observer un malade chez lequel un traumatisme avait produit une fracture de la tête du péroné à son col, une déchirure du nerf sciatique poplité qui le contourne, et entraîné, par ce fait, une mobilité latérale, sorte de dislocation du genou (le biceps et le ligament latéral ayant perdu leur point de fixité), ainsi qu'une déviation du pied. Si des désordres de ce genre restaient définitifs, ils seraient passibles d'arthrodèses.

Les *laxités articulaires* n'occasionneront que rarement des troubles fonctionnels capables de leur faire préférer l'ankylose et, dans ces cas, elles auront été, le plus souvent, accompagnées d'impotence fonctionnelle avec atrophie des muscles, de *subluxations* ou de *luxations récidivantes*, qui ne sont pas toujours facilement réductibles. On connaît les exemples de genou ballant, de jambe de polichinelle, de luxation itérative du pouce. Dans les cas où la laxité articulaire prédomine avec intégrité relative des muscles, on pourra préférer l'arthrorrhaphie (Eulenburg), particulièrement à l'épaule (Wolff).

Certaines *luxations impossibles à maintenir* réduites peuvent donner lieu à l'arthrodèse. Wolff l'a pratiquée pour l'extrémité externe de la clavicule. Elle pourrait s'appliquer aux *luxations habituelles de la rotule* (1) et aux *luxations congénitales du genou* (Petersen). L'ankylose opératoire a encore été appliquée à la suite de *fractures de la rotule* mal consolidées (A. Poncet, par arthrotomie 1880, puis par arthrodèse, décembre 1888). Une arthrodèse n'est indiquée que dans les cas où la suture des fragments rotuliens serait condamnée à l'inefficacité par la déchirure de la capsule qui forme les ligaments latéraux de la rotule, et par l'impotence incurable du triceps ou encore lorsque la disposition des fragments rotuliens est telle que cette suture n'a pas de chances sérieuses de tenir. Le *pied plat invétéré* a motivé l'arthrodèse astragalo-calcanéenne et médio-tarsienne (Karewski). Pour la *déviation du moignon*, consécutive à l'amputation *de Chopart*, l'arthrodèse tibio-tarsienne avec section du tendon d'Achille est préférable à une amputation secondaire.

Telles sont les principales affections qui peuvent conduire à l'arthrodèse. Il convient maintenant de préciser les indications de l'intervention.

D'une façon générale, on peut dire que l'arthrodèse ne doit être faite que dans les cas où elle doit amener dans l'état fonctionnel du membre une amélioration incontestable que d'autres moyens (douches, massage, frictions stimulantes, électricité, élévation de la température du membre malade au degré de celle du membre sain) ou l'expectation, même prolongée, sont impuissants à procurer. Il y a donc en présence de chaque cas particulier une double question à résoudre :

1° L'infirmité que l'on veut combattre est-elle définitive?

2° L'ankylose lui est-elle préférable?

La réponse à ces deux questions n'est pas toujours aussi facile qu'on pourrait le croire.

La connaissance de la marche clinique des paralysies musculaires, particulièrement de celles qui sont sous la

(1) L'opération pratiquée par Roux (de Lausanne), publiée en 1888 in *Revue de chirurgie*, est certainement préférable dans ce cas.

dépendance de la téphro-myélite antérieure, aidée des renseignements fournis par l'exploration électrique des muscles, permet de reconnaître les cas dans lesquels il y a lieu d'espérer de l'avenir.

A la suite d'une attaque de paralysie infantile, la paralysie se montre d'abord bien plus étendue qu'elle ne doit être définitivement, mais quelle que soit sa localisation, elle disparaît presque toujours en partie dans un délai assez court pour se localiser sur certaines parties du corps, sur certains groupes musculaires.

Le plus souvent, au bout de quelques mois, on arrive à un état qui est à peu près définitif. Cependant, une amélioration insensible se continue souvent pendant longtemps, aussi pensons-nous qu'il est prudent de n'opérer que lorsque l'état du malade est resté stationnaire pendant une année. En suivant cette règle de prudence, on sera certain que les paralysies et atrophies existantes sont bien sous la dépendance d'atrophies définitives des cellules motrices et non de lésions susceptibles de régression.

L'exploration électrique des nerfs et muscles, pratiquée à travers la peau humectée, fournit d'importants renseignements.

D'après Duchenne (de Boulogne), la contractilité faradique diminue pendant la première semaine et disparaît du huitième au dixième jour, si la paralysie est incurable. La contractilité galvanique s'exagère, au contraire. Cette exagération est surtout manifeste vers le quinzième jour, et tandis que la contractilité d'un muscle sain est surtout manifeste au pôle négatif et à la fermeture du courant, celle du muscle paralysé se remarque au pôle positif et au moment de l'interruption du courant continu. D'après Erb, toute excitabilité diminue graduellement et disparaît au bout de *deux mois* dans les paralysies incurables.

On peut donc résumer ces faits en disant comme M. Ramally : « Tant que les muscles réagissent, il faut espérer et ne pas intervenir. Quand toute contractilité est disparue, la paralysie est irrémédiable. »

Si on s'en tenait aux résultats de l'exploration électrique, on pourrait donc se croire autorisé à intervenir dans certains cas, après trois mois de paralysie. La précaution d'attendre un an après tout progrès fonctionnel nous semble plus sûre. Cette ligne de conduite est bien conforme à celle qu'indique Karewski, qui conclut que l'opération est praticable « lorsqu'après au moins un an ou un temps plus considérable, on a employé avec persévérance les moyens thérapeutiques ordinaires, sans constater d'amélioration, et que le muscle a perdu, en même temps que ses fonctions, la propriété de réagir sous l'influence des courants galvaniques et faradiques ».

Dès qu'on se trouve dans les conditions requises par la prudence pour autoriser une intervention, il semble que celle-ci doit être faite sans retard. Ce n'est pas impunément, en effet, que les lésions deviennent de plus en plus anciennes. Si l'*intervention* par arthrodèse n'est jamais urgente, elle *a à coup sûr une époque d'élection* qu'il faut choisir. Bien des paralysies, loin de disparaître, entraînent, pour leur propre compte, des déformations secondaires qui tendent de jour en jour à aggraver la difformité existante. Plus les sujets sont jeunes, plus les paralysies et les déviations peuvent produire de désordres importants. La déviation d'un pied, consécutive à la paralysie, peut entraîner une modification dans la forme des os qui se développent et particulièrement dans celle de l'astragale. On peut voir un pied primitivement dévié mais réductible se transformer peu à peu en un véritable pied-bot irréductible, qui n'est plus passible que de la résection partielle ou de l'ablation de l'astragale.

Sans nous appuyer sur l'opinion de certains auteurs, et particulièrement de Karewski, qui pensent que l'opération peut enrayer les troubles qui se seraient produits dans l'accroissement de l'os en longueur, ou ne saurait lui faire le reproche opposé. L'arthrodèse ne touche en rien aux cartilages épiphysaires et n'excite pas plus l'accroissement des os qu'elle ne l'entrave. Elle ne cherche pas à favoriser l'accroissement des os, pas plus que la régénération musculaire. Elle se borne à remédier à une infirmité définitivement acquise, s'oppose aux aggravations dont cette infirmité eût été susceptible et, en permettant l'usage d'un membre qui, sans elle, restait inerte, elle a sur sa nutrition générale une action indirecte mais favorable. Il ne peut donc y avoir qu'avantage à la pratiquer de bonne heure.

Ce que nous venons de dire montre nettement que, d'une manière générale, l'arthrodèse d'une articulation paralysée est désirable.

Les appareils peuvent, il est vrai, dans certains cas, avec l'aide des ténotomies que leur application rend quelquefois nécessaires, rivaliser avec l'arthrodèse, mais ils sont fort dispendieux d'achat et d'entretien; tolérables aux membres supérieurs, ils sont véritablement peu pratiques pour les membres inférieurs et ne peuvent se prêter aux travaux pénibles. Il est notoire que, si les membres se meuvent quelquefois difficilement lorsqu'ils sont ankylosés par arthrodèse, ils ne sauraient se mouvoir plus facilement lorsque la raideur équivalente à l'ankylose est obtenue par l'adjonction d'appareils souvent défectueux, toujours gênants et lourds, qui entravent leur nutrition et les blessent par la pression qu'ils exercent.

Il est cependant des cas dans lesquels la création de l'ankylose peut créer une infirmité différente mais aussi regrettable que l'infirmité préexistante. Fréquemment, en effet, plusieurs articulations sont paralysées chez le même sujet. Aussi, convient-il d'examiner dès le début quelles sont les arthrodèses qui peuvent être nécessaires, et de voir quel pourra être le résultat fonctionnel de leur ensemble.

L'ankylose des deux hanches rendrait la marche presque impossible sans béquilles. Si l'ankylose des deux genoux devait se trouver combinée à l'ankylose d'une articulation coxo-fémorale, ou à l'ankylose des deux tibio-tarsiennes, elle pourrait rendre la marche fort difficile. Wolff trouve peu enviable la situation des opérés d'Albert, Viniwarter, Petersen, etc., auxquels on a ankylosé les deux genoux et même les deux cous-de-pied. Il n'en est pas moins vrai que, chez ces malades, l'immobilité et l'impotence absolues ont fait place à un état bien préférable.

Il nous semble qu'au membre inférieur, les arthrodèses multiples et symétriques peuvent être pratiquées simultanément au genou et au cou-de-pied, lorsque les circonstances l'exigent. L'indication devient plus discutable, si la soudure d'une articulation coxo-fémorale doit s'y ajouter. Les inconvénients de l'ankylose d'une hanche sont assurément supportables, et les coxalgies nous permettent, tous les jours, d'en juger les effets, mais dans les cas de paralysies pouvant justifier cette intervention, il sera bien rare de trouver, dans l'intégrité concomitante des muscles du tronc ou des muscles du côté opposé, les éléments nécessaires à un état fonctionnel acceptable. Aussi le genou et

le cou-de-pied seront-ils les sièges habituels des arthrodèses véritablement utiles.

L'action synergique des membres supérieurs n'ayant, en aucune façon, l'importance de l'association des mouvements des membres inférieurs, des arthrodèses symétriques peuvent y être pratiquées.

L'arthrodèse tibio-tarsienne sera certainement la plus fréquente, parce que c'est à la partie inférieure du membre que se localisent le plus souvent les paralysies définitives de l'enfance. Elle est encore indiquée pour remédier aux déviations du moignon après l'amputation de Chopart.

L'arthrodèse du genou sera moins fréquente et, dans les paralysies infantiles, elle devra être souvent combinée avec l'arthrodèse tibio-tarsienne. Elle est, dans certains cas, le seul moyen, en dehors des appareils, de rendre un membre utilisable en le transformant, suivant l'expression d'Albert, en *pilon vivant*, et s'impose d'une façon plus formelle que la soudure d'aucune autre articulation. Un travailleur sera toujours heureux d'avoir un membre rigide sur lequel il peut prendre un solide point d'appui.

L'arthrodèse de la hanche est bien rarement applicable. Lorsque les mouvements de la cuisse sur le bassin sont paralysés, il y a généralement aussi paralysie de tout le membre. La soudure coxo-fémorale devrait alors être combinée avec la soudure du genou et du cou-de-pied. En pareille circonstance, il est souvent préférable de s'abstenir et de considérer les arthrodèses du genou et du cou-de-pied comme également contre-indiquées.

Au pied, la soudure astragalo-calcanéenne a été faite par Karewski, qui a aussi pratiqué deux fois l'arthrodèse médio-tarsienne. Ces opérations peuvent rendre service dans quelques cas de pied plat incurables avec laxité articulaire extrême.

L'épaule est, au membre supérieur, l'articulation qui a été le plus souvent l'objet d'interventions ayant pour but d'en obtenir la soudure. Wolff, qui avait cherché l'ankylose osseuse, ne l'a pas obtenue et a déclaré ensuite qu'elle n'était pas désirable et même nuisible. Ces arthrodèses ayant amené une amélioration dans l'état de l'articulation, mais ayant manqué le but de la soudure osseuse, sont devenues le point de départ des opérations auxquelles Eulenburg a donné le nom d'arthrorrhaphies (1).

S'il y a quelque espoir de retour des fonctions musculaires, une fixation incomplète de ce genre peut présenter des avantages et le faciliter, en remédiant à la chute de l'humérus. Dans le cas contraire, il convient de conduire l'opération comme si on voulait obtenir la soudure osseuse ; les mesures prises pour l'obtenir étant nécessaires, quelquefois même insuffisantes pour éviter de retomber dans la laxité articulaire qu'on se proposait de combattre.

L'arthrodèse de l'épaule n'a raison d'être que chez les malades dont l'avant-bras et la main sont utilisables et qui ont gardé des muscles capables de mouvoir l'humérus par l'intermédiaire de l'omoplate.

L'arthrodèse du coude à angle droit est applicable dans les cas où l'avant-bras, flasque et ballant, reste impropre à tout usage, tandis que les fonctions des doigts sont conservées. Elle ne doit être faite qu'à la dernière limite et lorsqu'il ne reste aucune contraction active possible dans les muscles extenseurs ou fléchisseurs.

L'arthrodèse acromio-claviculaire se trouve indiquée dans les cas de luxation persistante de l'extrémité externe de la clavicule.

Nous ne saurions, dans cette Revue, indiquer toutes les applications possibles des arthrodèses ; qu'il nous suffise d'avoir indiqué celles qui, jusqu'à ce jour, ont été mises à exécution. Des règles absolues ne peuvent pas être posées et le chirurgien aura toujours à examiner, dans chaque cas particulier, si l'état fonctionnel peut tirer un bénéfice réel d'une ou plusieurs arthrodèses.

III

Technique opératoire. — L'exécution de l'arthrodèse nécessite la large ouverture de l'articulation, la mise à nu de la totalité des surfaces articulaires et l'abrasion complète des cartilages qui les recouvrent ; elle doit donc emprunter aux résections ses procédés généraux pour aborder les articulations. Elle a déjà utilisé une assez grande quantité de modus faciendi et nous ne doutons pas que, dans l'avenir, le nombre des procédés appliqués aux arthrodèses s'approche du nombre de ceux qui ont été utilisés dans les résections. Dès aujourd'hui, cependant, elle peut profiter des perfectionnements qui ont été apportés dans le manuel opératoire de ces dernières opérations.

D'une manière générale, c'est du côté opposé aux vaisseaux et nerfs importants de la région, qu'il convient de pénétrer dans l'articulation.

L'arthrodèse, devant avoir pour but et pour résultat l'ankylose par soudure osseuse, a peut-être besoin de moins de précautions que la résection pour ménager les ligaments, les capsules articulaires et enfin les muscles, ligaments actifs qui doivent servir aux mouvements lorsqu'ils peuvent être conservés après une résection et qui sont atrophiés ou paralysés, lorsqu'il y a lieu de recourir à l'arthrodèse.

On pourra donc, le cas échéant, diviser tel muscle, tel tendon ou tel ligament pour faciliter l'exécution de l'opération, alors que, dans la résection, il faudrait s'efforcer d'en conserver l'intégrité.

Pratiquée sur des tissus, sinon sains, car il s'y rencontre souvent des troubles trophiques, mais du moins sur des tissus qui ne sont pas infectés, comme le sont, trop souvent, ceux qu'on doit attaquer dans les résections, l'arthrodèse permet d'obtenir plus facilement l'asepsie complète du foyer opératoire. On comprendra que c'est une raison de plus pour redoubler de précautions afin d'éviter toute infection qui pourrait être imputable à l'opérateur ou à son entourage.

Les téguments étant incisés, la capsule articulaire est mise à nu et largement ouverte. Il convient alors de pratiquer l'*abrasion complète de tous les cartilages* qui concourent à former l'articulation et cette abrasion doit être pratiquée avec soin jusque dans les parties les plus détournées de la cavité articulaire. Aucune surface cartilagineuse ne doit rester sans avoir été avivée, cela suppose naturellement l'extirpation des ménisques et ligaments intra-articulaires qui peuvent exister.

La profondeur à laquelle il convient d'enlever les carti-

(1) Elles consistent essentiellement à placer une suture osseuse et à réséquer une partie de la capsule pour obtenir des adhérences fibreuses empêchant l'écartement des os, tout en leur laissant une mobilité compatible avec les mouvements et le rétablissement éventuel des fonctions musculaires. Ce mode opératoire a été employé par Wolff pour une luxation congénitale du tibia avec laxité articulaire.

lages varie suivant l'épaisseur de ceux-ci et aussi suivant les diverses parties de l'articulation ; mais il importe de les enlever totalement dans la plus grande étendue possible afin de *mettre en rapport les plus larges surfaces possible de tissu osseux dénudé*.

On devra respecter avec soin les saillies naturelles, les os, ainsi que leurs apophyses, et, en particulier, s'abstenir d'en réséquer aucune. C'est une règle générale dans la technique opératoire des arthrodèses, de porter, le moins possible, atteinte à l'état naturel du squelette et de respecter particulièrement les apophyses qui concourent à la fixité des articulations.

L'ostéotomie, la résection d'un os ou d'une apophyse complique et même dénature une opération d'arthrodèse. De quelle importance n'est pas, par exemple, la présence de deux malléoles pour l'encastrement de l'astragale dans la mortaise tibio-péronière !

Les *instruments* employés pour pratiquer les abrasions cartilagineuses peuvent être assez variés. Dans certains cas, particulièrement chez les très jeunes sujets, le bistouri peut suffire, mais le plus souvent, il faut recourir à l'emploi du ciseau.

Les ciseaux droits, les ostéotomes sont surtout convenables pour cet usage et pourront être manœuvrés directement à la main ; quelquefois, la percussion du marteau sera nécessaire pour faciliter leur travail. Le ciseau large (35 millimètres) sera d'un emploi commode pour l'avivement des larges surfaces ; le ciseau à main, de son côté, présente un coude qui permettra d'atteindre plus facilement certaines parties reculées de l'articulation dans lesquelles un instrument rectiligne pénètrerait difficilement. Cerrains instruments coudés, utilisés ordinairement pour la trépanation, peuvent aussi convenir dans les cas particuliers de ce genre.

Dans les articulations offrant des surfaces courbes, telles que celles du coude, de l'épaule ou de la hanche, on pourra employer, avec quelque avantage, des gouges, de largeur appropriée à la courbure de la surface articulaire à dénuder.

Enfin, il n'est pas jusqu'aux curettes tranchantes qui ne puissent rendre quelque service. Les rugines paraissent d'un usage moins commode.

Exceptionnellement, la scie sera utilisée pour aplanir d'emblée des surfaces articulaires étendues.

Lorsque l'abrasion des cartilages paraît terminée, il importe de ne laisser dans le foyer opératoire aucun des petits copeaux détachés qui pourraient y être oubliés. L'opérateur doit porter son attention sur ce point et, au besoin, enlever avec des ciseaux ces lambeaux cartilagineux de la périphérie des surfaces articulaires qui, bien que détachés de l'os et flottants, peuvent rester encore fixés par quelques adhérences au périoste ou à la synoviale.

Le liquide sécrété par la *synoviale* articulaire peut être un obstacle à la consolidation osseuse des surfaces mises en rapport, ainsi que le laisse penser la fréquence du défaut de consolidation dans les fractures, dont le foyer communique avec la cavité d'une articulation. Une sorte d'arthrectomie, avec extirpation et destruction de la synoviale, semble donc désirable, si on veut arriver sûrement à l'ankylose osseuse. Telle paraît d'ailleurs avoir été la pensée d'Albert qui, dans ses premières opérations, chercha à extirper la synoviale. Plus tard, différents auteurs, Zinsmeister et Wolff, en particulier, pensèrent que sa persistance n'aurait pas d'action nuisible et se dispensèrent des manœuvres toujours plus ou moins pénibles que nécessite son extraction. Les faits ne semblent pas cependant leur avoir donné pleinement raison, car, dans bien des cas, particulièrement dans ceux de Wolff, la soudure osseuse n'a pas été obtenue.

Nous croyons donc qu'il serait bon de détruire la synoviale, mais dans la pratique, cette destruction est loin d'être sans difficulté.

L'ablation de la synoviale seule, si mince en certains points, est presque impraticable et nécessiterait un travail de dissection, à la fois long et difficile ; il est certain même que cette dissection ne serait pas toujours sans danger, si on voulait la rendre complète. La plupart des synoviales envoient, dans les régions voisines, des prolongements des diverticules, dont l'extirpation serait véritablement impossible. Cependant, s'il ne faut pas prétendre à l'extirpation totale des synoviales, il est bon d'en enlever toutes les parties facilement accessibles. Il semble que le grattage à la curette tranchante pourrait être employé avec avantage pour détruire la mince couche sécrétante dans les parties de l'articulation, qu'il serait difficile de disséquer ou dans lesquelles on pourrait être exposé à blesser les organes voisins.

La *capsule* articulaire paraît devoir être, en général, respectée et, de fait, elle l'a été par la plupart des opérateurs. Son extirpation, peut-être plus facile que celle de la synoviale, pourrait devenir, dans certains cas, plus dangereuse encore pour les organes voisins ; elle conduirait fatalement à l'ouverture de vaisseaux, de calibre secondaire il est vrai, mais dont l'hémostase devrait, néanmoins, être pratiquée avec soin. Il en résulterait dans l'ensemble de l'opération une complication qui paraît, pour le moins, inutile. Ce n'est que dans certains cas particuliers, dans lesquels la capsule articulaire a été anomalement distendue, qu'il y aura avantage à en faire l'excision partielle suivie de suture.

La capsule ainsi réduite devient pour les os un moyen de fixité qui les maintient dans leurs rapports normaux. C'est ce résultat que Volff a obtenu dans ses opérations sur l'épaule.

Au cours de l'opération d'arthrodèse, on pourra avoir à diviser des *tendons*, tantôt pour permettre l'accès dans l'articulation et la libre exposition des surfaces articulaires, tantôt pour remédier à des rétractions musculaires qui viennent porter obstacle à la réduction des surfaces avivées et à leur affrontement convenable. Dans le cas où l'on a été conduit à sectionner des tendons dans le simple but de faciliter l'exécution de l'opération, il y aura lieu, en général, d'en pratiquer la suture ultérieure, après excision (Nicoladoni) au besoin.

Les *aponévroses* qu'on aura occasion de diviser au cours de l'opération, quelquefois excisées, pourront être suturées spécialement ou réunies avec l'ensemble de la plaie, suivant la volonté des opérateurs.

La *réunion des os* peut être faite par leur simple affrontement, d'autres fois par suture osseuse ou, enfin, par l'enchevillement, à l'aide de substances aseptiques destinées à être enlevées ultérieurement ou même à séjourner définitivement dans les tissus. Albert, dans ses premières opérations, eut recours à la suture osseuse, mais dans ses dernières, il se contenta d'immobiliser l'articulation à l'aide d'un appareil plâtré.

Karewski pense aussi que l'on peut se dispenser de la suture osseuse si les extrémités articulaires avivées peuvent être maintenues en rapport sans elle. Cette technique peut.

d'ailleurs, suivre les modifications qui se produisent dans la technique chirurgicale générale et, dans ces derniers temps, nombre de chirurgiens tendent à abandonner les sutures osseuses dans les résections, toutes les fois que la nécessité ne s'en impose pas d'une façon spéciale.

Si l'on veut pratiquer la suture, on peut avoir recours à des fils métalliques (d'argent, de fer recuit) ou à des fils souples (catgut, soie, tendons de kangouroo).

L'emploi des chevilles pour la fixation des os a été utilisée dans l'arthrodèse par Karewski. Il a employé des chevilles d'ivoire de 6 centimètres de longueur sur 3 millimètres d'épaisseur et il considère leur usage comme nécessaire pour fixer les extrémités articulaires chez les sujets jeunes dont le tissu osseux est en voie de formation. Ces chevilles amènent, ainsi que l'ont montré les recherches de Bidder, une ossification plus rapide des épiphyses. C'est précisément pour ce moiif que, contrairement à l'opinion de Karewski, l'emploi des chevilles devrait être rejeté chez les jeunes sujets. Nelferich a fixé un genou en enfonçant obliquement, dans le tibia, une forte aiguille d'acier. Tous ces moyens sont bons à connaître pour n'y avoir recours qu'en cas de nécessité.

Il y a lieu de rechercher et d'obtenir la guérison complète sans supppuration et, pour cela, de faire la *réunion* de la plaie. La suppuration ne saurait être considérée autrement que comme un accident qu'il convient d'éviter, car son établissement peut exposer à des conséquences auxquelles on ne saurait toujours imposer une limite. Nous n'insistons sur ce point que parce qu'il a été discuté par Albert qui, à une certaine époque, aurait recherché volontairement la suppuration, la jugeant plus favorable à l'établissement d'une soudure osseuse solide. En examinant cependant ses premières observations, on voit qu'il fit la réunion de la plaie. Il ne semble donc pas, au début du moins, avoir eu pour but d'obtenir, de propos délibéré, la suppuration qui survint chez ses malades.

Le *drainage*, employé par certains opérateurs, semble pouvoir être évité avec avantage, car il nécessite un pansement qui peut être l'occasion d'une mobilisation intempestive ou même faire courir au malade des chances d'inoculation septique. Si on avait à redouter l'épanchement et la rétention du liquide synovial ou sanguin, dans le foyer opératoire, on pourrait se contenter de faire la suture incomplète, sans drainage, c'est-à-dire de laisser sans suture une partie de la plaie (1).

Dans les quatre arthrodèses que j'ai pratiquées, j'ai fait la réunion totale de la plaie, sans drainage, à l'aide du catgut. Cette pratique permet de guérir complètement le malade sans le pansement opératoire.

S'il est des cas dans lesquels le drainage au tube de caoutchouc ou à la gaze aseptique peut être encore une méthode de prudence, c'est dans le cas d'opération portant sur des tissus infectés ; mais, dans les arthrodèses, on peut profiter de tous les perfectionnements de la technique opératoire et obtenir la guérison d'emblée.

Les substances employées pour le *pansement* varieront suivant la pratique de chaque opérateur ; elles seront aseptiques, absorbantes et non recouvertes d'enveloppe imperméable.

Le pansement terminé, il convient de recourir à des *moyens de contention* suffisants pour maintenir les os en rapport, empêcher toute mobilisation intempestive et fixer le membre dans l'attitude qui doit devenir définitive.

Ces moyens de contention pourront, eux-mêmes, varier suivant chaque cas particulier et suivant les habitudes des opérateurs.

Quelquefois l'emploi de bandes appliquées sur les segments du membre et tendant à les diriger et les maintenir dans les positions voulues, pourra suffire surtout si ces bandes sont agglutinatives, telles que les bandes de tarlatane apprêtée, les bandes silicatées, les bandes plâtrées.

Dans d'autres cas, il conviendra de recourir à des appareils qui seront tantôt des appareils plâtrés fabriqués d'une manière extemporanée pour chaque sujet, tantôt des attelles et, particulièrement, les attelles de Bœckel, si commodes lorsqu'il s'agit d'immobiliser le cou-de-pied ou d'obtenir la fixation de tout le membre inférieur pour une opération pratiquée sur le genou. L'épreuve de cette attelle est faite depuis longtemps pour les cas que nous venons de signaler et, particulièrement, dans les résections du genou. Son usage est plus commode que celui d'un appareil plâtré. La gouttière de Bonnet, avec valve mobile, trouverait particulièrement son application dans les cas d'arthrodèse de la hanche.

Pour l'*hémostase*, toutes les fois qu'il sera possible d'appliquer, près de la racine du membre, une constriction élastique interrompant la circulation artérielle, l'exécution de l'opération en sera facilitée. Elle sera faite suivant la pratique de Lister, après élévation verticale du membre, pendant une ou deux minutes, élévation qui, comme on le sait, est suivie d'une constriction des vaisseaux et laisse le membre presque aussi exsangue qu'après l'application de la bande d'Esmarch. Cette manière de faire évite l'inconvénient de mettre en contact avec le membre, au moment de l'opération, un tissu dont l'asepsie peut être imparfaite.

Lorsque l'opération est terminée, il faut laisser en place la constriction élastique, pratiquer la suture de la plaie, faire le pansement, le soutenir à l'aide d'une compression modérée et appliquer l'appareil immobilisateur, pour ne permettre le retour du sang artériel que lorsque le pansement et l'immobilisation sont complètement terminés.

Les procédés opératoires mis en usage sont généralement combinés de façon à n'ouvrir aucun vaisseau important dont l'hémostase ne pourrait se faire sans ligature. On ne note aucun accident imputable à l'infiltration sanguine dans les tissus, à la condition de laisser le membre élevé presque verticalement, pendant douze à trente-six heures. C'est la pratique de J. Bœckel pour les résections du genou. En la suivant, non seulement pour des résections du genou, mais encore pour d'autres opérations et, en particulier, pour nos arthrodèses, nous n'avons eu qu'à nous louer de cette importante simplification.

Ajoutons, en terminant, qu'en général, il convient de ne pas pratiquer, dans une même séance, l'arthrodèse sur deux grandes articulations.

IV

Suites opératoires. — Dans les premières heures qui suivent l'opération, il conviendra d'examiner l'état de

(1) Voir : Defontaine. De la suppression du drainage dans la résection du genou, in *Bulletin de la Société de chirurgie*, 27 février 1889 ; — J. Bœckel. De la suppression du drainage dans les grandes opérations, *Ibidem*, 1er mai 1889 ; et De la résection du genou, Paris 1889, p. 90 et suiv.

l'extrémité du membre, doigts ou orteils, qu'il est toujours bon de laisser visibles à travers le pansement, pour permettre de surveiller le rétablissement de la circulation après l'ablation du tube d'Esmarch.

Lorsqu'on aura constaté le retour de la coloration habituelle des doigts ou des orteils et qu'on se sera assuré qu'il n'existe rien d'anomal de ce côté, c'est principalement par l'*absence du phénomène douloureux* dans le membre opéré et par l'*absence d'élévation de la température*, que l'opérateur pourra être assuré qu'aucun accident ne vient mettre obstacle à la marche naturelle vers la guérison.

D'une manière générale, la température de l'opéré, prise dans l'aisselle, ne doit pas dépasser 38 degrés.

Le tracé thermométrique, obtenu à la suite de certaines opérations, reste entièrement dans ces limites. Il faut savoir cependant que le soir de l'opération et dans la journée du lendemain, il peut y avoir, chez certains malades, une élévation de la température qui, quelquefois, s'élève à 39 degrés, plus souvent à 38°5, pour descendre, dans les jours suivants, à 38 degrés et au-dessous.

Les causes de cette élévation thermique sont assez difficiles à apprécier, l'agitation du malade peut y contribuer ainsi que la résorption du sang épanché dans le foyer opératoire, et nous ne serions pas éloigné de croire que ces élévations thermiques puissent être rapprochées de celles que l'on constate à la suite de certaines fractures fermées, accompagnées d'épanchements sanguins abondants, ou même à la suite de contusions au second et au troisième degré.

Dans certains cas, la constipation ou une suralimentation intempestive, suivie d'intolérance, peuvent être des causes d'élévation thermique, qu'il importe de savoir apprécier. Au bout de peu de temps, la guérison du foyer opératoire est obtenue, mais il n'en est pas de même de la *consolidation osseuse*. Celle-ci demandera un temps toujours assez long et variable, suivant l'étendue des surfaces osseuses mises en rapport, l'âge des sujets et l'activité vitale de leur tissu osseux, souvent modifiée par les troubles trophiques qui résultent de la lésion médullaire primitive dans les cas de paralysie d'origine spinale.

On peut dire que la consolidation demandera environ six semaines, délai généralement considéré comme probable pour permettre la consolidation d'une fracture. C'est un minimum rarement suffisant, souvent plus que doublé.

On comprend que les causes multiples, locales ou générales, qui retardent la formation du cal, au point d'amener quelquefois la production d'une pseudarthrose, peuvent intervenir dans la durée nécessaire à la soudure osseuse recherchée par l'arthrodèse.

Lorsque l'appareil sera enlevé, il conviendra d'explorer le membre, de façon à s'assurer de la solidité de l'ankylose obtenue ; si elle ne semble pas parfaite, on appliquera un nouvel appareil.

L'usage du membre ne devra être commencé que lorsqu'il aura acquis une solidité convenable.

Pendant quelques mois, il y a avantage à faire porter aux opérés des appareils légers.

Dans quelques cas, la mobilité des surfaces osseuses mises en rapport peut persister; quelquefois, elle se montrera assez faible pour être compatible avec un état fonctionnel satisfaisant; Wolff en a jugé ainsi dans ses arthrodèses de l'épaule.

Si on trouvait opportun d'obtenir quand même la soudure osseuse, tout espoir ne serait cependant pas perdu, car on pourrait avoir recours à l'enchevillement secondaire des os (Karewski).

V

Particularités du manuel opératoire, spéciales a quelques articulations. — Deux procédés principaux peuvent être employés pour aborder l'*articulation tibio-tarsienne*, soit pour la résection, soit pour l'arthrodèse.

Le premier procédé, le plus ancien, qui fut employé par les Moreau (de Bar-le-Duc), consiste à attaquer la jointure, à la fois par le côté externe et le côté interne; le second consiste à ouvrir largement l'articulation par son côté externe et à la faire bâiller à la façon des feuillets d'un livre, en faisant basculer le pied en dedans, autant qu'il peut être nécessaire.

Dans certaines résections, il peut y avoir avantage à attaquer les lésions à la fois par la voie interne et externe. Le choix de l'opérateur pourra être basé sur leur siège et leur étendue probable dans chaque cas particulier. Mais pour l'extirpation de l'astragale, comme pour l'arthrodèse, la large ouverture externe, sans incision interne, paraît préférable, comme étant plus facile et plus sûre.

Une ouverture convenable est obtenue à l'aide des deux incisions que nous avons employées. L'une, horizontale et parallèle au bord externe du pied, passe sur la pointe de la malléole et s'étend de la partie postérieure du métatarsien en avant, jusqu'à la région rétro-malléolaire et même, s'il est besoin, jusqu'au tendon d'Achille; l'autre, tombant sur la première, est située au bord antérieur du péroné et remonte assez haut pour permettre de bien découvrir la mortaise tibio-péronière. Ce mode d'ouverture sera suffisant dans tous les cas, car il a permis d'exécuter l'opération sans section tendineuse, en écartant simplement les extenseurs des orteils et les péroniers. Mais si cela était nécessaire, il n'y aurait nul inconvénient à diviser ces derniers pour les suturer ensuite; on obtiendrait ainsi une ouverture plus large de l'articulation et les manœuvres seraient rendues plus faciles.

En prolongeant un peu en arrière l'incision horizontale on pourrait même, le cas échéant, diviser le tendon d'Achille; rien n'empêcherait alors de basculer complètement en dedans le pied tout entier.

La voie externe est la seule qui puisse permettre de pareilles manœuvres, car du côté interne, la présence des vaisseaux, des nerfs et des tendons, limite forcément l'étendue des incisions.

Albert, et après lui Karewski, ont employé pour le cou-de-pied la ligne d'opération suivante : incision transversale allant d'une malléole à l'autre, intéressant les tendons extenseurs fortement tendus. Cette section des tendons semble au moins inutile et peut être d'autant plus regrettable, qu'elle doit s'accompagner de la section de l'artère pédieuse et des nerfs dorsaux du pied, sur un membre dont la nutrition laisse déjà à désirer.

Si on veut, du même coup, ankyloser l'articulation de Chopart, Karewski recommande de faire décrire à la ligne d'incision une courbe dont la convexité antérieure atteint l'interligne médio-tarsien. Dans les cas très prononcés de varus équin, le même auteur préconise une incision qui, partant de la malléole externe, descend perpendiculairement à la plante du pied, traverse celle-ci pour aboutir à

un travers de doigt environ en avant de la malléole interne.

Quel que soit le procédé employé pour l'exécution de l'arthrodèse tibio-tarsienne, il convient de tailler les surfaces articulaires et particulièrement la face supérieure de l'astragale, de façon à ce que leur contact soit parfait, dans une position du pied telle qu'il forme avec la jambe un angle légèrement aigu. C'est, en effet, de cette façon qu'il faut le placer et le maintenir à l'aide des appareils. La marche ultérieure de l'opéré est rendue plus facile par cette situation du pied. Un pied, soudé à angle droit, serait plus gênant pour la marche que celui qui présente un léger degré de la flexion, qui doit se produire à chaque pas, au moment où le pied opposé quitte le sol.

Cette position du pied aurait encore plus d'importance pour celui chez qui une arthrodèse du genou serait pratiquée sur le même membre, car tout degré d'équinisme l'exposerait à rencontrer le sol à chaque pas dans la projection du pied en avant, la flexion de la jambe ne venant plus relever la pointe de celui-ci.

C'est au *genou* que l'arthrodèse s'est le plus rapprochée de la résection. Pour opposer une surface plane au plateau tibial, on a sectionné la convexité des condyles fémoraux et, par conséquent, combiné l'abrasion cartilagineuse à une section osseuse.

L'atteinte portée au squelette est ainsi de beaucoup inférieure à la perte de substance créée par Albert dans ses premières opérations, dans lesquelles le trait de scie passait au plus haut point de la fossette intercondylienne. Dans sa première opération, Albert aborda l'articulation par le procédé de Volkmann, scia la rotule pour la suturer ensuite ; dans sa deuxième opération, il sutura le fragment supérieur de la rotule au fémur; dans sa troisième opération, il enleva la rotule. Dans ces trois cas, il sutura le tibia au fémur. On doit tendre à simplifier l'opération, en supprimant les sutures osseuses et le drainage, ainsi que les sections osseuses étendues. Le but à atteindre étant de mettre en contact des surfaces dépouillées des cartilages jusqu'au tissu osseux, on ne sera pas obligé de les aplanir à la scie, dans les cas où le bistouri, le ciseau et la gouge tranchante suffiront à établir des surfaces dont les saillies ou concavités s'emboîteront assez exactement. Nous avons constaté qu'on pouvait, au moins chez les jeunes sujets, se passer facilement de la scie dans l'arthrodèse du genou que nous avons pratiquée, à l'aide d'une simple incision transversale divisant la rotule, en conservant au plateau tibial et à la poulie fémorale leur forme approximative. A la fin de l'opération, l'affrontement des deux fragments rotuliens aide au maintien des rapports du tibia et du fémur et concourt à rendre inutile la suture osseuse; c'est ce que M. Richelot a bien indiqué à propos des arthrectomies (1).

C'est l'arthrodèse du genou qui peut le plus porter atteinte à la longueur du membre. Le raccourcissement maximum serait de 1 centimètre et demi (Karewski). Si on n'aplanit pas à la scie les surfaces opposables, il est certainement encore moindre.

Pour le *coude*, Karewski recommande l'incision de Kocher, avec incision interne facilitant le dépouillement cartilagineux de l'humérus et de la cavité olécranienne. L'incision de Roux ou des incisions latérales longitudinales seraient commodes. Dans l'enchevillement, on enfonce la tige à l'aide d'une petite incision cutanée, dans la partie supérieure du cubitus fléchi à angle droit, et on la fait pénétrer jusque dans l'humérus.

(1) Richelot. Société de chirurgie, 26 novembre 1890.

A l'*épaule*, il faut recourir à la suture osseuse, en passant un fil à travers la tête humérale et la partie supérieure de la cavité glénoïde, aidé au besoin d'une suture reliant l'humérus à l'acromion. L'incision sera, autant que possible, unique et longitudinale antérieure. Les chevilles seront enfoncées horizontalement à travers la tête humérale jusque dans la cavité glénoïde. Les faits montrent qu'il faut recourir à tous ces moyens, et au besoin à la résection d'une partie de la capsule, si on ne veut pas s'exposer à un insuccès complet et au retour à la laxité primitive avec chute de l'humérus. Encore n'obtiendra-t-on souvent, de cette manière, qu'une articulation mieux fixée mais sans soudure osseuse.

VI

Résultats. — Pour être convaincu de l'utilité et de la bénignité des opérations d'arthrodèse, il suffit d'examiner l'ensemble des opérations qui ont été pratiquées. M. Ramally a pu en réunir 68, parmi lesquelles 49 sont des arthrodèses vraies, qui toutes ont amené un résultat favorable.

La chirurgie orthopédique est donc en possession d'une méthode opératoire qui, appliquée dans des conditions d'asepsie rigoureuse, permet la restauration d'infirmités restées jusqu'à elle sans soulagement, n'étant que palliées quelquefois par l'usage d'appareils dont elle supprime les inconvénients, au grand bénéfice des malades.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 février 1891. — Présidence de M. Terrier.

RAPPORTS

Statistique. — M. TERRIER fait un rapport sur une communication de M. Delagenière (du Mans), dans laquelle cet auteur fait connaître la statistique des 191 opérations chirurgicales qu'il a pratiquées dans cette ville.

Amputation inter-scapulo-thoracique. — M. BERGER fait un rapport sur une communication de M. Eugène Monod (de Bordeaux). Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui, depuis trois mois, était atteint d'une volumineuse tumeur de l'épaule gauche, déterminant de vives douleurs et une impotence fonctionnelle absolue. La tumeur était molle, sans adhérences, envoyait déjà des prolongements du côté des muscles de l'omoplate et présentait tous les caractères d'un ostéo-sarcome. M. Monod enleva cette tumeur par le procédé qu'a décrit M. Berger : section à la partie moyenne de la clavicule, ligature de l'artère et de la veine axillaires, section de ces vaisseaux entre deux ligatures, prolongement de l'incision jusqu'à l'angle de l'omoplate, pénétration dans l'aisselle et décollement de l'omoplate par sa face antérieure, réunion et drainage. Le malade présenta, pendant deux jours, un schock opératoire assez inquiétant, puis les suites furent simples et la guérison était obtenue après un mois et demi. Trois mois après l'opération, le malade succomba très rapidement à une affection pulmonaire, qu'on peut supposer due à une généralisation sarcomateuse du côté du poumon.

L'examen anatomique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un sarcome périostique de l'extrémité supérieure de l'humérus. On voyait, sur la pièce, de nombreuses infiltrations sarcomateuses dans les muscles petit rond, sous-scapulaire.

A propos de cette observation, M. Berger appelle de nouveau

l'attention sur la bénignité relative de l'amputation inter-scapulo-thoracique. Avec les précautions antiseptiques, la mortalité, par cette opération, est devenue presque nulle. Malheureusement, quand il s'agit d'affection sarcomateuse, la récidive est fréquente. Sur 11 cas, elle s'est produite 8 fois, de un à dix-sept mois après l'opération. On peut dire que la récidive est la règle.

La conclusion à tirer du fait de M. Monod c'est que, quand il s'agit d'un sarcome périostique de l'extrémité du membre supérieur ayant dépassé les limites osseuses, il doit être de règle de porter l'amputation entre l'omoplate et le tronc, à cause des infiltrations néoplasiques presque constantes du côté des muscles de l'omoplate. Cette amputation est infiniment préférable à la simple désarticulation de l'épaule et n'est pas sensiblement plus grave. M. Berger conseille de faire d'emblée une réunion complète, sans drainage.

DISCUSSION

M. QUÉNU trouve la conclusion de M. Berger trop absolue et croit qu'il faut établir, au point de vue de l'intervention, une distinction entre les sarcomes déjà étendus et les sarcomes encore compris dans la cavité articulaire. M. Quénu cite un cas dans lequel il s'agissait d'un sarcome limité à la tête de l'humérus et qu'on avait pris pour une ostéite épiphysaire. On fit la trépanation et comme, au cours de l'opération, on s'aperçut qu'il s'agissait d'un sarcome, on pratiqna la désarticulation. Pour les cas de ce genre, il n'est pas nécessaire de recourir à l'amputation inter-scapulo-thoracique. Cette opération doit être pratiquée seulement pour les sarcomes déjà étendus.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, contrairement à M. Quénu, appuie les conclusions de M. Berger et croit, qu'en présence d'affections sarcomateuses, il doit être de règle d'aller le plus loin possible et de préférer toujours les ablations les plus larges. M. Lucas-Championnière n'a pratiqué qu'une seule fois l'amputation inter-scapulo-thoracique, il a pu se rendre compte que c'était une opération relativement bénigne. Autrefois, en présence de ces cas, on n'hésitait pas à pratiquer la désarticulation de l'épaule, alors même que cette opération devait suppurer. Or, il est incontestable que l'opération de M. Berger, antiseptiquement pratiquée, est moins grave qu'une désarticulation suppurante. Sa proposition paraît donc rationnelle et juste.

M. BERGER fait observer que les cas semblables à celui dont a parlé M. Quénu, sont des cas exceptionnels. Il a surtout voulu parler des faits communs. Or, du moment que l'affection a franchi les limites osseuses et qu'il y a du gonflement, il faut opérer largement à cause des infiltrations néoplasiques qui se font dans les muscles. Il faut faire une opération permettant un nettoyage complet de la région. C'est à ce titre que l'amputation inter-scapulo-thoracique doit être recommandée.

Brûlure étendue du creux poplité. Autoplastie. — **M. BERGER** fait un second rapport sur une observation adressée par M. Gueilliot (de Reims), dans laquelle il s'agit d'une brûlure étendue du creux poplité du membre inférieur gauche, ayant laissé une vaste perte de substance qui a été comblée par un lambeau emprunté au membre inférieur droit, et dont le pédicule n'a été coupé que le vingt et unième jour; les deux membres étaient restés accolés l'un à l'autre pendant tout ce temps. La réparation a été complète et parfaite. Dans ces cas, M. Berger conseille de faire une petite autoplastie complémentaire du pédicule une fois coupé.

COMMUNICATIONS

Extirpation du rectum par la voie sacrée. — **M. RICHELOT** fait une communication sur ce sujet. Il rappelle avoir, l'année dernière, émis cette opinion que la méthode de Kraske était bonne seulement pour les cancers franchement opérables, et qu'il fallait en rester, pour les autres, aux opérations palliatives, telles que l'anus iliaque. En Allemagne, on a attaqué, par la résection du coccyx et d'une partie du sacrum, des cancers envahissants inabordables et c'est pour cette raison que certains relevés accusent une mortalité sérieuse. Or, elle doit être nulle ou insignifiante quand l'opération est faite dans des conditions acceptables; c'est, en effet, une opération à ciel ouvert, dans laquelle le chirurgien voit ce qu'il fait, sait où il va, assure commodément l'hémostase et l'antisepsie.

Si donc on applique cette opération à des tumeurs opérables, pouvant être enlevées en totalité, sa supériorité est incontestable. Voici comment les choses se passent : Incision sur la ligne médiane au-dessous du coccyx et aboutissant vers la partie moyenne du sacrum en s'inclinant légèrement à gauche, énucléation du coccyx, ablation, avec la pince coupante, d'un fragment latéral gauche du sacrum; arrivée, à travers le tissu cellulaire, sur le rectum, ligature des vaisseaux nombreux en cette région, exploration de la tumeur à travers la paroi rectale, ouverture de l'intestin, ablation, par fragments, de toutes les parties malades, séparation soigneuse de la prostate ou de la paroi vaginale, hémostase facile et complète avec les pinces, ménagement ou ouverture du péritoine, suivant les cas; et, en cas d'ouverture, voulue ou non, fermeture par quelques points de suture; abaissement du bout supérieur de l'intestin et réunion au bout inférieur, réunion de la plaie avec ou sans drainage. L'opération est minutieuse et elle dure, en moyenne, deux heures.

Cette opération est bien supérieure à celles qu'on faisait, à l'aveugle, par la voie périnéale. Ces dernières n'étaient bonnes que pour des cancers inférieurs et très limités. Elles sont insuffisantes ou deviennent dangereuses pour les tumeurs à siège élevé.

Lorsque M. Richelot a fait connaître à la Société le premier cas dans lequel il a eu recours à l'opération de Kraske pour un cancer annulaire, circonscrit, mobile et très haut situé, il résumait ainsi son opinion : « Opérer plus à l'aise, épargner le sang, être sûr de ne pas ouvrir le péritoine ou ne l'ouvrir qu'à bon escient, enfin et surtout conserver le sphincter. » C'est là, en effet, un point capital de pouvoir conserver le sphincter externe et de pouvoir guérir les malades sans infirmité consécutive. Aujourd'hui, M. Richelot a la même opinion avec plus d'expérience, puisqu'il a pratiqué cinq fois cette opération, et il est plus à même de faire connaître les services qu'elle peut rendre et qu'il résume ainsi :

1° Disséquer méthodiquement des cancers très haut situés en conservant la région sphinctérienne;

2° Enlever complètement les cancers nettement circonscrits, mais qui seraient inopérables avec les autres méthodes, leur limite supérieure échappant au bistouri;

3° Conserver tout ou partie du sphincter externe, même quand la paroi rectale est envahie jusqu'en bas;

4° Éviter la formation d'un cloaque dans les cancers de la paroi recto-vaginale;

5° Attaquer les récidives encore limitées et donner aux malades une dernière chance de salut;

6° Enfin, rendre plus facile et plus précise l'extirpation des rétrécissements syphilitiques.

M. Richelot cite plusieurs observations à l'appui de ces propositions. Ces observations sont au nombre de cinq; sur ces cinq cas, une mort qui n'a rien à voir avec la méthode suivie; il s'agissait d'un emphysémateux de cinquante-huit ans, mort de congestion pulmonaire après avoir respiré du chloroforme pendant deux heures. Sur les quatre qui vivent, il y a :

1° Un cancer annulaire à siège élevé, qui ne pouvait être abordé qu'après de sérieux délabrements;

2° Un cancer de la paroi recto-vaginale, inaccessible aux procédés classiques, enlevé complètement par la voie sacrée, avec conservation de l'anus et du vagin, restitution complète de la forme et de la fonction;

3° Une récidive dont l'extirpation, par tout autre moyen, n'aurait pu être qu'une témérité injustifiable;

4° Un rétrécissement syphilitique pour lequel l'adoption de la voie sacrée était une sûreté de plus.

Ce dernier est guéri pour toujours, sans infirmité. Il n'en est malheureusement pas de même pour tous les autres. La récidive enlevée deviendra, sans doute, ce que deviennent les cas désespérés. L'ablation du cancer annulaire a été suivie d'une prompte récidive dans la partie inférieure, d'où l'indication de faire une section longitudinale de l'intestin, y compris le sphincter, pour le reconstituer ensuite par la suture. Enfin la tumeur recto-vaginale est guérie dans les meilleures conditions et sans infirmité, depuis huit mois.

M. ROUTIER rappelle que, dans son premier mémoire, Kraske a proposé son opération pour enlever les cancers haut placés du rectum. Dans un second mémoire, il a particulièrement insisté sur la conservation de la région sphinctérienne. Cette opération est surtout indiquée chez la femme. Chez l'homme, elle a donné lieu à des accidents à cause du voisinage des vésicules séminales, de la vessie qui a été plusieurs fois ouverte. M. Routier a pratiqué deux fois cette opération. Sa première opérée va très bien et est opérée depuis un an et demi. Dans le second cas, la récidive s'est faite presque immédiatement et la malade est en pleine généralisation de cancer.

PRÉSENTATION DE MALADES

Filariose. — M. ROBERT présente un malade atteint de filariose.

M. MOTY a observé six cas de filariose au Val-de-Grâce, depuis peu de temps. Il s'agit généralement de fonctionnaires venant des colonies. La recherche de la filaire présente généralement les plus grandes difficultés ; on ne la trouve que le soir, entre six heures et minuit. Chez le malade présenté par M. Robert on en a trouvé en moyenne quatre par goutte de sang, ce qui représente environ 150 à 200000 pour la masse totale du sang. Les filaires meurent très vite ; elles sont encore animées de mouvement dix-huit heures après leur recherche.

Presque tous ces malades s'étaient présentés au Val-de-Grâce comme étant atteints de hernies crurales dont ils venaient demander la cure radicale ou chirurgicale. Chez l'un d'eux même, cette erreur de diagnostic a été commise et ce n'est qu'au cours de l'opération de la cure radicale qu'on s'est aperçu qu'il s'agissait de lymphangiectasie.

M. RECLUS a opéré un malade qui présentait dans la région inguinale une tumeur dure, longue, douloureuse, qu'il avait prise pour un épiplocèle enflammé. En pratiquant l'extirpation de cette tumeur, il s'aperçut qu'il s'agissait de varices lymphatiques. Ce malade avait, d'ailleurs, des varices lymphatiques généralisées. On n'a pas trouvé de filaires. La tumeur examinée au Collège de France a été considérée comme un myxome.

M. THÉOPHILE ANGER, qui a eu ce malade dans son service, ne peut accepter ce diagnostic histologique de myxome. Ce malade présentait, d'ailleurs, de nombreuses varices lymphatiques.

Hydrencéphalie, trépanation, drainage du ventricule. — M. BROCA présente un enfant qui était atteint d'hydrencéphalie ayant donné lieu à des phénomènes convulsifs. Il trépana cet enfant et fit un drainage du ventricule.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouvelle géographie universelle (1), par E. Reclus.

Le dix-septième volume de la « Nouvelle Géographie universelle » est consacré aux Indes occidentales, Mexique, Isthmes américains et Antilles. Il contient 4 cartes en couleur, tirées à part, 191 cartes intercalées dans le texte et 75 vues ou types gravés sur bois.

Que le lecteur se rassure, si nous lui présentons le dix-septième volume avant le seizième. Celui-ci ne doit paraître qu'en 1891, et nous donnera l'histoire géographique des États-Unis.

M. Reclus jette d'abord un coup d'œil général sur le Mexique, les Isthmes américains et les Antilles ; puis il reprend, en particulier, les grandes divisions.

Voici d'abord le Mexique, subdivisé en Mexique proprement dit, au nord de l'isthme de Tehuantepec, et en Mexique oriental. Suivant son programme ordinaire, l'auteur consacre de très intéressants développements à la statistique générale, au gouvernement et à l'administration du pays.

Après le Mexique, nous étudions le Honduras britannique, l'Amérique centrale (Guatemala, Salvador, Honduras, Nicaragua et Costa-Rica) ; puis Panama, la Méditerranée américaine (golfe du Mexique et mer des Antilles), Cuba, la Jamaïque, l'île Saint-Domingue (Haïti et la Dominicaine ou Santo-Domingo), Puerto-Rico, les Iles vierges et Sainte-Croix, les Bahamas et les Bermudes.

Enfin l'auteur termine ce volume par le groupe des Petites-Antilles qui nous intéressent tout particulièrement, puisque nous y trouvons nos possessions de la Guadeloupe et de la Martinique.

Nous n'avons plus à faire l'éloge de la « Nouvelle Géographie universelle ». Chaque volume est attendu avec impatience ; il est traité avec la même conscience que ceux qui l'ont précédé et reste notre mine de renseignements la plus riche, et qu'il faut consulter chaque fois qu'on veut rafraîchir sa mémoire sur les mœurs, l'anthropologie, l'ethnographie, aussi bien que sur tous les documents d'ordre géographique.

Dictionnaire de botanique (1), par H. Baillon.

Le vingt-septième fascicule comprend les articles PAND-PHYT.

Nous relevons : le Papayer, auquel les travaux de MM. Bouchut et Würtz ont donné une certaine célébrité comme digestif ; le Pareira-brava ; la Pariétaire, la Parisette, le Parmélia, la Parnassie, le Passiflore et surtout les Pavots. Signalons la notice consacrée à Payer. M. Baillon n'a pas voulu laisser à un autre le soin de parler de son maître. Il le fait avec toute l'émotion d'un cœur dévoué et nul ne pouvait mieux juger l'action de Payer. Mais ce n'est pas sans tristesse que nous lisons que « sans sa perte prématurée [de Payer], la botanique française aurait pu être sauvée ». Il y a là un cri de découragement qu'expliquent bien des luttes, bien des injustices, bien des dénis d'équité ; mais, en dehors et au-dessus de toutes ces intrigues inavouables, l'auteur de l' « Histoire des plantes » plane à une telle élévation, que son nom ne périra pas. Ses ennemis seront oubliés, que son œuvre laissera encore une traînée lumineuse dans la science.

Une belle chromolithographie nous donne les détails de l'Ornithocephalus chloroleucus.

Exploration dans l'Amérique du Sud (2), par A. Thouar.

Au mois d'avril 1883, M. Thouar arrivait à peine à Santiago du Chili, que M. Bourguarel, chargé d'affaires de France, lui communiquait un message du ministre des Affaires étrangères prescrivant des recherches au sujet de deux survivants de la mission Crevaux. On les avait aperçus prisonniers chez les Indiens Tobas, du haut Pilcomayo.

C'est le récit de ce voyage, à la recherche des restes de la mission Crevaux, qui fait la première partie des Explorations dans l'Amérique du Sud. Il ne reste plus le moindre doute sur le sort des infortunés membres de la mission Crevaux. Sauf un, tous ont succombé.

M. Thouar cherchait une route commerciale entre la Bolivie et la Plata. Ces études nécessitèrent une nouvelle absence de trente-huit mois et trois explorations.

La première, de fin juillet à décembre 1885, dans la delta de Pilcomayo. La seconde, de février à juillet 1886, de Buenos-Ayres à Sucre. La troisième, de décembre 1886 à décembre 1887, dans le Chaco boréal.

---

(1) Gr. in-8°. Prix : 30 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(1) In-4°. Prix : 5 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(2) In-16. Prix : 4 francs. — Paris, Hachette et Cie.

On lira avec un véritable intérêt les observations recueillies par notre savant compatriote.

Aux Antipodes (1), par Verschuur.

Après le voyage d'études, nous présentons à nos lecteurs un voyage de véritable touriste. Récit très agréable, conteur aimable, parfois un peu nerveux, mais bon observateur, et nous laissant bien des regrets en nous montrant la facilité d'un voyage aux antipodes.

Peut-être M. Verschuur avait-il des facilités qu'un simple mortel ne possèderait pas. Il avait un *free pass* et, grâce à cette carte de circulation, les trains le transportaient sans dépenses. Il en a profité, il a beaucoup vu ; il raconte très agréablement.

Il nous conduit de Marseille à Melbourne. Nous partons pour la Nouvelle-Galles du Sud, puis pour la Nouvelle-Zélande, et pour la « Nouvelle ». Celle-là est le paradis de nos forçats et l'on comprend, à la description du voyageur, pourquoi cette intéressante classe de personnages préfère la *Nouvelle* aux maisons de détention.

Notre voyageur retourne en Nouvelle-Zélande pour, ensuite, aller franchir le détroit de Magellan, saluer la Terre de feu, gagner Rio-de-Janeiro, visiter Montevideo, Buenos-Ayres et rentrer par Dakar, Lisbonne et Bordeaux.

Ce récit de voyage est un des plus agréables que nous ayons lus depuis quelques années.

(1) In-16. Prix : 4 francs. — Paris, Hachette et C[ie].

— Le jury du concours du Bureau central est provisoirement constitué par MM. Brocq, Ollivier, Hanot, Rendu, Matice, Humbert et Dumontpallier.

Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » . — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Saint-Louis. Quelques considérations sur une méthode d'ablation des tumeurs de la langue. — Hospice de Bicêtre. Les paraphasiques : Troubles du langage simulant la démence incohérente. — Médecine pratique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 23 février 1891.

La Société médicale des hôpitaux vient d'émettre le vœu suivant :

Les médecins des hôpitaux pourront se faire suppléer pour la consultation externe par un médecin du Bureau central, par un admissible, ou par un ancien interne des hôpitaux.

La Société des chirurgiens a formulé ainsi son opinion :

Les chirurgiens des hôpitaux tiennent à rester chargés de la consultation externe; toutefois, pour certains services, le chirurgien titulaire pourra se faire suppléer par un chirurgien du Bureau central.

Telles sont les deux demandes vis-à-vis desquelles le conseil de l'Assistance publique va se trouver placé : d'un côté, les médecins qui paraissent vouloir se décharger du service de la consultation externe ; d'un autre, les chirurgiens, considérant ce service de la consultation comme un de leur devoir, quelques-uns même comme une de leurs prérogatives, refusent, à cet égard, la moindre suppléance !

Nous serions curieux de savoir ce que vont décider les membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Ils peuvent s'en tenir au règlement et rappeler à leur devoir les médecins et chirurgiens, négligents du service qui leur est confié ; mais peut-être feront-ils mieux de rechercher les motifs qui ont fait surgir les propositions à eux soumises. Pourquoi le médecin se désintéresse-t-il de sa consultation externe et la considère-t-il comme une inutile corvée? C'est qu'en réalité, en dehors des quelques malades qui sont jugés assez gravement atteints pour être admis, les 9/10e des autres ne peuvent être régulièrement et fructueusement soignés par un médecin qui ne les revoit qu'une fois toutes les semaines et même trois fois par mois. La consultation externe se trouve donc à peu près réduite de fait à un service d'admission à l'hôpital ; la véritable consultation n'existe pas, le malade externe n'est pas traité. Il conviendrait donc de reviser complètement ce service, et cela dans l'intérêt des malades ; la question est délicate et complexe, elle mérite d'être étudiée longuement; mais en attendant, il est urgent que, malgré ses défectuosités, le service des consultations fonctionne plus régulièrement qu'il ne fonctionne, et il est du devoir de l'Assistance publique de rappeler aux médecins que leur présence à la consultation externe est absolument exigée ; ce service ne les retient, d'ailleurs, que quatre fois par mois; car, il ne faut pas l'oublier, la consultation externe n'a lieu qu'une fois par semaine pour chaque médecin.

Par contre, certaines consultations particulièrement chargées, amenant, comme à l'hôpital Saint-Louis, jusqu'à 300 malades, doivent être confiées, sous la direction d'un chef de service, à un personnel médical plus nombreux et spécialement expérimenté. Aussi, l'Assistance publique qui possède tous les documents et toutes les statistiques nécessaires, qui connaît les services surchargés et ceux qui ne le sont pas, doit donner, aux médecins qui en ont réellement besoin, l'assistance qu'ils réclament. Mais elle doit rappeler aux autres, qui voient dans la consultation une simple corvée, que cette corvée fait partie intégrante des fonctions, qu'ils ont si ardemment désirées.

Pour les chirurgiens, la situation est un peu différente : il y a certains hôpitaux où il n'existe qu'un seul chirurgien, la consultation a lieu pour lui tous les jours. Dans ces conditions, étant donné les exigences de la chirurgie moderne, il faut ou organiser dans ces hôpitaux un service spécial de chirurgiens consultants ou n'ouvrir la consultation que trois fois la semaine.

Pour la grande majorité des chirurgiens, le service de la consultation est beaucoup plus chargé que pour la plupart des médecins. C'est tous les deux jours et non trois ou quatre fois par mois qu'a lieu la consultation pour un même chirurgien. Cependant, malgré cela, les chirurgiens réclament leur droit à la consultation, ils repoussent toute intromission étrangère dans leur service et ils sont résolus à faire eux-mêmes leur consultation.

L'Assistance publique doit prendre acte de ces paroles et s'en armer au besoin contre ceux qui les oublieraient trop vite. Le principe de la consultation par le médecin ou le chirurgien étant établi, toutes les fois qu'il sera violé le devoir du directeur de l'Assistance publique est d'en avertir et blâmer le coupable, d'étudier si son service est réellement trop lourd ou trop chargé et, dans ce cas, ne pas hésiter à lui enlever cet excédent de charges, en le dédoublant immédiatement. Dans le cas, où, au contraire, ce serait de la part du titulaire une fatigue prématurée qui ne lui permettrait pas de remplir complètement les devoirs de sa

charge, il serait bon de lui rappeler que l'honorariat peut se prendre au-dessous de l'âge maximum fixé par les règlements.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Quelques considérations sur notre méthode d'ablation des tumeurs de la langue.

Une hémostasie préventive rigoureuse est indispensable pour les opérations pratiquées sur la langue, surtout pour l'ablation des tumeurs liquides et solides de cet organe. Nous avons décrit, il y a dix-sept ans (1), la méthode que nous employons et qui nous a rendu d'excellents services. Le huitième volume de nos *Leçons de Clinique chirurgicale* renferme huit nouvelles observations de malades opérés à l'hôpital Saint-Louis. Malgré les efforts que nous avons faits pour vulgariser cette méthode, certains chirurgiens semblent ne la connaître qu'imparfaitement ou ne pas la connaître du tout. Nous allons résumer ce que nous avons dit et écrit à différentes reprises.

Lorsque nous voulons pratiquer l'ablation de la langue pour les causes indiquées, le malade est endormi dans la position demi-assise, les arcades dentaires sont maintenues écartées avec l'écarteur de Mathieu et deux éponges portées sur de longues pinces à arrêt sont placées profondément entre les joues et l'arcade dentaire, afin d'empêcher le sang de pénétrer dans le larynx.

Différentes circonstances pourront obliger de modifier plus ou moins le manuel opératoire, nous allons les passer en revue :

1° *La tumeur est limitée à une partie de la langue.* — Une forte pince hémostatique (2) est placée transversalement en arrière de la tumeur, une seconde longitudinalement sur la partie médiane de l'organe, une troisième est appliquée sur le plancher de la bouche (3). Ces pinces sont mises en dehors du tissu morbide, assez loin pour que le chirurgien puisse l'enlever complètement, sans qu'elles le gênent. L'ablation est faite de telle sorte qu'on puisse rapprocher aisément les lèvres de la perte de substance qu'elle entraîne. D'habitude, nous fermons complètement la plaie avec des sutures en soie ou en crin de Florence, sutures à anses séparées et très rapprochées les unes des autres. Ces points, qui permettent de faire la filopressure, contribuent à assurer l'hémostase définitive. L'opération terminée, les pinces deviennent inutiles et sont enlevées. Ces précautions permettent d'obtenir la fermeture des plaies, facilitent la réunion, mettent les tissus sous-jacents à la muqueuse à l'abri du contact de l'air et des liquides irritants de la cavité buccale. Inutile d'ajouter que les fils servant aux sutures ne doivent pas être assez serrés pour couper les tissus; cet accident faciliterait les inoculations septiques et leurs conséquences : phlegmons, adénopathies, etc. Après la suture, on applique facilement à la surface du moignon lingual un pansement à la gaze iodoformée ou boriquée. Les fils sont retirés au bout de huit à dix jours, lorsque la réunion est suffisamment solide. Nous avons, bien souvent, dans notre enseignement à l'hôpital Saint-Louis, insisté sur les avantages indiscutables que présentent ces sutures (1).

(1) V. DENY et EXCHAQUET. *De la forcipressure*, et *Cliniques chirurgicales*, t. I, 1875.

(2) Le modèle en est figuré à la p. 1245 du t. VII de nos *Cliniques*.

(3) DENY et EXCHAQUET. Loc. cit., fig. 7.

2° *La tumeur est assez volumineuse pour que l'ablation totale ou presque totale de la langue soit nécessaire.* — Le pincement préventif est aussi utile que dans le cas précédent, mais il faut plus de pinces ; on en met au moins deux en avant et deux en arrière, de chaque côté (fig. 1) ; la langue est ensuite enlevée et, si les parties molles du plancher de la bouche

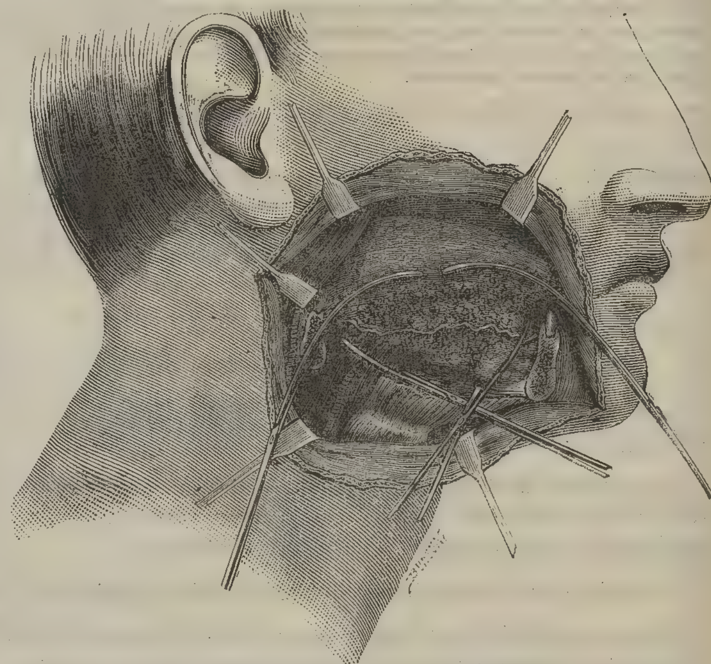


FIG. 1. — Pincement préventif pour l'ablation totale ou presque totale de la langue.

peuvent être suturées sur la ligne médiane, on tente la réunion par première intention, comme on le voit sur la figure 2.

3° *Le plancher de la bouche est envahi en même temps que la langue.* — On opère comme dans les cas précédents. S'il reste assez de muqueuse saine pour recouvrir la surface saignante, les bords sont rapprochés et suturés. Les vaisseaux, antérieurement pincés, seront compris dans des anses de fil qu'on place de manière à bien assurer l'hémostase; à ce moment, on enlève les pinces ayant servi à l'hémostasie préventive et on ferme la plaie de la joue, de manière à obtenir une réunion par première intention. Mais s'il ne reste pas assez de muqueuse pour recouvrir la perte de substance, on enlève les pinces placées pour l'hémostasie préventive (toutes ou quelques-unes seulement) et on les remplace par des pinces ordinaires qu'on laisse à demeure.

4° *Le cancer s'est propagé de la langue au plancher de la bouche et à une portion du maxillaire.* — Il faut alors extirper, en même temps que la langue, une portion plus ou moins étendue du maxillaire inférieur, le corps, par exemple (fig. 3), ou l'une des moitiés latérales (fig. 2). Dans ce but, on fait, au niveau du bord inférieur, une incision assez grande pour réséquer la

(1) T. V, p. 210; t. VII, p. 52, fig. 13.

portion malade; la langue mise à découvert, on la circonscrit avec des pinces et on l'excise. Parfois, dans ces cas, après l'ablation du tissu morbide, il reste, du côté de la face dorsale ou des parties latérales de la langue près de sa base,

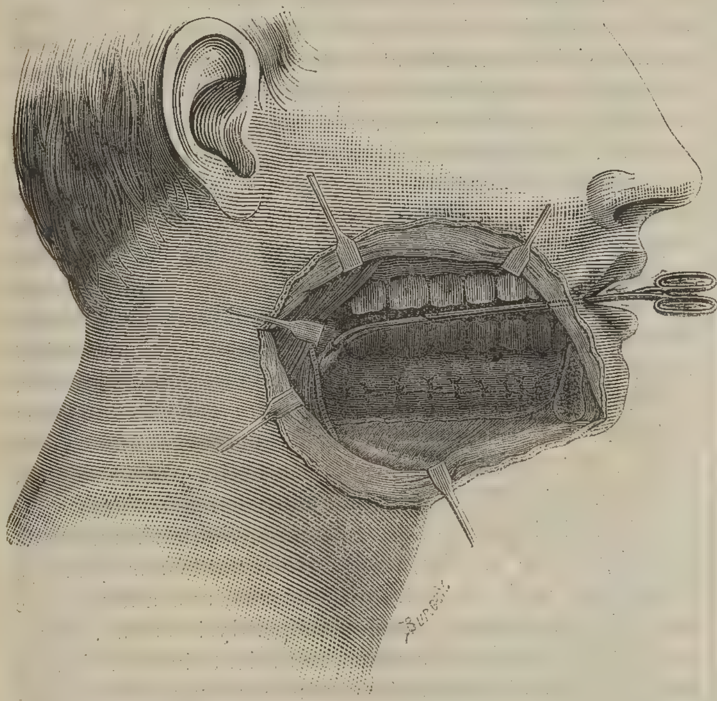


Fig. 2. — Réunion de la plaie après l'extirpation de la tumeur et l'ablation des pinces, la suture assurant l'hémostase, une seule pince est laissée à demeure sur l'épiglotte pour empêcher l'asphyxie.

assez de tissu sain pour qu'il vaille la peine d'être conservé; le chirurgien le ménage pendant l'opération et taille un moignon qui figure une petite langue (fig. 3). Cette espèce d'autoplastie est d'autant plus nécessaire que les tentatives

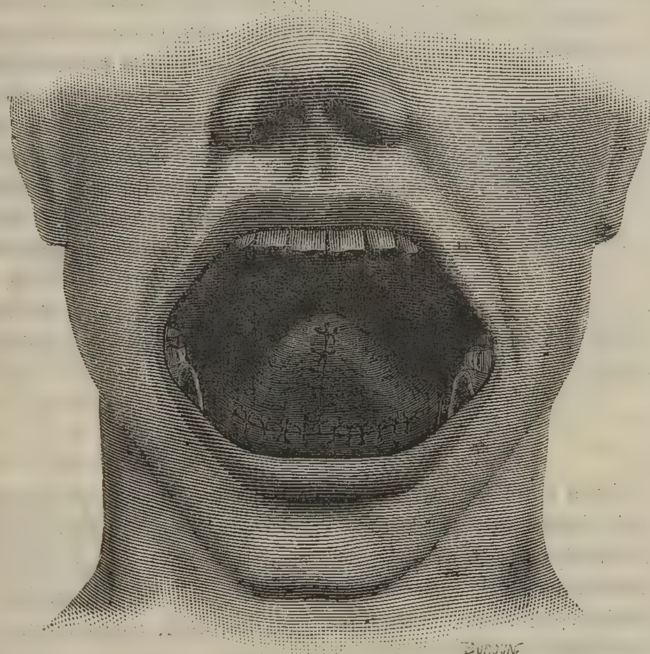


Fig. 3. — Suture des parties restantes de la langue et du périoste.

de prothèse de la langue faites jusqu'à ce jour n'ont abouti à aucun résultat avantageux. Il faut dire qu'après l'ablation de l'organe, la phonation et la déglutition même des liquides sont presque toujours très satisfaisants. Les bords sont adossés et suturés de manière à masquer les surfaces saignantes pour faciliter la réunion par première intention. Si nous n'avons pas assez de tissus sains pour recouvrir les surfaces saignantes, nous laissons les pinces à demeure sur les vaisseaux pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures; il n'y a pas le moindre danger d'hémorrhagie; elles sont placées de manière que leurs anneaux sortent par l'orifice buccal. La gaze antiseptique du pansement empêche que leur pression soit gênante.

Quand on extirpe du même coup une grande portion ou la totalité de la langue et un fragment du maxillaire inférieur surtout du corps, on se trouve parfois, dans le cours de l'opération, en présence d'un accident grave : la menace d'asphyxie. Voici comment nous agissons. L'aide auquel sont confiées les pinces qui servent à faire l'hémostase préventive, attire la langue avec l'une d'elles et empêche sa base de comprimer l'épiglotte. Parfois cela ne suffit pas. On penche alors latéralement la tête du malade, puis avec les doigts on presse la base de la langue des deux côtés, ou bien le bord libre de l'épiglotte est saisi avec une petite pince hémostatique qui restera quarante-huit heures en place (fig. 2), ou bien encore on passe dans la portion de la langue adossée à l'épiglotte un fil de soie dont les extrémités sont attachées aux pièces du pansement en avant du cou et qu'on laisse en place cinq à six jours. Ces précautions permettent d'éviter l'occlusion de l'orifice supérieur des voies aériennes, elles nous ont toujours suffi; jamais, dans les nombreuses opérations de ce genre que nous avons faites, nous n'avons été obligé de recourir au tubage du larynx où à la trachéotomie.

Telle est la méthode que nous appliquons avec succès depuis de longues années. Elle nous a toujours suffi pour mettre les malades à l'abri des hémorrhagies primitives et secondaires, sans que nous ayons besoin de recourir à la ligature préalable des linguales, quelle que soit l'étendue de la lésion et alors même qu'indépendamment des accidents que nous venons de signaler, les ganglions cervicaux commencent à être envahis.

Les chirurgiens qui voudront bien suivre cette méthode pourront entreprendre ces opérations sur la langue, quelque compliquées qu'elles puissent être, sans avoir à redouter ces hémorrhagies qui, autrefois, inspiraient tant de craintes. Nous avons eu, d'ailleurs, la satisfaction de voir, dans ces derniers temps, plusieurs de nos jeunes collègues des hôpitaux adopter notre méthode et montrer, dans la séance du 4 février dernier de la Société de chirurgie, qu'ils en comprennent les avantages.

De ce qui vient d'être dit nous pouvons conclure :

1° Que notre méthode d'hémostasie préventive, suivie de fermeture de la plaie par suture, faite comme nous venons de l'indiquer, permet l'ablation totale ou partielle de la langue sans perte de sang;

2° Qu'elle est applicable lorsque les tumeurs se sont propagées au plancher de la bouche, aux piliers du voile du palais, au maxillaire inférieur;

3° Qu'elle rend inutile la ligature préalable des linguales;

4° Que la fermeture de la plaie opératoire peut être obtenue non seulement après l'ablation des tumeurs limitées à la langue, mais encore de celles qui envahissent le plancher de la bouche et une partie du maxillaire inférieur;

5° Pour faciliter cette fermeture, on donne aux plaies la forme la plus favorable pour aider le rapprochement et la suture des portions de muqueuse conservées sur la langue ou son voisinage;

6° Les sutures sont à points séparés et rapprochés; on les fait avec du crin de Florence ou de la soie, et on les laisse trois ou quatre jours en place; ce mode de fermeture met très bien les tissus sous-jacents à l'abri du contact des liquides irritants; les pansements aseptiques facilitent la réunion par première intention; celle-ci met le malade à l'abri de l'infection putride par auto-inoculation et des hémorrhagies primitives et secondaires;

7° On prévient, dans le cours de l'opération, les accidents d'asphyxie en inclinant latéralement la tête du malade, en plaçant dans le vestibule de la bouche des éponges montées qui empêchent le sang de tomber dans les voies aériennes, en plaçant des fils sur la base de la langue ou de petites pinces sur l'épiglotte de manière à attirer celles-ci en avant;

8° Lorsqu'on peut conserver une partie de la base de la langue, on lui donne la forme de cet organe; cette précaution est d'autant plus nécessaire que jusqu'à présent la prothèse linguale n'a pas donné de résultats.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. CHARPENTIER.

Les paraphasiques : Troubles du langage simulant la démence incohérente.

I

On désigne sous le nom de démence incohérente une variété de déchéance mentale chronique, caractérisée surtout par le désordre du langage, dont les mots et phrases qui le composent offrent une dissociation en rapport avec celle des idées ou dont le fonctionnement se fait automatiquement sans participation intellectuelle proprement dite.

C'est une forme essentiellement chronique et dont on retrouve quelques échantillons dans tous les services d'aliénés. Les plus beaux sujets piquent d'ordinaire la curiosité des personnes peu compétentes en aliénation mentale par le contraste frappant entre l'intensité de leur loquacité et le vide de leur intelligence. En général, l'histoire de ces malades comme celle des vieux chroniques est un peu perdue, oubliée sur d'anciens certificats, et comme cet état incurable est compatible avec une survie prolongée, de tels sujets sont un peu délaissés au point de vue de l'observation scientifique. Leur étude mérite, cependant, quelque attention, car c'est parmi eux qu'il est possible de distinguer quelques cas analogues à ceux que nous allons exposer, formant un groupe particulier en ce sens que, si l'observateur qui les interroge et qui les examine ne comprend pas ce qu'ils disent, il finit par s'apercevoir qu'ils savent ce qu'ils disent ou bien qu'ils veulent dire quelque chose ayant une signification; il voit que ce qu'ils disent ne correspoud pas à ce qu'ils veulent dire et que, derrière l'incohérence réelle, il reste encore un fonds intellectuel non pas pur, mais qui se dessine d'autant plus que le sujet est mieux observé.

Disons de suite que de tels incohérents se distinguent des autres par leur mode d'existence dans l'asile; ils connaissent très bien les habitudes du service, savent ordinairement ce qu'on désire d'eux et sont capables d'obéir et même de travailler si cela leur plaît; certains même sont laborieux, et j'en ai connu un qui était vivement réclamé par son patron qui l'occupait à des travaux de sculpture sur bois; ils ont souvent des idées de persécution; chez un petit nombre, l'incohérence est parfois moins manifeste certains jours et ce sont ceux-là qui sont préférables pour l'examen, si l'on veut mieux apprécier ceux dont l'incohérence est constante.

Le premier sujet de ce genre qui ait fixé notre attention était une malade du service de M. Moreau (de Tours) que nous remplacions à la Salpêtrière. Elle nous fut présentée comme vieille démente et tout son langage consistait en de nombreuses syllabes se surajoutant, souvent les mêmes. Alerte de ses membres, elle venait chaque matin au-devant de nous, tenant la même conversation poly-syllabique, et la surveillante nous apprit que c'était pour avoir un sou que le chef de service lui donnait assez souvent; ce sou était reçu avec une physionomie, une mimique de remerciements et les mêmes intonations; un jour, plus généreux que d'habitude, nous lui fîmes cadeau d'une petite pièce de 50 centimes en plomb; les manifestations de joie étaient encore plus intenses; mais soudain elle vit l'entourage rire, se remit à examiner la pièce, la serra entre ses dents et finit par la rejeter brusquement en s'apercevant qu'elle était fausse, d'où explosion de colère, traduite par les mêmes syllabes, mais dont l'intonation était changée. J'appris par sa mère, admise dans l'hospice comme vieille rhumatisante chronique, que sa fille, âgée de cinquante ans quand je l'observais, avait eu, à trente-cinq ans, une attaque avec perte de connaissance, mais sans paralysie et que, depuis ce temps, la parole et le caractère avaient changé; d'autres attaques étaient venues également sans paralysie remarquée. Elle n'avait pas appris à lire ni à écrire, elle s'irritait graduellement quand elle émettait ses syllabes et qu'elle voyait qu'on ne la comprenait pas; ses emportements ainsi que les troubles du langage avaient fait penser à la démence et l'absence de paralysie méconnaître l'aphasie.

L'aphasie avec parésie motrice, même avec un certain nombre de mots conservés, ne peut être méconnue; il n'en est pas de même lorsque la paralysie n'a pas été constatée. M. Baillarger a rapporté des erreurs de ce genre, M. Falret a notamment insisté sur ce sujet à propos des aphasiques non paralysés. Toutefois un examen attentif et prolongé des gestes, de la physionomie, du regard, des changements de coloration du visage, d'intonation des sons et des mots, des expressions de gaieté, d'attention, de colère appropriées aux questions posées permettent de renseigner sur le degré de l'état intellectuel et d'éviter le diagnostic de démence; l'important est de ne pas oublier la possibilité de l'aphasie.

Mais il existe d'autres troubles du langage que ceux de l'aphasie capable de faire commettre des erreurs de diagnostic et de faire croire à une démence, bien que celle-ci n'existe pas.

II

Il y a trois ans, nous reçûmes de Sainte-Anne un malade qui n'avait fait qu'un trop bref séjour à cet établissement et au Dépôt de la préfecture de police pour y avoir été assez fructueusement examiné. Les certificats mentionnaient : débilité mentale, loquacité, incohérence, extravagances; actes inconscients, excès alcooliques.

C'était un gros gaillard de quarante ans à la figure colorée, à l'air réjoui, ayant assez le visage épanoui de certains paralytiques généraux, mais sans aucun trouble moteur, sans trouble de la langue ni de la parole, il n'offrait non plus aucun signe appréciable d'alcoolisme; à toutes nos questions, il nous répondait par un verbiage des plus

riches composé de mots, les uns sensés, les autres extravagants, mais le tout réuni était absolument incompréhensible; tout cela était débité en souriant avec quelques marques d'impatience ou quelques pauses de silence quand nous lui faisions observer que nous ne comprenions rien à ce qu'il nous disait; puis il reprenait son récit avec le ton d'une personne qui dirait quelque chose de sérieux; il ne présentait aucune déformation anatomique, aucun signe physique, il répondait, cependant, avec précision aux questions de chiffre : 4 fois 7; 7 fois 9; il ne voulait ni lire ni écrire; dans ses réponses nous avions surpris plusieurs fois le pronom indéfini *on* si caractéristique des persécutés; mais nos investigations ne nous donnaient rien; les jours suivants, nous remarquions que le malade nous saluait, nous reconnaissait, répondait même clairement, mais très laconiquement aux premières questions que nous lui posions, mais, en moins d'une minute, le verbiage décousu recommençait; dans la journée il était calme, docile, comprenait ce qu'on lui disait, répondait parfois clairement, brièvement, puis redevenait incohérent. Peu à peu nous fûmes frappé, en l'écoutant causer, d'entendre fréquemment les mêmes répétitions de mots ou de phrases, telle que : paravéri, pré aux clers ou bien en décadence, décadançant, décadent ou encore au bout du lot, loboulu, en courant, coura-t-il, coura pas. Peu à peu, par l'habitude, en supprimant par la pensée ces phrases qui venaient à chaque instant s'intercaler dans sa conversation, nous parvenions, quoique avec beaucoup de peine, à retrouver des phrases compréhensibles qui, à la manière du langage dit javanais, étaient altérées par les mots interposés et nous comprenions qu'il demandait sa mise en liberté, qu'il ne voulait pas être parmi les fous, qu'il était un honnête homme, tout cela interrompu par les phrases précédentes ou d'autres analogues; celles-ci s'intercalaient d'autant plus dans le débit que celui-ci était plus prolongé, en sorte que sa conversation, moins obscure au début, finissait par devenir inintelligible. Admis parmi les travailleurs, il fut vite apprécié comme ouvrier laborieux et très habile en menuiserie.

L'habitude de son langage parvint à nous faire découvrir des idées de persécution, mais nous pensions, et les renseignements ultérieurs sont venus confirmer nos présomptions, que celles-ci devaient être consécutives aux troubles du langage. Et, en effet, un mois après, sa sœur qui était à sa recherche, vint nous raconter que, célibataire, bon travailleur, intelligent, mais un peu noceur et gai de caractère, son frère avait eu, il y a six mois, en dînant dans sa famille, un étourdissement, s'était levé de table, affaissé sur lui-même et avait vomi; il ne paraissait pas paralysé, mais la parole était empâtée; il était resté couché chez sa sœur et le lendemain était retourné à son travail; il revint la voir un mois après, elle fut frappée en l'entendant causer; il avait l'air à la fois de raisonner et de déraisonner; sur l'observation qu'elle lui fit touchant sa manière de causer, il s'impatienta, ne voulut pas rester à dîner et partit; depuis, il aurait eu à l'atelier un nouvel étourdissement suivi de vomissement avec épistaxis les jours suivants; le langage se serait de plus en plus troublé. Un jour dans la rue, il aurait accosté des gardiens de la paix qui, surpris de son langage, l'emmenèrent au poste.

Le père est mort d'un coup de sang; il n'y a pas eu de vésanies, ni de névroses dans la famille; comme antécédents personnels, nous ne relevons que des épistaxis de jeunesse, des migraines et trois apparitions d'hémorrhoïdes, la dernière survenue il y a deux ans. Nous avons conservé notre malade pendant quatre mois; il ne nous a présenté aucun malaise physique; ses idées de persécution, dues aux moqueries de ses camarades d'atelier en raison du langage troublé, dont aucun ne comprenait la signification pathologique, ont disparu; les troubles du langage ont persisté quoique un peu moins fréquents, mais revenant dès qu'il est ému. Au deuxième mois de séjour, nous sommes parvenu à le faire lire; il prétendait que les premiers temps il ne le pouvait pas, peut-être y a-t-il eu de la cécité verbale; sa lecture nous a témoigné les mêmes troubles du langage; les deux ou trois premières lignes étaient correctes, puis le malade rapprochait le texte des yeux, cherchait plus de jour, et intercalait, dans sa lecture, les mêmes phrases étranges énoncées plus haut et finissait par refuser de continuer. Il ne voulait pas écrire, ce n'est que sur la promesse formelle que nous le mettrions en liberté s'il nous écrivait une longue lettre qu'il s'est décidé à le faire. Cette lettre reproduisait les mêmes troubles du langage, les premières lignes étaient claires et bien tracées, les autres plus confuses, avec réapparition des mêmes phrases étranges, mais plus courtes; le tout finissait à la manière des lettres de certains persécutés par de petits dessins et signes de plus en plus minuscules.

Après sa sortie, il est revenu nous voir avec sa sœur; les mêmes troubles du langage persistaient, mais sans troubles intellectuels; six mois plus tard, il nous écrivait une lettre analogue à la précédente, mais contenant des idées de persécution contre ses camarades d'atelier. Nous l'avons perdu de vue.

En résumé, étourdissements, troubles circulatoires, épistaxis, hémorrhoïdes et troubles du langage avec intégrité des mouvements et relative de l'intelligence; possibilité de causer, lire et écrire à la condition d'intercaler des phrases incompréhensibles dans le cours de la conversation, de la lecture et de l'écriture. A moins d'une observation attentive et d'une analyse minutieuse qui nous a demandé plusieurs semaines, nous aurions rangé, parmi les déments incohérents, ce malade qui n'est qu'une variété de paraphasique présentant un mélange des deux langages : le langage intellectuel se composant des mots compréhensibles, suivi rapidement d'une fatigue de l'attention et de la volonté; et le langage automatique, composé de mots extravagants qui venaient involontairement et inconsciemment faire leur apparition pendant des courtes mais fréquentes périodes de fatigue de l'attention et de la volonté. Ainsi compris, ces troubles pourraient être comparés à ces tics ou mouvements impulsifs qui viennent se mêler à l'exécution des mouvements normaux : tels ces sautillements passagers pendant la marche, tels ces clignements spasmodiques des paupières pendant la fixation du regard, telles ces secousses de tremblement pendant les mouvements intentionnels.

Cette intercalation de mots, souvent les mêmes, se retrouve, d'ailleurs, dans des états mixtes intermédiaires entre l'état physiologique et l'état morbide. A la suite d'un long repos, d'une longue conversation ou d'une fatigue quelconque, beaucoup d'individus se répètent le même mot ou la même exclamation pendant qu'ils causent, et cela d'autant plus que leur discours traîne et s'alourdit. La répétition fréquente de locutions vulgaires, chez les gens mal élevés, doit reconnaître souvent une même origine; ces locutions servent à remplacer les mots ou phrases qui ne

viennent pas quand on les cherche; elles garnissent la conversation pour des intelligences peu délicates. Chez les enfants même phénomène se reproduit dans la répétition des expressions : et *alors*, *alors* ou bien *maintenant*, *maintenant*, pendant leurs récitations ou leurs causeries.

Kussmaul, dans son *Traité des troubles du langage*, rapporte très brièvement deux cas de ce genre et propose le mot embolophrasie pour désigner un pareil trouble, que Merkel avait déjà désigné sous le nom d'embololalie. Nous convenons que ces expressions ne nous tentent guère et nous avons toujours remarqué, avec étonnement, que de toutes les maladies, c'était l'aphasie qui n'est autre que la perte des mots qui avait suscité, de la part des pathologistes, la plus grande création de mots nouveaux.

MÉDECINE PRATIQUE

De la conduite à tenir pour prévenir et combattre l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

M. le professeur de Lapersonne (de Lille), dans un rapport présenté à la Société médicale du Nord, donne les instructions suivantes au sujet de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés :

« L'ophthalmie purulente des nouveau-nés est une maladie très grave qui, tous les ans, rend aveugles un grand nombre d'enfants. Les statistiques officielles prouvent que, une fois sur trois, la cécité chez les enfants est due à cette maladie et qu'elle aurait pu être évitée par des soins intelligents et rapidement donnés.

L'ophthalmie commence ordinairement dès le lendemain de la naissance : mais elle peut débuter vers le huitième ou dixième jour. Elle se manifeste par un gonflement et une rougeur des paupières qui empêchent l'œil de s'ouvrir. Il s'écoule des yeux un liquide d'abord clair, jaune citron, puis épais et crémeux, puis verdâtre. Si on ne traite pas cette affection énergiquement, l'œil devient trouble dès le quatrième ou le cinquième jour, il se perfore et se vide. La cécité complète et incurable en est alors la conséquence.

La sécrétion qui s'écoule des yeux est virulente et contagieuse : elle transmet la maladie à l'autre œil, si un seul œil a été d'abord atteint : elle produit l'ophthalmie chez d'autres enfants, si on ne prend pas les précautions nécessaires : transportée par des mains insuffisamment lavées, elle peut devenir la cause d'accidents redoutables de péritonite chez les nouvelles accouchées.

Pour éviter ces graves dangers, il faut prendre les précautions suivantes :

1° On fera des injections vaginales antiseptiques avant l'accouchement, lorsque des pertes blanches abondantes feront craindre une contagion pour l'enfant.

2° Chez *tous* les enfants, immédiatement après la naissance, *avant le bain*, on lavera les paupières avec une solution antiseptique, au moyen d'un linge fin très propre, ou mieux d'un petit tampon d'ouate hydrophile. On se servira soit de la solution d'acide phénique au 1/100ᵉ, soit de parties égales d'eau bouillie et de liqueur de Van Swieten, soit d'une solution qui sera formulée ainsi :

N° 1	Sublimé	10 centigrammes.
	Acide tartrique. . . .	20 —
	Eau distillée	200 grammes.

Aussitôt après les paupières seront entr'ouvertes et on fera tomber dans chaque œil, avec un compte-goutte, une baguette de verre, ou simplement un bout de papier, une goutte du collyre suivant :

N° 2 flacon coloré	Nitrate d'argent. . .	20 centigrammes.
	Eau distillée	10 grammes.

Les formules 1 et 2 pourront être délivrées aux sages-femmes : il suffira de faire suivre l'ordonnance de la mention : Pour les yeux.

Ces flacons devront toujours être apportés par les sages-femmes en même temps que les objets indispensables pour l'accouchement.

3° Si, malgré ces précautions, les premiers signes de gonflement et de sécrétion se produisent, on devra immédiatement appeler le médecin qui, seul, pourra faire les cautérisations nécessaires.

4° Lorsqu'on sera obligé de soigner une ophthalmie purulente, on mettra soigneusement de côté tous les objets qui serviront au pansement. Après chaque lavage de l'œil, on brûlera les linges ou l'ouate qui ont servi. On se lavera convenablement les mains avec du savon et on les trempera dans une solution toujours préparée à cet effet, solution d'acide phénique au 1/40ᵉ ou liqueur de Van Swieten pure. »

D'après le professeur de Lapersonne, ce n'est que grâce à ces précautions rigoureuses que les sages-femmes éviteront des accidents, malheureusement trop fréquents. Leur responsabilité, dit-il, ne saurait être dégagée que si elles ont mis en pratique tous ces moyens.

Traitement et nature du lupus ulcéreux.

M. Augagneur, chirurgien en chef (désigné) de l'Antiquaille, résume ainsi le travail qu'il consacre, dans la *Province médicale*, à cette question si actuelle du lupus.

« Le lupus ulcéreux est le produit d'une association pathologique, très fréquente dans les maladies cutanées; — à l'élément bacillaire spécifique se joignent les microbes de la suppuration vulgaire, le staphylococcus pyogène, le plus souvent; — ces microbes de la suppuration envahissent non seulement les tubercules lupiques, mais les parties saines interposées, changeant absolument l'aspect de l'affection primitive. — Le traitement antiseptique guérit rapidement les *manifestations suppuratives* surajoutées et permet seul d'apprécier exactement l'étendue de la lésion tuberculeuse. — La fréquence de l'*impétigo pédiculaire*, dans le jeune âge, rend les formes ulcéreuses plus fréquentes, grâce à la facilité des inoculations, chez les enfants que chez les adultes; — on n'entreprendra un traitement chirurgical définitif qu'après le succès du traitement antiseptique sur les phénomènes ulcéreux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Bordeaux. — Un concours pour une place de chirurgien adjoint s'ouvrira le mardi 2 juin 1891.

Un concours pour deux places de médecin-adjoint s'ouvrira le mardi 30 juin 1891.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat des hospices de Bordeaux, cours d'Albret, 91.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Castan, aide de chimie, est nommé préparateur de médecine légale, en remplacement de M. Planas, démissionnaire.

— Un concours sur titres est ouvert entre les médecins dentistes de nationalité française, domiciliés dans l'enceinte de Paris, sur la rive droite de la Seine, qui désireraient occuper le poste récemment créé au collège Rollin. — Pour tous renseignements, s'adresser à la direction dudit collège.

— Une « Société des sciences naturelles de l'ouest de la France » vient de se fonder au Muséum de Nantes.

Les personnes qui veulent faire partie de cette intéressante Société sont priées d'adresser leur adhésion à M. le docteur Louis Bureau, directeur du Muséum d'histoire naturelle de Nantes.

On peut adhérer au titre : 1° de titulaire (habitant la ville de Nantes), 12 francs par an; 2° de correspondant (habitant en dehors de la ville de Nantes), 10 francs par an; 3° affilié (étudiant), 6 francs par an.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Benoit (de la Haye-du-Puits); Davat (d'Aix-les-Bains); Dugout-Bailly (de Marseille); Legris (de Morlaix); Maltrait (de Saint-Bonnet-le-Château); de Paszkowski (de Beaumont-sur-Oise); Pouzols (de Monistrol); Royer (de Lyon); Sailly (de Grand-Reullecourt).

— M. le docteur Pichevin, moniteur de gynécologie, commencera un cours théorique et pratique de gynécologie, à l'hôpital Necker, le 24 février 1891.

1° Examen des malades. Diagnostic des affections gynécologiques les lundis, mardis, mercredis et samedis; — 2° Opérations sur l'appareil génital exécutées par les élèves au laboratoire, les lundis et vendredis à quatre heures, après la séance opératoire; — 3° Examen des pièces anatomiques; — 4° Cours théorique : Des moyens de diagnostic et de traitement usités en gynécologie, à cinq heures, les lundis et vendredis; — 5° Dimanche à dix heures : chirurgie gynécologique à la salle Lenoir. Jeudi à neuf heures : laparotomie par M. le professeur Le Dentu.

Les élèves qui désirent suivre ce cours devront se faire inscrire à la clinique chirurgicale de Necker.

— *Hôpital de Saint-Joseph.* — M. le docteur Henri Chatellier, ancien interne des hôpitaux, a commencé le lundi 23 février à une heure, un cours sur les maladies du nez, des oreilles et du larynx, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

M. le docteur Le Bec, chirurgien, a commencé, le lundi 23 février, à deux heures, un cours de gynécologie pratique; il fera le vendredi 27 février, à deux heures, un cours de chirurgie générale pratique, et continuera ces cours les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 25. — JEUDI 26 FÉVRIER 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 26 FÉVRIER 1891. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL NECKER. Troubles oculaires de la syphilis et de l'ataxie. — HOSPICE DE BICÊTRE. Les paraphasiques : Troubles du langage simulant la démence incohérente. — Constitution médicale de la grippe ; petite épidémie de fièvre typhoïde à Baume et dans les environs. — THÉRAPEUTIQUE. De l'élimination des produits azotés toxiques accumulés dans l'économie. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — THÈSES DE PARIS. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La plus grande partie de la séance a été occupée par l'élection, un peu laborieuse, de deux membres correspondants nationaux. MM. de Brun (de Beyrouth) et Trastour (de Nantes) ont été élus, chacun après deux tours de scrutin.

Après cette double élection, la parole a été donnée à M. Ollivier, pour la communication de faits intéressants observés dans un pensionnat et tendant à prouver la transmissibilité de la tuberculose par le lait de vache. Ces faits et beaucoup d'autres analogues, nous montrent qu'il n'y a pas d'exagération dans ces craintes de transmissibilité de la tuberculose par le lait ou la viande d'animaux tuberculeux. Nous croyons donc prudent de répéter toujours ce conseil, donné de nouveau par MM. Ollivier et Nocard : Faites bouillir votre lait. On le voit, si le danger est réel, le moyen de l'éviter est facile.

Au début de la séance, M. Galezowski a lu une note sur les bons effets qu'il a obtenus de la pyoctanine dans le traitement de l'épithélioma palpébral, et M. Worms a fait un rapport sur l'intéressant mémoire de M. Gréhant, relatif au dosage comparatif de l'acide carbonique contenu dans le sang et dans les muscles.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Gariel sur les titres des candidats au titre de membre correspondant national (quatrième division). La liste de présentation porte :

En première ligne, M. Haller (de Nancy);

En deuxième ligne, M. Merget (de Bordeaux);

En troisième ligne et *ex æquo*, MM. Crié (de Rennes) et Fleury (de Nantes);

En quatrième ligne et *ex æquo*, MM. Hugounencq et Linossier (de Lyon).

HOPITAL NECKER. — M. RENDU.

Troubles oculaires de la syphilis et de l'ataxie.

(Leçon recueillie par M. le docteur LEFLAIVE, ancien interne des hôpitaux.)

La malade, dont je veux vous entretenir, a présenté des troubles de la vue, qui se sont beaucoup améliorés sous l'influence du traitement que nous lui avons fait suivre. Aussi vous parlerai-je de son histoire rétrospective plus que de son état actuel.

Cette femme nous est arrivée, il y a six semaines, avec des symptômes éveillant l'idée d'une tumeur cérébrale. En trois semaines, elle était devenue presque aveugle ; elle accusait une vive céphalalgie surtout nocturne, des étourdissements, des vertiges. Elle titubait en marchant, même lorsqu'on la guidait par la main. Elle avait des nausées continuelles quoique sans vomissements.

Bien qu'elle fût fatiguée par le défaut de sommeil, cette femme, âgée de quarante ans, avait le teint fleuri et l'aspect de la santé. Ce qu'elle présentait de plus frappant, c'était une paralysie du nerf oculo-moteur commun droit, portant sur toutes les branches du nerf : il y avait donc ptosis, impossibilité de porter le regard en haut, en bas et surtout en dedans, et enfin mydriase; car vous savez que les filets, que la troisième paire donne à l'iris, président à la contraction du sphincter irien.

L'œil gauche paraissait sain extérieurement. Et, cependant, de ce côté la cécité était presque complète : la malade ne pouvait pas distinguer les barreaux de son lit; c'est à peine si elle différenciait la lumière de l'obscurité.

Voici les résultats de l'examen ophthalmoscopique : à droite, papille et vaisseaux à peu près normaux ; corps vitré un peu trouble. A gauche, corps vitré trouble, papille rosée à bords nuageux, vaisseaux peu visibles ; cela tient à un œdème qui décède une névrite optique récente. En outre, il existe une chorio-rétinite disséminée avec traînées pigmentaires, exsudats hémorrhagiques et taches opalines ; cette dernière lésion est, vous le savez, presque toujours d'origine syphilitique.

D'autres lésions nerveuses venaient encore corroborer l'idée d'une tumeur cérébrale; la malade parlait difficilement, non pas qu'elle trouvât difficilement ses mots comme dans l'aphasie ; c'était une difficulté matérielle à s'exprimer, de la glossoplégie. Il lui semblait sentir ses joues enflées, ce qui tenait à une diminution de la sensibilité du trijumeau.

Enfin, jusqu'à hier, elle avait perdu le goût, ce qui montre que le glosso-pharyngien était aussi intéressé. Tous ces faits semblaient indiquer l'existence d'une tumeur vers la protubérance ou le bulbe.

La nature syphilitique de l'affection nous était révélée par l'existence d'une paralysie du nerf moteur oculaire commun. Ricord, en effet, a dit d'une manière pittoresque, que la paralysie de la troisième paire était la signature de la vérole. Nous avons, en outre, à l'appui de cette étiologie, la choroïdite spéciale, le caractère nocturne de la céphalée et, enfin, l'âge de la malade, qui n'est pas celui des néoplasies cérébrales non syphilitiques.

Nous n'avons pas relevé d'antécédents syphilitiques précis chez cette femme. Cependant, il y a quatre ans, elle a eu une hémiplégie passagère, qui a guéri complètement en trois mois sous l'influence de l'iodure de potassium.

Nous nous sommes arrêté au diagnostic de méningite gommeuse de la base, englobant les nerfs dans un exsudat, à cause de l'étendue des troubles d'une part, et parce que, d'autre part, il n'y avait point de paralysie motrice ou sensitive complète. Nous lui avons donné par jour deux cuillerées de sirop de Gibert et 4 grammes d'iodure de potassium; on lui a fait, en outre, des frictions mercurielles. Grâce à ce traitement énergique, la vue est rapidement revenue, et, sauf un peu de parésie de la troisième paire, elle est aujourd'hui à peu près normale.

Notre diagnostic paraissait donc correct. Mais pendant que la vue s'améliorait, nous avons reconnu un autre symptôme : les pupilles ne réagissaient pas à la lumière; il y avait suppression complète du réflexe pupillaire, tandis que le pouvoir d'accommodation pour la vue des objets rapprochés était conservé. C'est le signe, dit d'Argyll-Robertson, qui appartient au tabes. Mis sur cette piste, nous avons appris que cette femme est tabétique depuis longtemps déjà : elle a une sensation habituelle de constriction, au niveau du thorax; elle a eu des douleurs fulgurantes, mais non permanentes et violentes; elle a eu des douleurs comparables à des éclairs dans la tête, les épaules, les genoux, les reins. Elle présente la suppression du réflexe patellaire (signe de Westphal). Elle a des plaques d'anesthésie aux jambes et aux cuisses, des phénomènes d'engourdissement aux membres supérieurs; les doigts sont maladroits, et il semble à la malade qu'ils sont toujours recouverts de gants.

Nous avons donc sous les yeux un type de tabes à début non habituel par les nerfs craniens, comme il en a été signalé, entre autres, par M. Charcot. C'est une affection à marche lente. Quelle est donc la valeur des accidents aigus que nous avons observés?

Les paralysies de la troisième paire étaient, jusqu'à ces dernières années, attribuées à la compression du nerf par des exsudats ou de la périostite. M. Déjerine nous a montré, récemment, que la névrite n'était pas rare chez les tabétiques. Mais, depuis quelques années, on sait aussi que ces paralysies peuvent être dues à des lésions des noyaux gris. Dans ce dernier cas, la paralysie peut être dissociée, et porter soit uniquement sur les filets qui vont aux muscles moteurs du globe oculaire et de la paupière, soit seulement sur les filets pupillaires : tandis que les premiers ont leur origine au sommet du quatrième ventricule, tout près de l'aqueduc de Sylvius, les seconds naissent plus haut, sur les côtés du troisième ventricule.

Voici comment M. Fournier différencie les paralysies de la troisième paire, relevant de la syphilis, de celles dues au tabes : les premières portent sur le nerf tout entier, sont stables et ne guérissent que lentement; les dernières sont souvent dissociées, fugaces; elles peuvent guérir spontanément, mais sont sujettes à récidive. C'est au premier groupe que semble appartenir le fait que nous observons.

M. Fournier regarde le signe de Robertson comme caractéristique de l'origine tabétique de la paralysie de la troisième paire. C'est bien un signe de tabes, mais je ne le crois pas lié à la paralysie en question. Celle-ci est unilatérale, tandis que le défaut de mobilité de la pupille est bilatéral. Ce sont là des troubles juxtaposés.

Somme toute, il est logique de penser que, chez cette femme, la syphilis a causé un état chronique de tabes, puis en outre, une poussée aiguë et récente de congestion des noyaux encéphaliques ou d'exsudat méningé. Cette manière de voir concorde avec les données de l'ophthalmoscopie, qui nous a montré une névrite aiguë récente et non la papille nacrée, à bords nets, lentement sclérosée, que l'on observe dans le tabes.

Faut-il dissocier complètement les deux ordres d'accidents? Non; leur cause, leur localisation sont les mêmes; la marche seule est différente. Certains tabes présentent ainsi des poussées aiguës, analogues à celles de la paralysie générale. Ces accidents aigus rétrocèdent; mais l'état morbide chronique sous-jacent est peu guérissable.

On peut diviser les manifestations oculaires du tabes en deux groupes comprenant : 1° les lésions nerveuses, d'apparence périphérique; 2° celles certainement centrales. Les premières, qui comprennent les névrites décrites par M. Déjerine, paraissent périphériques, mais il se pourrait qu'elles soient, elles aussi, sous la dépendance d'une lésion difficile à constater des noyaux, car ceux-ci jouent, pour le nerf, le rôle de centre trophique. Elles se rencontrent dans près de la moitié des cas de tabes (Fournier).

Les secondes comprennent le signe de Robertson et le myosis ou rétrécissement extrême et permanent de la pupille. Ce dernier symptôme a été attribué, sans preuves suffisantes, à une localisation médullaire de l'ataxie. Il semble cependant particulièrement fréquent dans les formes bulbaires. On l'a dit à tort précurseur de la mydriase; car lorsqu'il s'est établi, il persiste jusqu'à la fin.

A ces symptômes, il faut joindre l'asthénopie musculaire et le nystagmus. Ce sont des troubles fonctionnels dus probablement à un peu de congestion des centres de la troisième paire, comme semble le montrer la douleur cérébrale qui accompagne ces symptômes au moindre effort visuel.

Revenons à notre malade. Quel pronostic devons-nous porter? Certains symptômes sont incurables, comme la perte du réflexe lumineux. La paralysie des muscles moteurs de l'œil s'est bien amendée, et j'espère encore quelques progrès. Je crois cependant qu'il existait déjà un peu de paralysie avant les derniers accidents, car la malade avait pris l'habitude d'annuler les images de l'œil droit, comme le font les strabiques. Les douleurs ont disparu, ce qui démontre une amélioration du tabes. MM. Fournier et Dieulafoy ont publié un cas de guérison complète de cette maladie. J'ai observé des faits presque analogues; et je crois que l'on obtiendrait plus fréquemment ces résultats, si l'on intervenait de meilleure heure par un traitement antisyphilitique très énergique. En pareil cas, il ne faut pas se contenter de donner de l'iodure de potassium, mais on doit y joindre le mercure.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. CHARPENTIER.

Les paraphasiques : Troubles du langage simulant la démence incohérente (1).

III

Nous avons encore, dans notre service, un malade, moins intéressant aujourd'hui que les troubles de son langage sont trop incorrects, mais qui était très remarquable au moment où il nous fut permis d'assister, en quelque sorte, à la décomposition graduelle de son langage. Lui aussi est entré avec des certificats mentionnant : démence, incohérence du langage; verbiage; idées de persécution; actes de violence contre sa famille. C'est un ancien employé de bureau de cinquante-cinq ans, grand, sec, à physionomie anxieuse, au visage et au cou fortement injectés, vivant avec sa femme et une fille de sa femme issue d'un premier mariage; c'est un ancien hémorrhoïdaire, longtemps tourmenté par des douleurs sciatiques qu'il faisait disparaître à l'aide de bains de vapeur; il employa le même traitement avec plus ou moins de succès contre des douleurs de tête occipitales qui furent assez vives pour être accompagnées plusieurs fois d'étourdissement et même deux fois de chute avec perte complète de la connaissance; ces phénomènes ont été suivis de troubles douloureux de la sensibilité de toute la moitié droite du corps, et de troubles du langage, mais sans troubles moteurs. Il n'y a eu ni contracture, ni athéthose, ni tremblement, ni atrophie; les troubles douloureux de la sensibilité sont purement subjectifs; ils partent de la région temporo-mastoïdienne droite, descendent le long du membre supérieur du tronc et du membre inférieur du même côté, pour s'y arrêter ou remonter vers leur point de départ avec sensation d'étranglement au niveau du cou; cette sensation de constriction existe souvent seule et pendant la nuit; les troubles du langage ont apparu rapidement, ont été mal interprétés par les deux femmes de sa famille qui y voyaient des témoignages de déraison; il s'emportait et gesticulait énergiquement quand il voulait leur parler et qu'elles ne comprenaient pas, elles ont également mal interprété ses gestes, et sa belle-fille a cru qu'il voulait se livrer sur elle à des actes d'obcénité.

Les signes lamentables de dénégation de notre malheureux paraphasique, en écoutant de pareilles allégations, ne nous ont pas permis d'ajouter foi aux récits de sa femme et de sa fille, que nous n'avons pu, d'ailleurs, ramener à la juste compréhension des choses et des actes; il n'était pas buveur, mais dormait mal; il est dans le même état depuis deux ans que nous l'avons reçu et a eu deux nouvelles attaques apoplectiformes de courte durée, sans paralysie mais avec aggravation des troubles du langage. Ceux-ci présentent des caractères tout particuliers; à chaque question, c'est un déluge de phrases débitées rapidement, en larmoyant, avec émotion allant jusqu'à la suffocation, et avec force accompagnement de gestes variés; ces phrases sont composées de syllabes n'ayant aucun sens, au milieu desquelles on retrouve des adverbes, des conjonctions, des prépositions, peu d'adjectifs, encore moins de verbes et de substantifs; une mimique très mouvementée n'en facilite pas la compréhension; il ne paraît pas s'entendre parler, car il croit qu'on le comprend, mais il n'est nullement sourd à nos questions qu'il comprend très facilement. Si, subitement dans le cours de son débit, nous lui montrons un objet connu et que, d'une manière impérative, nous lui en demandions le nom, souvent avec une précipitation brusque il en prononce le nom subitement et très distinctement; mais si nous lui en demandons l'usage, il recommence à patauger dans son déluge de phrases incompréhensibles, mais sa minique intervient alors utilement pour montrer qu'il connaît l'usage de l'objet. Lorsqu'il ne trouve pas le mot immédiatement, nous sommes sûr qu'il ne le trouvera pas; il commence alors par prononcer des mots qui s'en rapprochent comme consonnance et finit par des sons qui n'ont plus rien de commun avec le mot à prononcer.

Les premiers temps de son séjour dans notre service, il présentait une méthode pour rechercher un mot assez curieuse au point de vue du fonctionnement du langage. Lorsque nous lui présentions, par exemple, un couteau, il énumérait successivement les mots qui commençaient par les syllabes *ca, ce, ci, co*, comme s'il feuilletait un dictionnaire, jusqu'à ce qu'il eût trouvé le mot. Si, pendant ses recherches, nous prononcions tout haut des syllabes comme go ou da, la plupart des mots qu'il prononçait contenaient l'une de ces syllabes, puis les deux, et cela se terminait par le galimatias verbal qui constituait son langage ordinaire.

Si nous lui présentons un parapluie et qu'il ne puisse en désigner le nom, il fait des signes de dénégation quand nous prononçons les mots parabole, paratonnerre, paravent et d'affirmation quand nous prononçons le mot réel. Son débit est toujours très rapide; son langage est sensiblement moins confus quand nous le forçons à parler lentement; mais cela ne dure pas; nous n'avons pu le faire lire; sa vue paraît, d'ailleurs, troublée; il parvient à peine à lire les titres des journaux; il ne lit pas mieux les mots que l'on prononce tout haut pendant qu'il essaye de les lire; il ne peut pas écrire, ni dessiner.

Ici encore, nous sommes en présence d'une variété de paraphasique ayant simulé une véritable démence et la simulant aux yeux de quiconque se contenterait d'un bref examen.

Nous devinons chez lui des idées de persécution, mais nous ne sommes pas parvenu à les comprendre; il est probable qu'il en nourrit contre sa femme et sa fille qui, d'ailleurs, l'ont fait séquestrer.

Chez les divers paraphasiques de ce genre que nous avons eu l'occasion d'observer, nous avons toujours trouvé des idées de persécution, mais celles-ci étaient consécutives aux troubles du langage.

Il existe une autre variété de paraphasiques, chez lesquels la paraphasie est consécutive aux idées de persécution, et, si notre mémoire est fidèle, M. Garnier en a publié un cas très intéressant dans les *Archives de médecine*. Cette forme, à notre avis, se rencontre, de préférence, chez les persécutés qui usent des néologismes et nous croyons que déjà l'emploi du néologisme indique un trouble passager, temporaire du langage, de même ordre que la paraphasie; c'est surtout au moment des fortes émotions, dans les périodes d'excitation, à la fin d'une conversation dans laquelle le persécuté s'est progressivement animé, que se retrouvent plus fréquents, plus bizarres, les néologismes de ces malades, souvent liés à ces moments à des troubles paraphasiques. Ces malades à néologismes et qui offriront, plus tard, des troubles paraphasiques, sont également ceux qui dans leurs plaintes et accusations usent des paraboles, des

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 216.

sous-entendus, des mots à double entente, des jeux de mots et aussi des calembours; lorsque cette manière de parler devient très accentuée, qu'elle se réunit aux néologismes et aux troubles paraphasiques, ces malades paraissent en véritable démence incohérente, comme il arrive dans leurs accès de colère ou d'emportement, où leur conversation finit par devenir absolument incompréhensible; mais le lendemain on les retrouve calmes avec un langage modéré et plus clair; de tels persécutés, si nos observations sont exactes, offrent encore un autre caractère bien plus important parce qu'il permet de les rapprocher de notre premier groupe de paraphasiques : les persécutés qui ont ces troubles du langage sont essentiellement des congestifs. C'est chez ces malades que nous avons observé presque toujours des céphalalgies, des vertiges, des étourdissements, des tournoiements, des attaques épileptiformes ou apoplectiformes avec ou sans troubles consécutifs de la sensibilité et de la motilité; c'est après ces troubles congestifs qu'éclatent les colères, les emportements, les actes de violence, les accès de divagation et que les troubles du langage sont plus apparents; c'est après de pareils troubles qu'ils viennent non pas dire au médecin qu'ils les ont éprouvés, mais qu'on a travaillé leur cerveau, qu'on leur a troublé leur langage, qu'on les a empêchés de parler, de penser, qu'on leur a volé leurs idées; chaque fois qu'un persécuté me fait entendre de pareilles plaintes, je retrouve ordinairement l'étourdissement qui a eu lieu soit au réveil, soit dans la nuit, soit la veille; ils ne viennent pas dire : j'ai eu un étourdissement, mais dans leurs plaintes, ils se plaisent à en énumérer les conséquences; c'est un genre de plaintes qu'il convient de rapprocher de celles des épileptiques après une attaque, dont ils n'ont pas eu conscience, et dont ils se souviennent si peu qu'ils sont plutôt disposés à la nier qu'à l'admettre. Ces persécutés qui, en abusant des néologismes, des phrases à double entente, finissent par avoir une conversation incompréhensible, se fâchent de n'être pas compris, n'admettent pas qu'on ne les comprenne pas et prétendent que, si on ne les comprend pas, c'est qu'on a intérêt à ne pas les comprendre; cet état d'irritation, motivé par les troubles inconscients de leur langage, ne fait qu'augmenter de pareils troubles, d'où la confusion complète de leur langage irrité à la fin de toute conversation.

L'abus du néologisme se retrouve, d'ailleurs, dans un état anormal sans être pathologique; il se retrouve dans les écrits médiocres de certains journalistes, de nombre de réformateurs violents et impatients, et la preuve de notre assertion se retrouvera facilement en examinant le style et le langage pompeux, déclamatoire et amphigourique, pendant les périodes révolutionnaires de notre histoire.

Nous ne décrirons pas ici la surdité verbale, parce qu'il n'y a réellement pas incohérence dans les phrases prononcées par les malades qui en sont atteints. Ici l'incohérence n'existe qu'entre le sens de la réponse et celui de la question posée, parce que la question n'a pas été perçue.

Nous résumons ce qui précède dans les propositions suivantes :

1° Il existe des troubles du langage qui simulent ceux de la démence incohérente, alors qu'il n'y a réellement ni démence, ni incohérence;

2° Ces troubles sont fréquents chez deux groupes de malades : les paraphasiques y compris certains aphasiques non paralytiques, et les persécutés qui se signalent par la création de mots nouveaux;

3° Ces paraphasiques et ces persécutés ont un caractère commun : les troubles congestifs de l'encéphale;

4° Les idées de persécution peuvent exister dans les deux groupes de malades, mais elles sont ordinairement consécutives aux troubles du langage chez les vrais paraphasiques; primitives, au contraire, chez les vrais persécutés.

CONSTITUTION MÉDICALE DE LA GRIPPE

PETITE ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE A BAUME ET DANS LES ENVIRONS

Par le docteur BITTERLIN,
Médecin de l'hôpital de Baume-les-Dames (Doubs).

Dans le courant du mois de septembre dernier a éclaté, à Baume et dans les environs, une petite épidémie à forme complexe qui me paraît offrir un certain intérêt, tant par son étiologie que par la constitution médicale, saisonnière, qui y a présidé, qui en a modifié la forme et la marche. Au début, l'hésitation étant grande entre une épidémie de fièvre typhoïde, ou un retour de grippe. Mais la marche de l'épidémie, son étiologie ne tardèrent point à lever toute hésitation. Le doute n'étant plus possible, c'était un retour de grippe à forme moins violente, moins contagieuse qu'au mois de janvier de l'année dernière. Il serait trop long de relater ici mes nombreuses observations à l'appui : elles ont été publiées dans un travail qui a été déposé sur le bureau de l'Académie de médecine, dans la séance du 27 janvier. Elles prouvent que l'épidémie qui a régné à Baume et dans les environs, aux mois de septembre et d'octobre, a revêtu le caractère d'une constitution grippale. C'était un retour moins violent, en quelque sorte l'arrière-garde de cette épidémie d'influenza qui, l'année dernière, a fait tant de ravages.

Chez les personnes affaiblies, nerveuses, elle a dégénéré en accidents typhoïdes. L'invasion de la maladie a été brusque, en quelque sorte foudroyante : de deux malades, se trouvant dans les mêmes conditions climatériques et d'hygiène, l'un a contracté la grippe à forme gastro-intestinale, l'autre, par une prédisposition spéciale, une fièvre typhoïde.

En même temps que cette épidémie a régné à Baume et dans les environs, on a pu voir surgir dans plusieurs villes, en France et en Europe, quelques cas de grippe dégénérés en fièvre typhoïde, comme en Hongrie dernièrement. Ce qu'il y a eu de curieux, c'est que, dans les maisons où des cas de fièvre typhoïde ont éclaté, les jeunes personnes ne l'ont point contractée; il n'y a pas eu de contagion, comme dans les épidémies véritables de fièvre typhoïde. En un mot les personnes seules affaiblies ont eu des accidents typhoïdes. Plusieurs étant atteintes de grippe avec complication pulmonaire ont eu des hémoptysies : j'ai constaté souvent de l'urobilinurie, dans quelques cas, la mélanotrichie. D'autres, enfin, ont eu un embarras gastrique à forme asthénique, avec accablement, fièvre très forte, ce cortège de symptômes étant accompagné d'une éruption papuleuse, généralisée : ce qui constitue une nouvelle preuve du caractère grippal de la maladie.

Il est donc certain que ce n'était pas une épidémie véritable de fièvre typhoïde qui a régné : l'étiologie s'expliquerait difficilement. L'eau de la ville de Baume est saine et provient d'une source : elle n'a pas été contaminée par des matières étrangères. Le climat est tempéré, l'air est pur; Baume est une petite ville de 3000 habitants, entourée de

collines, couvertes en partie d'une végétation de pins. La mortalité, par mille habitants, y est inférieure aux autres chef-lieux d'arrondissement du Doubs. Les mesures de salubrité laisseraient un peu à désirer : la ville renferme quelques cultivateurs qui y laissent séjourner leurs fumiers, mais ces derniers, M. Brouardel en a fait la remarque au Conseil supérieur d'hygiène, n'exercent qu'un rôle secondaire dans le développement de la fièvre typhoïde.

D'ailleurs, la maladie a éclaté, en même temps, dans les environs, à la campagne, où l'on buvait de l'eau de source qui n'était certainement pas contaminée.

Cette petite épidémie, on peut le dire, était donc saisonnière, avait une constitution grippale : les malades en ont individualisé la forme, elle a déterminé, chez les uns, des symptômes typhoïdes, chez d'autres, la grippe.

Une épidémie de rougeole a succédé à la grippe, à Baume, au mois de décembre, et le même génie morbide a engendré cette maladie, dans les environs, à la campagne.

THÉRAPEUTIQUE

De l'élimination des produits azotés toxiques accumulés dans l'économie.

Par M. le docteur L. Reynaud.

La chimie biologique, dans ces dernières années, a éclairé d'un jour tout nouveau la conception des maladies créées par les troubles de la nutrition. Jusqu'alors, on n'incriminait que les produits acides, surtout l'acide urique ; mais, depuis les travaux de MM. les professeurs Gautier et Bouchard, qui nous font voir, dans chaque cellule vivante, une fabrique d'alcaloïdes toxiques, on a reconnu que ces produits basiques, ptomaïnes et leucomaïnes, lorsqu'ils ne sont pas éliminés, agissent aussitôt puissamment sur les centres nerveux et deviennent la cause première d'une série de désordres pathologiques, dont l'ensemble contribue à former le tableau symptomatologique des diverses maladies.

Pour éliminer ces substances toxiques, on a recours aux diurétiques, aux sudorifiques et aux purgatifs.

Les reins, quand ils sont sains, sont une bonne voie d'élimination; mais, le plus souvent, il y a insuffisance rénale, déterminée par les néphrites chroniques ou par sclérose du parenchyme rénal ; car, d'après les docteurs G. Johnson et Murchison, la dégénérescence des reins est souvent la conséquence de l'élimination à travers les reins des produits d'une nutrition défectueuse.

La peau est une voie de suppléance bien faible pour l'élimination. On a bien conseillé les bains de vapeur et l'emploi de la pilocarpine, mais ce sont là des moyens qui fatiguent le malade et surtout l'affaiblissent, et dont on ne peut prolonger l'usage sans inconvénient.

La médication purgative occupe ici la première place, elle est supérieure à la médication diurétique. Pour cela, il faut employer un purgatif qui détermine des selles séreuses et qui, par sa composition, puisse entraîner, en se combinant avec eux, les produits toxiques accumulés dans l'économie. Les sels neutres de magnésie remplissent en partie ces conditions ; ils déterminent d'abondantes selles séreuses et, par suite de la propriété des sels de magnésie que Wurtz indique dans son *Dictionnaire de chimie* : « Ces sels ont une tendance remarquable à former des sels doubles ammoniacaux solubles, » nous pensons qu'employés comme purgatifs, ils absorbent, en se combinant avec eux, les produits de décomposition basiques, tels que l'ammoniaque et aussi les ptomaïnes et les leucomaïnes, qui sont des alcalis de la série des amides. Pour nous en assurer, nous avons recueilli des urines après l'absorption d'un sel de magnésie ; ces urines, additionnées de phosphate de soude, ont laissé déposer, peu de temps après, de nombreux cristaux de *phosphate ammoniaco-magnésien*, facilement reconnaissables au microscope.

Les gardes-robes séreuses déterminées par cette purgation, filtrées et évaporées, ont laissé un résidu qui, chauffé dans un tube de verre avec de la potasse, dégage fortement du gaz *ammoniaque*, reconnaissable à son odeur.

Ce résidu, épuisé par l'éther, suivant la méthode indiquée par M. A. Gautier, a fourni des *ptomaïnes* à odeur de seringat, et la solution alcoolique a donné des *leucines* et des *leucoprotéines*. Ces produits *basiques* de décomposition étant éliminés, il reste dans l'économie les résidus azotés *acides* de la nutrition, tels que les acides urique, oxalique et d'autres acides organiques, en particulier les acides gras volatils.

Pour compléter l'action des sels de magnésie *neutres*, afin d'éliminer ces poisons avec les précédents, un pharmacien de Paris, M. Roy, déjà honorablement connu par ses travaux sur le quinquina, a composé un sel de magnésie avec un excès de soude et de magnésie, qu'il nomme *sel de magnésie alcalin* ou *magnésie Roy*. Ce sel, par sa propriété alcaline, neutralise et élimine, en les dissolvant, les résidus azotés acides de la nutrition ; il entraîne ainsi, en se combinant avec eux, tous les produits toxiques accumulés dans l'économie et doit être considéré comme un dépuratif chimique de premier ordre.

Le drainage du sang par ce sel de magnésie alcalin, entraînant les produits azotés de décomposition, explique les succès obtenus par son emploi dans le traitement de la lithiase biliaire, l'obésité, le diabète, la goutte, la gravelle, le rhumatisme, certaines affections de la peau, divers troubles cérébraux et maladies nerveuses ; enfin, dans toutes les maladies provenant d'un trouble de la nutrition ou d'un défaut d'élimination.

Les sels purgatifs neutres laissent toujours, après leur emploi, une constipation opiniâtre, provenant de l'irritation sur l'intestin des acides biliaires éliminés par ces sels. En employant la magnésie Roy, on évite ce grave inconvénient : les acides biliaires étant neutralisés par la soude et la magnésie en excès contenues dans cette préparation.

Aussi ce sel de magnésie *alcalin* est-il le plus doux des purgatifs et peut être considéré comme le moyen le plus rationnel pour combattre la constipation.

Il s'emploie à la dose d'une cuiller à café à trois cuillers à bouche, qu'il faut faire dissoudre dans un peu d'eau en remuant pour que la solution devienne limpide. Après l'avoir bue, prendre un demi-verre d'eau pure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 février 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de Mme Baillarger, annonçant que son mari lègue à l'Académie une rente annuelle de 1000 francs, pour la fondation d'un prix bisannuel de 2000 francs, à décerner à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies mentales ;

2° Une note de M. le docteur Gabriel Honoré (de Montevideo) sur le vaccin ;

3° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Rolland (de Toulouse (accepté).

LECTURE

Traitement de l'épithélioma palpébral. — M. Galezowski a traité avec succès deux cas d'épithélioma des paupières par l'apyonine (pyoctanine des Allemands). Il a employé une solution aqueuse à la dose de 10 ou 20 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée. Il badigeonne la surface ulcérée de l'épithélioma à l'aide d'un pinceau, cinq ou six fois par jour, avec cette solution qui est complètement neutre et nullement douloureuse.

Chez l'une de ses malades, le mal a été enrayé dans l'espace d'un peu plus de trois mois. Chez l'autre, le traitement n'a été appliqué que depuis la fin de décembre et il y a déjà une amélioration notable.

M. Galezowski a aussi employé la pyoctanine contre les ulcères rongeants et dans les abcès de la cornée avec succès.

RAPPORT

Dosage comparatif de l'acide carbonique contenu dans les muscles et dans le sang. — M. WORMS fait un rapport sur un mémoire de M. Gréhant, concernant le dosage comparatif de l'acide carbonique contenu dans les muscles et dans le sang.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection de deux membres nationaux.

Pour la première élection, le nombre des votants étant 66, majorité 34; au premier tour, M. de Brun (de Beyrouth) obtient 32 suffrages, M. Morvan (de Lannilis) 21. — Au deuxième tour de scrutin, votants 69, majorité 35, M. de Brun est élu par 36 voix contre 28 données à M. Morvan.

Deuxième élection : votants 63, majorité 32. Au premier tour, M. Trastour obtient 31 voix, M. Morvan 26. — Au deuxième tour, votants 60, majorité 31, M. Trastour est élu par 32 voix contre 28 données à M. Morvan.

COMMUNICATION

Transmissibilité de la tuberculose par le lait de vache. — M. AUG. OLLIVIER a observé récemment une jeune fille de vingt et un ans, née de parents très vigoureux, vivant dans l'aisance, qui n'avait jamais été malade, qui fut prise de symptômes méningitiques et qui succomba à une méningite tuberculeuse, à marche quasi-foudroyante. Cette jeune fille avait fait son éducation dans un pensionnat de Chartres, où la tuberculose avait frappé, en peu d'années, 13 élèves dont 6 étaient mortes. Elle avait, il est vrai, quitté la maison depuis quatre ans, mais outre qu'elle y avait séjourné longtemps comme pensionnaire, elle y revenait très souvent. On pouvait donc supposer qu'elle avait pris le bacille tuberculeux de la même manière que ses compagnes.

Or, on apprit qu'on avait tué et saisi à l'abattoir de Chartres une vache manifestement atteinte de tuberculose mammaire, et qui provenait de ce pensionnat où elle avait été utilisée pendant neuf ans comme vache laitière.

M. Ollivier ajoute que, depuis la mort de cette jeune fille, une autre fillette de quatorze ans, du même pensionnat, a succombé à une phthisie galopante.

Quelles que soient les objections que l'on puisse faire à l'origine présumée de la tuberculose chez ces deux dernières malades, dont l'une est prise plusieurs années après avoir quitté la pension et dont l'autre n'a été prise que deux mois après le sacrifice de la bête incriminée, il n'en reste pas moins ce fait qu'une vache, dont les mamelles étaient farcies de tubercules, a été utilisée, pendant longtemps, comme laitière dans ce pensionnat, que 13 élèves y ont été prises de tuberculose, que chez plusieurs le point de départ semblait manifestement intestinal, et que, sur les 6 qui ont succombé, 2 n'avaient aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Pour M. Ollivier, il semble démontré que les dangers de l'infection tuberculeuse par voie d'alimentation sont plus fréquents qu'on ne serait tenté de le croire, et que l'hygiène doit tirer des faits de ce genre cette conclusion : qu'il faut faire bouillir le lait, car il est impossible d'affirmer qu'il ne renferme pas de bacille.

M. MOUTARD-MARTIN ne conteste pas que le lait ne puisse transmettre la tuberculose, mais il lui paraît difficile d'affirmer que ces jeunes filles aient réellement été contaminées par la vache incriminée, puisque les antécédents de ces malades sont, pour la plupart, inconnus.

M. OLLIVIER répond que, pour presque toutes ces jeunes filles, il a pu être constaté que les parents étaient robustes et bien portants.

M. NOCARD rappelle avoir déjà signalé des faits analogues et ce sont ces faits qui l'avaient engagé à dire que l'on devrait toujours faire bouillir le lait des vaches que l'on ne connaît pas. Aujourd'hui, il va plus loin et il dit qu'il faut faire bouillir le lait, même lorsqu'on connaît la vache qui l'a fourni, et quelle que soit la bonne santé apparente de cette vache.

Il y a quelque temps, un grand éleveur envoyait à M. Nocard des pièces anatomiques provenant d'un magnifique veau de quatre mois qui était mort presque subitement, il avait des ganglions farcis de tubercules. Sachant qu'il n'avait jamais eu d'autre lait que celui de sa mère, M. Nocard pensa que cette mère était malade et que ses pis, en particulier, devaient être le siège d'ulcérations tuberculeuses. En effet, cette vache, une bête magnifique, primée à plusieurs concours, avait les poumons, les ganglions et les pis farcis de tubercules.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

THÈSES DE PARIS

Traitement de la scarlatine et de la rougeole malignes par les bains froids, par G. GUÉRIN.

L'auteur de cette thèse est un partisan convaincu des bains froids. Les rougeoles et scarlatines malignes, à forme hyperthermique et ataxo-adynamique, réclament impérieusement, dit-il, le traitement par la balnéation réfrigérante. Il faut préférer les bains froids à 20 degrés aux affusions et lotions qui agissent avec moins d'efficacité et dont il est plus difficile de régler l'action. Ces bains devront être fréquents plutôt que longs. Sous leur influence, la fonction urinaire se rétablit rapidement, et l'on note une action favorable sur la bronchite, la broncho-pneumonie et la pneumonie. Ce travail est conforme, dans ses conclusions, à celui de M. Hénault. Mais les auteurs réussiront-ils à faire passer leur conviction dans l'esprit du public médical, et à faire accepter leur méthode avec moins de répugnance?

Sténoses de l'œsophage d'origine syphilitique, par M. Al. HERMANN.

Le rétrécissement syphilitique de l'œsophage est une affection très rare. C'est là l'opinion classique, que la lecture de la thèse de M. Hermann ne fait que confirmer; car beaucoup des observations rapportées sont au moins douteuses.

Le diagnostic est, en effet, des plus difficiles, et bien que l'auteur accorde une certaine importance aux commémoratifs et aux effets du traitement spécifique, nous pensons que ce sont là deux renseignements d'une valeur diagnostique bien douteuse. Quant aux effets du traitement spécifique sur un rétrécissement syphilitique constitué de l'œsophage, nous nous permettrons de n'y avoir aucune confiance. Il reste acquis, malgré le travail de M. Hermann, que le rétrécissement syphilitique de l'œsophage n'est guère justiciable que du traitement ordinaire des rétrécissements fibreux de l'œsophage, c'est-à-dire la dilatation, si elle est possible; et enfin la gastrostomie, si le rétrécissement reste infranchissable.

De l'emploi du sublimé et de la péritomie dans l'ophthalmie granuleuse, par M. V. ROCHER.

On sait combien l'ophthalmie granuleuse est souvent rebelle à la thérapeutique. D'après le travail fort consciencieux de M. Rocher, le sublimé en solution à 1 p. 500, employé en badigeonnages sur les conjonctives, est d'une application facile et peu douloureuse. Si le pannus est superficiel et limité à la moitié supérieure de la cornée, le sublimé détermine la guérison rapide des granulations et du pannus; mais si le pannus est profond et déjà ulcéré, l'usage du sublimé ne procure pas une guérison cer-

taine, souvent il n'y a qu'une simple amélioration mais avec tendance fréquente aux récidives.

Dans les lésions profondes et étendues, il faut pratiquer la péritomie qui amène la disparition des lésions cornéennes, détermine la guérison des granulations et prévient les récidives.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours du Bureau central est actuellement composé de MM. Brocq, Ollivier, Hanot, Rendu, Gouguenheim, Moizard et Humbert.

Les candidats inscrits pour les trois places mises au concours, sont, par ordre alphabétique :

MM. Achard, Barbe, Barbier, Baudouin, Béclère, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Bourcy, Bourdel, Bruhl, Capitan, Cayla, Coffin, Dalché, Darier, Delpeuch, Deschamps, Despréaux, Dubief, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Florand, Gallois, Gauchas, Gaume, Gennes (de), Gilles de la Tourette, Gillet, Giraudeau, Girode, Guinon (A.), Guinon (G.), Havage, Hudelo, Jacquet, Jeanselme, Klippel, Laffitte, Launois, Lebreton, Legendre, Lermoyez, Lesage, Lion, Lyon, Marfan, Martin de Gimard, Mathieu (Alb.), Ménétrier, Méry, Morel-Lavallée, Nicolle, Œttinger, Pignol, Polguère, Poupon, Queyrat, Raymond (Paul), Ribail, Robert, Roger, Springer, Thoinot, Tissier, Vaquez, Weber, Widal, Wurtz.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 février 1891, M. le docteur Gariel a été nommé membre au Comité consultatif d'hygiène publique de France, en remplacement de M. Gavarret, décédé.

M. le docteur Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a été nommé auditeur près cette même assemblée.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques d'histologie (deuxième semestre), sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux, sont obligatoires pour les élèves docteurs de deuxième année; ils commenceront le mardi 7 avril 1891, et se continueront les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, de deux heures un quart à quatre heures de l'après-midi (École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine). — MM. les étudiants de deuxième année, qui ont pris la sixième inscription en janvier 1891, seront convoqués individuellement par une lettre spéciale.

Ces travaux sont facultatifs pour les élèves de troisième année. Le laboratoire sera ouvert, à partir du 10 mars 1891, les mardis, jeudis, samedis, de quatre heures à six heures de l'après-midi, aux élèves qui désireraient examiner des préparations histologiques en vue du deuxième examen (première partie) de doctorat.

Ces étudiants devront, au préalable, se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), jusqu'au 4 mars inclusivement, et présenter la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à la dixième inscription prise en janvier 1891; ils seront convoqués par lettre spéciale.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

56

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

36

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

72

AFFECTIONS DU CŒUR

Inflammations des bronches et des poumons et Troubles de la circulation tendant à l'hydropisie.

SIROP DE JOHNSON

Aux Pointes d'Asperges, à la Scille et à la Digitale (Extrait de Pointes d'Asperges composé).

Préparé selon la formule du profr BROUSSAIS

(60 ANNÉES DE SUCCÈS)

Médicament autorisé par le *Gouvernement*.

Echons *gratis* à MM. les médecins, sur demande adressée à GALBRUN, pharmacien de 1re classe, 4, rue Beaurepaire, à Paris, où l'on trouve aussi

LES VÉRITABLES

PILULES ANGÉLIQUES D'ANDERSON.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). DéptPhie Cle Fg Montmartre, Paris.

36

PERLES DU Dr CLERTAN

Procédé approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

a. **Perles de Créosote du Dr Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

b. **Perles de Gaïacol de Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

c. **Perles d'Iodoforme de Clertan.** — 0.05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 3 fr. 50 le flacon de 30.

d. **Perles de Terpinol de Clertan.** — 0,30 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

34

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

90

VIN ROBIN

AU PEPTONATE DE FER

Hématogène par excellence.

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Le plus agréable, le plus actif, le plus assimilable de tous les élixirs et vins ferrugineux.

Prix : **4** fr. **50** dans toutes les pharmacies.

75

PILULES, SOLUTION, SIROP,

VIN DE ROBIQUET

Au Pyrophosphate de Fer

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule*, etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le FER et le PHOSPHORE trop rapidement éliminés par les sécrétions.

Exiger sr l'étiquette la SIGNATURE **E. ROBIQUET.**

A Paris, DETHAN, phien, et ttes les pharmacies.

47

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

52

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

45

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas.

MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorroïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal

et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

72

ANTIPYRINE (CACHETS LIMOUSIN)

NOUVEL ANTIPYRÉTIQUE ÉNERGIQUE.

4 à 6 cachets amènent un abaissement de température de 2 à 4 degrés 1/2.

L'étui de 20 cachets de 0,50cgr. . . . *5 fr.*

1/2 étui de 10 cachets . . . . *2 fr. 50*

Phien ✻, 2*bis*, r. Blanche, Paris. Envoi par poste.

19

PHTHISIE, TUBERCULOSES

BRONCHITES, CATARRHES

LES CAPSULES COGNET

à l'Eucalyptol *ABSOLU* **iodoformo-créosoté**

constituent dans l'état actuel de la science

L'ANTIBACILLAIRE PAR EXCELLENCE

Paris, 4, rue de Charonne, et toutes phies.

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans **l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

36

GOUTTE

LIQUEUR DU Dr LAVILLE

Spécifique éprouvé de la **goutte.**

ACTION PROMPTE ET INFAILLIBLE

A TOUTES LES PÉRIODES DE L'ACCÈS.

1 à 3 cuillerées à café par 24 heures.

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM D'AUVERGNE

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

RHUMES. BRONCHITES. GRIPPE

DÉPÔT : Paris, F. COMAR et Cie, 28, r. St-Claude.

41

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les **Pâles couleurs**, pour fortifier les **Constitutions lymphatiques** et combattre toutes les maladies qui ont pour cause **l'Appauvrissement du sang.**

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

43

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge. P. Rigollot

37

DRAGÉES GRIMAUD

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

14 récompenses.

INCONTINENCE D'URINE

Chlorose, Troubles utérins.

5 fr. dans ttes Phies. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans ttes Phies. GROS : DUFILHO, à St-Cloud.

N° 26. — SAMEDI 28 FÉVRIER 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 28 FÉVRIER 1891. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Le foie cardiaque, par M. le docteur PARMENTIER, ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux. — Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. — Nouvelles.

REVUE GÉNÉRALE

Le foie cardiaque (1).

Par M. le docteur PARMENTIER, ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux.

I

L'histoire des affections du cœur et des lésions du foie qui en sont la conséquence, ne remonte guère au delà du commencement du siècle. Tulpius, Lieutaud, Portal (1813) signalent bien la tuméfaction du foie chez les malades atteints d'oppression et de palpitations; mais il faut arriver à Corvisart pour voir exposer les « moyens de diagnostiquer l'engorgement sanguin consécutif aux maladies du cœur, d'avec les autres affections du foie ». « Il n'est aucune maladie, dit-il, dans la note de la page 68, dans laquelle le foie soit plus sujet à des variations de volume que dans les maladies du cœur parvenues à une période avancée. J'ai vu, chez quelques malades, le foie se tuméfier douloureusement en vingt-quatre heures, descendre jusqu'à la fosse iliaque et se détuméfier lorsque la circulation cardiaque avait recouvré un peu plus de liberté : le même phénomène s'est produit à plusieurs reprises chez le même individu. » Après avoir expliqué le mécanisme des lésions, il met en garde les médecins contre l'erreur dans laquelle pourraient les faire tomber l'augmentation de volume du foie et l'ascite qui fixent tout d'abord l'attention.

Andral, en merveilleux clinicien, donne en quelques pages une excellente idée des effets du retentissement du cœur sur le foie et ajoute aux faits connus une note personnelle des plus judicieuses : « D'autres fois, cependant, l'engorgement du foie survit à l'exaspération des symptômes de la maladie du cœur : bien que le trouble de la circulation ne soit plus que peu considérable, et que la respiration ne soit plus que médiocrement gênée, le foie conserve un volume inaccoutumé et son engorgement peut souvent alors, autant, et plus que la maladie du cœur, entretenir la congestion intestinale et produire l'ascite. » Les leçons de Gendrin, sur les « Congestions sanguines et hémorrhagies symptomatiques des maladies », renferment une description minutieuse de la congestion hépatique accompagnée ou non d'ictère. Et Bouillaud, sans s'arrêter spécialement à l'étude des lésions hépatiques, mentionne avec soin, dans ses relations d'autopsie, l'état du foie et de la bile; on y trouve le mot de *foie à bosselures*, de *foie cirrhosé*.

L'étude des phénomènes cliniques était à peine ébauchée, lorsque la découverte des cirrhoses de Laënnec ou mieux de la cirrhose dans le foie des asystoliques fit porter la question sur un autre terrain.

Becquerel ayant trouvé, d'une part, 21 cas de maladies du cœur sur 42 cas de cirrhose et, d'autre part, 21 cas de cirrhose dans 55 cas de maladie du cœur, chercha à démontrer que l'abus de l'alcool ne jouait qu'un rôle secondaire dans la production de la cirrhose et que les affections cardiaques en étaient, au contraire, la cause habituelle. De toutes parts des protestations s'élevèrent contre cette manière de voir, qui fut combattue surtout par Budd, Monneret et Bamberger. A la statistique de Becquerel, Bamberger opposa la sienne et prétendit que, sur plus de 100 affections cardiaques, il n'avait rencontré que 2 cas de cirrhose et que, sur 30 cas de cirrhose, il avait toujours trouvé le cœur normal, sauf dans les 2 cas précédents. Quant à Budd, il accorde tout au plus que les troubles cardio-vasculaires peuvent aider et renforcer l'action de l'alcool et conclut que, « chez les cardiaques anciens rhumatisants, on ne trouve le foie dur que chez ceux qui font un usage immodéré des spiritueux ».

Handfield Jones, tout en n'admettant pas que le foie muscade puisse se terminer par la cirrhose cloutée, « regarde, comme le fait essentiel, l'effusion d'un plasma morbide dans les canaux et fissures du foie à la partie périphérique des lobules. La substance d'enveloppe des lobules devient plus condensée et plus distinctement fibreuse. Le plasma semble s'insinuer entre les cellules dans les parties externes du lobule » : c'est le premier essai de localisation et la manière de voir de l'école anglaise n'a pas varié jusqu'ici, si nous en jugeons d'après les travaux de Green (1871), de Wickkam Legg (1875) et de Dreschfeld (1881).

En Allemagne, Rokitansky, Henle, Oppolzer, Förster avaient déjà signalé, d'une manière vague, l'influence des maladies du cœur sur le développement de la cirrhose. C'est à Virchow qu'on attribue le mérite, peut-être contestable, d'avoir indiqué, le premier, la localisation de la sclérose

(1) Pour les indications bibliographiques, voir E. PARMENTIER. *Études anatomo-pathologiques et cliniques sur le foie cardiaque*, Thèse de Paris, 1890.

autour des veines sus-hépatiques. En 1856, dit Liebermeister, parut, dans le *Wiener medicinische Wochenschrift* (n° 33), une observation de foie muscade atrophique recueillie au cours de Virchow. On y signalait l'épaississement de la tunique interne des veines et la présence à leur voisinage d'épais tractus conjonctifs. De quelles veines s'agissait-il? Mention n'en est faite. Il faut croire que les veines en question étaient les veines sus-hépatiques; en tous cas, c'est ainsi que les auteurs ont interprété le passage. Bientôt après, Rokitansky, Frerichs, Förster admirent, sans réserves, que le centre des lobules étaient bien le point de départ de la néoformation conjonctive.

Telle était l'opinion de l'école allemande lorsque Liebermeister fit paraître son traité d'anatomie pathologique et de clinique des maladies du foie. Dans le chapitre important qu'il consacre à l'étude du foie muscade atrophique, cet auteur prétend n'avoir jamais rencontré de sclérose autour de la veine centrale. Par contre, on trouverait toujours d'après lui un épaississement du tissu conjonctif interlobulaire. « Dans les cas où les lésions étaient plus marquées et où le tissu conjonctif exubérant allait jusqu'à circonscrire les lobules, il y avait concordance parfaite, au point de vue anatomique, avec la vraie cirrhose. Ici, comme dans la cirrhose commune, on ne peut hésiter à regarder le processus pathologique comme celui d'une hépatite interstitielle. L'objection que ces scléroses consécutives à la congestion par stase ne peuvent être attribuées aux troubles de nutrition de nature inflammatoire est de peu de valeur et tombe si l'on considère que les limites qui séparent la congestion et l'inflammation sont difficiles à tracer et plus ou moins incertaines. » Les idées de Liebermeister furent accueillies avec faveur et acceptées en partie par tous les histologistes. Klebs et Rindfleisch, Orth, Ziegler admettent, en effet, l'hypertrophie limitée du tissu conjonctif péri-portal, mais ne disent pas un mot de la sclérose péri-sus-hépatique.

Dans son article du *Dictionnaire encyclopédique* et, plus tard, dans un mémoire intitulé : « De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie et réciproquement », M. Rendu soutient aussi que la prolifération conjonctive occupe la périphérie du lobule et que, sclérose insulaire partielle, elle ne va jamais jusqu'à circonscrire plusieurs lobules à la fois.

M. Talamon est plus catégorique. Faisant la part de la péri-artérite qui rentre dans la classe des altérations générales fibroïdes ou scléreuses et, qui ne survient ici qu'à titre de phénomène concomitant, il insiste longuement sur les lésions qui relèvent directement de l'affection cardiaque. Il distingue ainsi des lésions : *a* intra-lobulaires : dilatation et sclérose de la veine centrale; dilatation des capillaires, aplatissement des cellules; *b* extra-lobulaires : prolifération embryonnaire de l'espace porte et cirrhose plus ou moins étendue, pouvant aller jusqu'à la cirrhose multilobulaire vulgaire.

Bien que MM. Cornil et Ranvier aient signalé l'hypergénèse du tissu conjonctif de la veine centrale, c'est à M. Sabourin que revient le mérite d'avoir mis en valeur toute la doctrine de la cirrhose sus-hépatique. Ses deux mémoires peuvent se résumer ainsi : la sclérose sus-hépatique est l'élément anatomo-pathologique critérium de la cirrhose cardiaque; mais elle peut s'associer à d'autres éléments anatomo-pathologiques pour former des foies à lésions complexes. Telle est l'opinion que nous avons défendue dans notre thèse après avoir examiné consciencieusement près d'une centaine de foies cardiaques.

On voit, par ce qui précède, quelle multitude de travaux la question de la cirrhose cardiaque a suscités de 1840 jusqu'à nos jours. Il est temps de revenir à l'étude clinique que nous avons abandonnée pour exposer en détail les différentes théories émises sur la nature et la topographie de la cirrhose cardiaque.

Comme nous l'avons vu plus haut, Corvisart, Andral, Gendrin s'étaient attachés à bien décrire les divers aspects de la congestion hépatique au cours des maladies du cœur. Andral avait fait remarquer que, les œdèmes disparaissant, le foie pouvait rester gros : c'était un premier pas vers l'isolement des phénomènes hépatiques dans le syndrome asystolie. Liebermeister, Stokes, Friedreich, MM. Talamon et Rendu continuèrent le travail de sélection entrepris par Andral.

Notre excellent maître, M. Hanot, qui nous a guidé dans notre travail, a complété l'œuvre de ses devanciers et créé le mot d'*asystolie hépatique* (1), en en montrant la signification. Sous cette dénomination se cache un type clinique d'autant plus curieux à reconnaître qu'il est la cause de nombreuses erreurs de diagnostic. Enfin, plus récemment, MM. Tapret et Dreyfus-Brisac ont écrit sur le foie cardiaque deux intéressants articles parus dans l'*Union médicale* (juillet 1889) et dans la *Gazette hebdomadaire* (février 1890).

Bien que les cardiopathies secondaires aux affections du foie ne rentrent qu'indirectement dans notre sujet, nous ne devons pas oublier les travaux de Stokes, de Murchison, de M. le professeur Potain, qui ont singulièrement élargi la conception des rapports du foie et du cœur. Le foie pathologique, en troublant le fonctionnement régulier du cœur, est souvent le premier à pâtir de l'insuffisance cardiaque qu'il a créée; c'est au clinicien qu'il appartient de faire la part qui revient à l'un et à l'autre organe dans l'ordre des lésions.

II

Cardiopathies primitives. — Toutes les affections cardiaques ne mènent pas à l'asystolie avec une égale fréquence. A ce point de vue on les classe dans l'ordre suivant : rétrécissement mitral, insuffisance mitrale, insuffisance aortique.

Il est des malades qui vivent de longues années sans troubles appréciables avec un rétrécissement aortique même très prononcé. D'autre part, les malades atteints d'insuffisance aortique peuvent bien, à la vérité, souffrir de congestions actives, de fluxions artérielles dans diverses régions; mais ils ne présentent pas, en général, cet état de cyanose et d'engorgement des veines qui distingue les lésions mitrales. Ils succombent, du reste, assez rarement aux progrès de l'asystolie.

Sous ce rapport, le mitral est moins favorisé que l'aortique. Pour lui, l'insuffisance tricuspidienne est imminente du jour où la gêne de la circulation pulmonaire est manifeste. Sans doute, cette insuffisance tricuspide a bien, comme le dit Friedreich, une certaine action régularisatrice : elle a pour but de faire refluer, à chaque systole ventriculaire, une partie de sang dans les vaisseaux de la petite circulation. Par contre, la grande circulation veineuse

(1) Thèse de son élève, M. Dumont, 1887.

trouve dans ce fait une nouvelle cause de trouble, car le flot sanguin, qui reflue du ventricule, doit nécessairement apporter un obstacle plus marqué au dégorgement de sang veineux dans le cœur droit et déterminer la congestion des différents viscères de l'abdomen.

Les cardiaques en asystolie ne sont pas égaux devant la complication hépatique; cela est surtout vrai pour les mitraux : chez l'un, c'est le poumon, chez l'autre, c'est le rein, chez un troisième, c'est le foie qui fait, pour ainsi dire, à lui seul tous les frais de l'asystolie, et il en est ainsi jusqu'à la période terminale où tous les organes sont alors frappés de déchéance. Quelle est donc la cause de cette inégale répartition des manifestations de l'asystolie ?

Tandis que M. Rendu fait valoir l'influence du système nerveux qui règle l'énergie du cœur sur l'effort à produire, M. Rigal fait jouer le plus grand rôle à l'affaiblissement partiel du système vasculaire de chacun des organes lésés, du foie dans le cas présent.

On peut encore se demander s'il n'existe pas une disposition anatomique qui facilite l'engorgement des veines sus-hépatiques aux dépens du système cave; il suffirait pour cela d'une obliquité plus prononcée des veines sus-hépatiques sur le tronc de la veine cave. On le croirait volontiers si l'on ne craignait de prendre l'effet pour la cause, car il est commun de trouver à l'autopsie une dilatation énorme des veines sus-hépatiques, au niveau de leur embouchure.

Les raisons de ce déterminisme sont encore incertaines et probablement multiples.

Aux causes précédentes, il faut ajouter la prédisposition créée par un état pathologique antérieur du foie. Dans un intéressant mémoire paru, en 1883, dans les *Archives de médecine*, M. Mathieu soutient cette thèse que les alcooliques, outre qu'ils sont plus que les autres prédisposés à l'asystolie (action réflexe, myocardite scléreuse, dégénérescence parenchymateuse du muscle cardiaque), présentent dans l'évolution de la maladie des particularités susceptibles d'être reconnues et déterminées. D'autre part, M. Rendu rapporte que, chez une de ses malades atteinte de lithiase biliaire et devenue cardiaque, les manifestations hépatiques ont toujours été prédominantes au milieu des crises d'asystolie. Nous avons eu, de notre côté, l'occasion d'observer un bel exemple du même genre chez un paludéen. Il est bon de faire observer qu'en pareil cas il s'agit de lésions complexes du foie et non plus simplement de lésions cardiaques simples.

Cardiopathies tardives et secondaires. — Dans les cardiopathies que l'on pourrait appeler tardives, lésions dégénératives et fibreuses du muscle cardiaque, athérome, sclérose du cœur, qu'on observe chez les sujets d'un certain âge, le foie n'est touché qu'à son rang et à son heure, ni plus ni moins que les autres organes. Il n'est aussi que peu ou point altéré dans les cardiopathies liées aux affections rénales. Enfin, dans l'insuffisance tricuspidienne consécutive aux affections pulmonaires (emphysème, sclérose pulmonaire, tuberculose), les accidents hépatiques s'observent, à l'égal des autres phénomènes de l'asystolie, sans présenter jamais l'intensité qu'on remarque chez les vrais cardiaques.

Les maladies qui retentissent le plus vivement sur le cœur, suivant MM. Potain, Barié et Rendu, sont loin d'être celles qui, par leur gravité, attestent des lésions profondes de cet organe. Parmi ces dernières, c'est la cirrhose biliaire qui paraît avoir sur le cœur l'influence la moins discutable. D'ordinaire, les troubles cardiaques qu'elle provoque sont passagers et superficiels; mais, parfois, l'insuffisance tricuspidienne apparaît, dans toute sa netteté, avec le souffle caractéristique et quelquefois même des battements du foie; l'asystolie, à forme hépatique, en est alors la conséquence.

En résumé, des différences considérables séparent les cardiopathies primitives et les cardiopathies tardives et secondaires en ce qui concerne leurs modes de retentissement sur le cœur.

Les premières donnent lieu aux vrais foies cardiaques, surtout les affections mitrales ou mitro-aortiques. Les affections aortiques pures se rapprochent plutôt des cardiopathies secondaires. La raison en est facile à trouver. Les aortiques succombent moins fréquemment que les mitraux en état d'asystolie; pour eux, l'asystolie c'est la mort à brève échéance et la durée de la maladie ne laisse d'ordinaire pas le temps aux lésions hépatiques de devenir bien profondes. Les mitraux, par contre, ont des asystolies à répétition : à chaque crise, le foie est le siège de poussées congestives qui préparent le terrain à la sclérose.

Les secondes se conduisent tout différemment. Elles ne produisent guère que des foies muscades simples. La prolifération conjonctive peut bien exister, il est vrai, dans les cas d'artério-sclérose, par exemple; elle siège alors au niveau de l'espace porte et reconnaît une origine artérielle; mais la sclérose sus-hépatique, élément anatomo-pathologique critérium, manque ou peu s'en faut. Ce sont des foies accessoirement ou accidentellement cardiaques, parfois à lésions complexes.

C'est sans doute aux principes irritants contenus dans le sang qu'il faut attribuer la prolifération conjonctive, de même que c'est dans le retentissement direct des lésions du cœur droit, sur les veines sus-hépatiques et les capillaires adjacents, qu'il faut chercher la raison de sa localisation. Dans certains cas, les excès de boisson jouent bien un certain rôle et favorisent le développement de la cirrhose; mais l'alcoolisme ne doit pas forcément et toujours être invoqué. MM. de Beurmann et Sabourin ont fait remarquer, à propos d'un cas de cirrhose cardiaque, que la malade qui en était atteinte ne présentait aucun signe d'alcoolisme et que les commémoratifs, l'aspect extérieur, les conditions sociales de cette femme, vivant chez elle, allaitant ses enfants, ne pouvaient faire supposer qu'elle s'adonnât à la boisson. Nous avons recueilli plusieurs observations du même genre. La plus intéressante, sans contredit, est celle d'un enfant de neuf ans qui, après un an de cardiopathie, fut atteint de cirrhose sus-hépatique. Du reste, le champ des causes de la cirrhose s'élargit de jour en jour, à mesure qu'on connaît mieux les intoxications de toute espèce; et, en ce qui concerne la cirrhose cardiaque, il est vraisemblable que les agents toxiques, d'origine gastro-intestinale, ne sont pas sans influence.

III

A. Étude macroscopique. — 1. *Congestion hépatique d'origine cardiaque. Foie muscade mou.* — Le volume et le poids d'un foie congestionné varient dans des limites trop étendues pour qu'on puisse fixer un chiffre, quelque approximatif qu'il soit. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, dépassant toujours la normale, la glande pèse communément 2000, 2500, 2800 grammes.

La forme générale du foie est conservée d'ordinaire; mais il n'est pas rare de voir une hypertrophie considérable du lobe droit, lorsque la congestion est très accusée. Le bord inférieur est émoussé, l'échancrure ligamenteuse plus profonde. La capsule, fortement tendue, laisse voir par transparence la coloration du parenchyme et montre parfois de grandes veines bleuâtres dessinant des sinuosités variqueuses. Bien que la consistance du foie soit augmentée, l'ongle s'enfonce avec facilité dans l'épaisseur de l'organe.

A la coupe, le sang s'échappe en abondance des veines largement béantes. Autant de lobules hépatiques, autant d'îlots de forme arrondie ou ovoïde. Le centre qui répond à la veine intra-lobulaire ou mieux sus-hépatique est rouge brun, brun noirâtre, la périphérie est plus pâle, brun grisâtre. Tantôt cet aspect, que l'on a comparé à la noix de muscade, se retrouve intégralement dans tout le parenchyme hépatique; tantôt, il est surtout prononcé dans un lobe (le lobe droit principalement) et se laisse à peine deviner dans les autres; tantôt, enfin, il est des plus nets sous la capsule et cesse progressivement, à mesure qu'on s'en éloigne. Dans chaque îlot, la partie foncée s'avance plus ou moins loin; parfois le flot sanguin, après avoir dilaté les capillaires de tout le lobule, ne s'arrête qu'au squelette conjonctif. Enfin certains foies présentent de véritables foyers hémorrhagiques. Cette apoplexie hépatique est, d'ordinaire, limitée à la zone sous-capsulaire.

2. *Cirrhose cardiaque. Foie muscade dur.* — Le foie cirrhosé ne se présente pas toujours sous un type uniforme. Il peut être d'un volume supérieur, égal, exceptionnellement inférieur à la normale et peser 2300, 1800, 1750 grammes.

Tantôt la surface est unie, l'aspect est celui d'un foie muscade simple; seules, une consistance plus forte, une résistance plus grande à la section trahissent la sclérose au début. Tantôt, et rarement, de la capsule épaissie partent de grandes bandes scléreuses qui plongent dans l'intérieur de la glande, en suivant les divisions des grosses veines sus-hépatiques. Ou bien, la surface est déprimée par places, au niveau même de l'insertion capsulaire des travées scléreuses qui accompagnent les veines sus-hépatiques; et cependant le centre de l'organe est à peine dur et fibreux. Enfin la surface peut être granulée. Les granulations, inégales entre elles, varient de la grosseur d'un pois à celle d'un grain de millet ou d'une tête d'épingle. Le tissu est dur, résistant, crie sous le scalpel, ne se laisse pas pénétrer par l'ongle. La surface de section montre des travées grisâtres, irrégulièrement disséminées au premier abord, ou de véritables cercles fibreux, à plus ou moins grand diamètre, dans l'intérieur desquels se voient plusieurs îlots, d'un brun noirâtre ou grisâtre : jusque dans les cirrhoses avancées, on retrouve l'aspect muscade. Les veines sus-hépatiques sont largement béantes et entourées d'un cercle fibreux très distinct, qu'on remarque aussi parfois autour des veines portes. Enfin, les bords du foie sont mousses, irréguliers, déjà granuleux, alors que la surface est à peine chagrinée.

La sclérose ne frappe pas également tous les lobes du foie : les lobes carré et de Spiegel sont ou respectés ou peu atteints; l'un des grands lobes est plus pris que l'autre et l'on assiste à ce curieux mélange de lésions congestives et inflammatoires en des points différents d'un même organe.

Qu'on ait affaire à la congestion ou à la cirrhose, les veines sus-hépatiques, en dehors du foie, sont largement dilatées et renferment, dans quelques cas, des caillots noirâtres qui se prolongent jusque dans l'oreillette.

Les voies biliaires sont libres d'ordinaire et permettent à la bile de s'écouler dans l'intestin, sauf en cas d'œdème des parois des canaux hépatique et cholédoque et surtout d'épaississement de la bile. La vésicule est toujours le siège d'une infiltration séreuse. Quant au liquide qu'elle contient, il est épais, visqueux, d'un vert noirâtre ou clair, liquide d'un jaune brunâtre ou rougeâtre. La bile est parfois albumineuse et renferme constamment de l'urobiline en proportion notable, quelquefois des pigments modifiés, du pigment rouge brun.

B. Étude microscopique. — 1. *Congestion.* — A un premier degré, la veine sus-hépatique dilatée est au centre des capillaires volumineux qui, suivant trois ou quatre rayons divergents, gagnent les foyers d'ectasie des lobules les plus proches, de sorte que, comme le dit M. Sabourin, le parenchyme est sectionné par des travées de dilatation capillaire, formant un réseau dont les nœuds contiennent les veines sus-hépatiques; et, de ce sectionnement, résultent des territoires dans l'aire desquels sont inscrites les coupes des canaux porto-biliaires. A un degré plus prononcé, la couronne d'ectasie capillaire péri-sus-hépatique s'élargit et se rapproche progressivement de l'espace porte et va, dans les cas exceptionnels, jusqu'à atteindre le squelette conjonctif. En général, les régions sous-capsulaires sont les plus altérées. Les effets de la stase se faisant moins vivement sentir autour des veines de gros calibre, le tissu qui les enveloppe est d'ordinaire respecté en partie, à moins qu'il ne soit traversé par une veine sus-hépatique allant par le plus court chemin se jeter dans le tronc principal qu'elle perfore directement.

La dilatation des vaisseaux entraîne la compression et la déformation des cellules qui s'aplatissent, s'arrondissent et s'atrophient. Leur protoplasma se réduit de plus en plus et, dans les cas extrêmes, cesse d'être visible; le noyau lui-même tend à disparaître, et à la place occupée par les cellules, on ne voit bientôt plus que de fines granulations. Parfois encore on constate, au milieu des débris cellulaires, quelques éléments de dimensions normales d'autant plus distincts qu'ils sont chargés de pigment. Ce pigment d'un brun noirâtre, différent du pigment biliaire dont il est sans doute une modification, se retrouve dans bon nombre de cellules en voie d'atrophie. Quant aux granulations graisseuses, elles sont de peu d'importance.

L'apoplexie hépatique, avons-nous dit, est disposée en nappe ou en foyers limités. Ces derniers ont une forme arrondie, ovoïde, allongée, avec angles rentrants. Les bords en sont si nets, qu'on les dirait taillés à l'emporte-pièce. Après fixation de la pièce par l'alcool, les foyers sont d'ordinaire vides de sang et forment des trous dans la préparation. Leurs parois, fortement pigmentées d'une coloration brunâtre, sont constituées par des trabécules hépatiques qui ont été refoulées par le sang extravasé. Au voisinage, des capillaires distendus serpentent au milieu de cellules disposées sans ordre.

2. *Cirrhose.* — Bien que les foies les plus altérés présentent une sclérose péri-sus-hépatique et péri-portale, il s'en faut cependant que la cirrhose se développe avec une égale fréquence autour de chaque centre veineux : la cirrhose cardiaque est, avant tout, une cirrhose sus-hépatique.

a. *Cirrhose sus-hépatique.* — L'épaississement des parois

les opérées dont je viens de vous parler. On a beaucoup insisté sur les avantages de l'atrophie de l'utérus à la suite de l'ablation des annexes. Que sera-ce donc de l'atrophie des annexes à la suite de l'ablation de l'utérus?

Pour toutes les raisons que je viens de vous exposer, je pense que l'hystérectomie vaginale, comme traitement des suppurations pelviennes, est une excellente opération. Mon opinion est absolument faite à cet égard, et j'ai la conviction profonde que vous la partagerez, quand vous aurez soumis cette opération au contrôle de votre expérience.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cabasse (de Bourbonne); M. J. Cayet (de Vendin-le-Vieil).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

47

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.............. 1.33
Silicate acide
Arséniate » } sesqui-oxyde de fer
Phosphate »
Sulfate »
— de chaux.......................
Chlorure de sodium..............
Matières organiques.............. } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

99

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge: il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

62

écompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

J. Laroche

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph^{ies}.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^{ies}.

26

ANALYSE DE FÉVRIER DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de février, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois:

Densité à 15° 1032.000

	gr.	
Beurre par litre. . . .	51.500	
Albumine.	8.500	
Caséine.	36.700	
Sucre de lait	51.900	
Sels.	7.100	
Total des matières fixes. . .	155.700	155.700
Eau		876.300

L'analyse des sels a donné par titre de lait:

	gr.
Acide phosphorique.	2.294
Acide sulfurique	0.146
Potasse	1.600
Soude	0.587
Chaux	1.944
Magnésie	0.184
Acide carbonique, chlore, fer, etc. . .	0.345
Total.	7.100

Prix :	Dans les dépôts. . .	65 c. le litre.
	— . . .	40 c. le 1/2 litre.
	Rendu à domicile. .	70 c. le litre.
	— . . .	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. Nicolas, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

62

OSTÉINE MOURIÈS

Combinaison d'Albumine et de Phosphate de chaux.

Préparation honorée du prix Montyon (Institut de France) et de l'approbation de l'Académie de médecine de Paris.

Un rapport de l'Académie constate, à la suite de nombreuses observations cliniques qui y son relatées, les grands avantages de cette préparation dans l'état de grossesse, de lactation, dans l'alimentation des enfants, pour prévenir le rachitisme ou le guérir, favoriser la dentition et le développement du système osseux.

L'Ostéine Mouriès se présente sous deux formes qui permettent d'en varier l'emploi et d'éviter le dégoût:

a. En *semoule*, dont on fait chaque jour les potages, comme on ferait avec une semoule ordinaire;

b. En *poudre*; sous cette forme, on la mélange aux potages, bouillies, chocolat, lait, café au lait, crèmes, soupes, panades, etc., etc.

Une mesure, qui surmonte chaque flacon, indique la dose à employer. Prix: 2 francs le flacon, avec une instruction pour l'emploi. Maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris.

29

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général: 378, rue Saint-Honoré, Paris.

190

EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR

Récompenses obtenues par R. Voiry, pharmacien de 1re classe, pour ses travaux sur **l'Eucalyptol:**

Médaille d'OR, Société de pharmacie de Paris
Prix LAROZE, Ecole supér. de pharm. de Paris.

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

Adopté d^s les HÔPITAUX DE LA MARINE ET DE L'ÉTAT

Médicament présentant à MM. les Médecins toute garantie de pureté. — Prescrit toujours avec succès DANS LE TRAITEMENT DES **affections des voies respiratoires**, *Catarrhes pulmonaires, Bronchites chroniques, Tuberculoses, etc.*

5, boulev. de Courcelles, Paris, et t^{tes} ph^{ies}.

44

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure) expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon: CINQ FRANCS.

Dépôt: Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon: QUATRE FRANCS.

Dépôt: Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros: Chez tous les droguistes.

7

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

67

SIROP ANTIPHLOGISTIQUE DE BRIANT

Ph^{ie} *rue de Rivoli, 150, Paris*, et t^{tes} ph^{ies}.

Le **SIROP DE BRIANT**, recommandé à son début par les professeurs Laennec, Thénard Guersant, etc., a reçu la consécration du temps: il avait été breveté en 1829. VERITABLE BONBON PECTORAL, à base de gomme et de coquelicots, il convient surtout aux personnes délicates comme les femmes et les enfants. Son excellent goût ne nuit en aucune manière à son efficacité contre les *rhumes* et toutes les *inflammations* de la *poitrine* et des *intestins*.

24

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux**, du **quina** et de la **viande crue**. Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, ph^{ien}, ex-préparat^r à l'Ecole de médecine et de pharmacie, rue Victor-Hugo, 14, LYON.

13

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie**, *la* **dyspepsie atonique**, *les* **fièvres intermittentes**, *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, à Paris et à Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.**—Dép^t: Verne, ph^{ien}, Grenoble (France), et d^s les princip. ph^{ies} de France et de l'Etranger.

47

ÉLIXIR DU DOCTEUR PELLETAN

ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Chlorose, Troubles utérins, Lactation insuffisante, Incontinence d'urine, Spermatorrhée.

5 fr. dans t^{tes} **Ph^{ies}. Gros: Dufilho**, à St-Cloud.

N° 27. — MARDI 3 MARS 1891. 64e ANNÉE. MARDI 3 MARS 1891. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL ANDRAL. Sur un cas de splénomégalie primitive. — HÔPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. Prolapsus du rectum chez l'enfant. — THÈSES DE PARIS. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

Paris, le 2 mars 1891.

Un dentiste, de nos confrères, s'est vivement ému de l'article que nous avons consacré à la réglementation de l'art dentaire; et, dans les colonnes d'un journal médical dont il est un des zélés collaborateurs, il nous a, à belles dents, vertement attaqué. Nous ne pensions pas que les quelques lignes que nous avions écrites, touchant une des branches de l'art médical, eussent pu mériter cet excès d'honneur ou cette indignité. Nous avions, sans prétention, exposé notre façon de voir, et donné les raisons qui militaient en faveur de l'opinion par nous adoptée. La délicate critique qui nous a été faite est spirituelle, sans doute, toutefois le moindre argument eût mieux fait notre affaire.

Que notre distingué confrère ne conserve pas contre nous une dent par trop longue, si nous revenons aujourd'hui sur un sujet qui paraît lui déplaire; mais la lettre ci-jointe, que nous recevons d'un homme des plus compétents et des plus justement appréciés en la matière, nous tiendra lieu de réponse.

Lyon, 25 février 1891.

Monsieur le Directeur,

J'ai lu avec une réelle satisfaction l'article publié dans la *Gazette des hôpitaux* du 10 février, sur la réglementation de l'art dentaire.

Quoique signataire de la pétition qui réclame le doctorat ou l'officiat pour l'exercice de cette profession, je n'ai jamais cru à la possibilité de la réalisation de ce vœu. Mon adhésion, et ce ne doit pas être la seule, avait pour but, dans mon esprit, de faire entrer l'art dentaire dans les carrières soumises au contrôle de l'État : ce qui impliquait pour celui-ci l'obligation de créer cet enseignement.

Aussi, est-ce avec empressement que je me rallie à l'opinion si logique émise dans votre article. Vous dites avec beaucoup de raison que le dentiste doit être dentiste avant tout.

En effet, les connaissances qu'il doit acquérir, et qui sont comprises dans cet art, sont assez étendues pour former à elles seules la matière d'un enseignement spécial.

On oublie trop, comme vous le rappelez, que le dentiste a surtout besoin *d'habileté manuelle et d'expérience*. Pour atteindre ce but, l'étudiant dentiste devrait, dès l'âge de quinze ans, se livrer à l'étude de la prothèse; après trois années passées à l'atelier, il consacrerait deux années à la théorie et à la clinique opératoire. A vingt ans, il pourrait entrer dans l'armée avec des connaissances suffisantes pour qu'il puisse, dans sa spécialité, faire partie du corps de santé, ce qui comblerait une lacune à la satisfaction de tous. Après trois années passées dans de telles conditions, l'étudiant aurait acquis assez d'expériences et offrirait assez de garanties pour qu'on lui accorde sans restriction le droit d'exercer une profession à laquelle il aura consacré huit années d'études.

Telles sont, en quelques mots, Monsieur le Directeur, mes idées sur la réglementation de l'art dentaire; je me permets de vous les soumettre, et je crois que ce programme donnerait aux dentistes de notre pays une supériorité incontestable.

Veuillez agréer, etc.

Claude MARTIN,
Médecin-dentiste de l'École du service de santé militaire, lauréat de l'Institut.

HOPITAL ANDRAL. — M. DEBOVE.

Sur un cas de splénomégalie primitive.

Par le docteur J. BRUHL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La pathologie des organes hématopoiétiques et de la rate en particulier présente encore bien des points obscurs, et nous ne possédons que peu de notions précises sur ces chapitres; nous connaissons toutefois un certain nombre de types cliniques assez bien définis qui se rattachent à cette série d'affections. La question des hypertrophies de la rate est parmi toutes une des plus complexes, d'autant plus que les données exactes de la physiologie et de l'histologie pathologiques sont encore fort incomplètes. On a bien décrit sous le nom quasi générique de lymphadénie splénique plusieurs variétés d'hyperplasie de la rate; mais on retrouve la même altération anatomique dans des états pathologiques très dissemblables.

Nous voudrions surtout ici mettre en relief une variété clinique d'hypertrophie de la rate à laquelle notre maître M. le professeur Debove propose le nom de « splénomégalie primitive »; nous avons pu en observer dans son service un exemple des plus nets. Aussi, avant tout commentaire, croyons-nous utile de rapporter l'histoire quelque peu résumée de ce malade.

Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, exerçant la profession de chapelier, depuis quarante ans, sans avoir

jamais présenté le moindre phénomène d'intoxication hydrargyrique; il nie la syphilis dont on ne retrouve, d'ailleurs, aucun vestige; il a été indemne de toute fièvre intermittente; il ne paraît pas, du reste, avoir été exposé à l'infection malarique. Sauf de très légères indispositions il a toujours eu une bonne santé, jusqu'à il y a un an et demi environ. Depuis cette époque, il a commencé à éprouver une atteinte assez sérieuse de son état général; il a vu ses forces diminuer graduellement; il est devenu sujet à des épistaxis, peu abondantes il est vrai; il a accusé des troubles digestifs et surtout des douleurs abdominales qui se répétaient de temps en temps sous forme de crises paroxystiques, simulant des coliques hépatiques; il paraîtrait même que c'est pour cette affection qu'il a été soigné. La crise douloureuse la plus intense serait survenue en mars 1890; elle a duré vingt-quatre heures et s'est accompagnée de nausées et de quelques vomissements. L'interrogatoire de notre malade nous apprend que la douleur a été très manifestement localisée à l'hypochondre *gauche* et cet endolorissement de la région splénique a persisté pendant plusieurs semaines.

C'est surtout depuis cette crise, que sa santé a subi une atteinte grave; il est devenu pâle, anémique, et s'est aperçu de l'existence d'une tumeur abdominale. C'est dans ces circonstances qu'il entre à l'hôpital Andral au mois de juillet 1890, où nous sommes d'emblée frappé par l'aspect anémique et par la tuméfaction splénique. La rate est, en effet, très hypertrophiée; elle occupe à peu près toute la moitié gauche de la cavité abdominale; il s'agit bien ici d'une hyperplasie de la totalité du viscère; car on reconnaît par la palpation la forme et la direction générales de la rate; celle-ci mesure 28 centimètres dans son plus grand diamètre vertical et 24 centimètres dans sa plus grande largeur. La consistance est ferme et la surface à peu près lisse; une palpation attentive permet toutefois de reconnaître quelques plaques indurées dues vraisemblablement à la périsplénite.

Le foie est également légèrement augmenté de volume.

Les parois abdominales sont normales; elles ne sont pas œdématiées et ne présentent pas de développement du réseau veineux superficiel; il n'y a pas d'ascite.

L'examen des autres viscères ne nous fournit que peu de renseignements intéressants. On constate une diminution de l'ampleur de la respiration dans le poumon gauche, qui est refoulé par la rate; de plus une légère submatité et des frottements pleuraux existent sur tout le pourtour de la base de ce poumon. Nous n'avons constaté aucun bruit pathologique au niveau du cœur, ni dans les vaisseaux du cou. Les urines ne renferment ni albumine, ni sucre. Nous avons exploré avec grand soin l'état de tous les ganglions lymphatiques accessibles; nous n'avons trouvé aucune trace d'adénopathie.

Il nous restait à trouver la cause de la gravité de l'état général de notre malade, qui était presque un cachectique. La peau était blanche ou plutôt d'un gris un peu sale; l'émaciation était évidente, mais le tissu cellulo-adipeux n'avait pas complètement disparu; l'état des forces était déplorable; la marche était pénible; le moindre mouvement, le plus petit effort étaient une source d'épuisement.

L'examen du sang s'imposait à nous dans ces circonstances, nous l'avons pratiqué un grand nombre de fois; voici les résultats que nous avons obtenus. L'examen du sang sec nous a permis de constater une inégalité assez grande dans le diamètre et surtout dans la coloration des globules rouges, il n'y a pas de déformation irrégulière des globules de poikilocytose. Les hématoblastes sont tous isolés ou réunis en petits groupes, quelques-uns sont en voie de coloration par l'hémoglobine. Après coloration par le bleu de méthylène, nous notons que la majorité des globules blancs présentent des noyaux segmentés; il existe un petit nombre de globules blancs à gros noyau fortement coloré. Il y a augmentation des granulations éosinophiles. Nous n'avons pas rencontré de globules rouges à noyau.

Voici, enfin, les résultats de la numération des corpuscules du sang :

Globules rouges	2,861,350
Globules blancs.	10,757
Richesse globulaire.	1,246,500
Valeur du globule rouge.	0,43
Hématoblastes	93,000?

L'appareil d'Hénocque nous a permis de vérifier que l'hémoglobine était réduite à la moitié de sa quantité normale.

Si nous faisons le tableau de l'ensemble des symptômes que nous avons constatés chez notre malade, nous remarquons qu'il s'agit d'une affection caractérisée par trois phénomènes capitaux, à savoir : 1° l'hypertrophie de la rate; 2° une anémie à marche progressive, caractérisée par une diminution du nombre des hématies et par un abaissement encore plus marqué du taux de l'hémoglobine, sans augmentation du nombre des leucocytes; 3° l'absence complète de toute adénopathie. Nous nous trouvons donc en présence d'une affection bien distincte : d'une part, de la leucocythémie, d'autre part, de l'adénie. Dès faits analogues à ceux que nous avons en vue, ont été décrits et rangés dans la classe des pseudo-leucémies; en acceptant cette dénomination, notre cas appartiendrait à la variété splénique pure de la pseudo-leucémie.

En examinant de près l'évolution de cette affection, nous nous demandons s'il ne conviendrait pas de la considérer comme une maladie primitive de la rate; et, dans cette hypothèse, elle mériterait le nom de splénomégalie primitive que lui propose M. Debove.

Mais, avant d'essayer de justifier cette appellation, il serait peut-être intéressant de signaler les différents noms qu'on lui a proposés. Notre observation, en effet, est loin d'être isolée, et la littérature médicale possède un certain nombre de faits à côté desquels le nôtre mérite d'être rangé.

Woillez (1), en 1856, en a publié un cas sous le nom de « hypertrophie de la rate avec symptômes de la leucocythémie sans exagération du nombre des globules blancs du sang ».

Collin (2) et Wunderlich (3) ont fait connaître des observations analogues. Griesinger, et un peu plus tard Strümpell (4), ont voulu mettre en lumière le rôle pathogénique de l'altération splénique et ont proposé le nom d'anémie splénique, de cachexie splénique; c'est sous ce titre que Müller (5), élève de Niemeyer, a contribué à nous faire connaître la question. Plus récemment, Banti (6) a consacré

(1) Woillez. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1856.
(2) Collin. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1862.
(3) Wunderlich. *Arch. der Heil.*, 1866.
(4) Strumpell. *Arch. der Klin.* 1877 et 1878.
(5) Muller. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1867.
(6) Banti. *Dell'anemia splenica*. Florence, 1882.

une monographie des plus importantes à la question de l'anémie splénique; l'auteur a surtout cherché à compléter sa description par des recherches anatomiques; en nous faisant connaître l'histologie pathologique de cette affection, il met en relief les différences de lésions qui existent entre la rate dans la leucémie et la rate dans l'anémie splénique. Enfin nous possédons une remarquable leçon clinique de M. Potain (1) sur la pseudo-leucémie splénique.

Il nous a surtout paru intéressant de nous demander si, dans ces cas, il s'agissait d'une maladie générale à localisation splénique, ou s'il s'agissait peut-être plutôt d'une splénopathie primitive. En un mot, une altération de la rate nous permettrait-elle d'interpréter, d'une façon satisfaisante, les divers symptômes que nous avons relevés? Plusieurs circonstances viennent plaider en faveur de l'hypothèse d'une splénopathie primitive. Tout d'abord, dès le début de la maladie, et le fait a été noté un certain nombre de fois, on a observé des phénomènes de tiraillements, de douleur, de pesanteur dans l'hypochondre gauche; ces signes trahissent un processus morbide du côté de la rate, processus qui précède tout symptôme d'anémie. L'altération de la rate, malgré l'obscurité qui règne encore sur les fonctions physiologiques de cet organe, retentirait sur la composition du sang. La diminution du nombre des hématies serait due à la cessation de la fonction créatrice de l'organe.

L'absence de leucémie n'a pas lieu de nous étonner, si nous nous rappelons les lésions que Banti a décrites dans la rate et qui sont des lésions de sclérose, aboutissant à l'atrophie du glomérule et à la suppression du tissu lymphoïde. Enfin l'abaissement considérable du sang de l'hémoglobine s'expliquerait également bien et viendrait étayer la théorie de MM. Malassez et Picard, d'après laquelle la rate jouerait un rôle capital dans la production de l'hémoglobine. La cachexie finale serait due à l'influence que la rate exerce sur la composition chimique du sang, modifications encore assez mal connues, mais que Cl. Bernard, Saint-Pierre, Estor et Béclard avaient étudiées au point de vue physiologique.

Du moment que la rate est le siège d'une altération spéciale, voisine des processus scléreux, il est naturel de voir la capsule fibreuse participer à l'inflammation : aussi la péri-splénite est-elle très-fréquente; elle a été souvent notée à l'autopsie; pendant le séjour de notre malade à l'hôpital, nous avons pu observer plusieurs de ces poussées douloureuses, dues sans doute à la péri-splénite; elles se traduisaient par un endolorissement de la région splénique, par un mouvement fébrile, par des nausées, des vomissements, parfois par une crise diarrhéique; bref, on pouvait retrouver tous les signes d'une péritonite circonscrite.

Tous les auteurs ont noté une légère hypertrophie du foie; Trousseau l'attribuait à l'hyperhémie, Wunderlich à l'infiltration lymphoïde. Peut-être serait-il plus exact d'accepter que les mêmes raisons, qui amènent la splénomégalie dans les cirrhoses hépatiques, puissent déterminer l'hépatomégalie dans cette splénopathie.

En somme, les principaux symptômes s'expliquent bien dans l'hypothèse d'une affection splénique, que nous voudrions envisager comme une affection locale, distincte par conséquent de la diathèse lymphogène, qui implique l'idée d'une maladie générale. A l'appui de cette manière de voir, nous pouvons invoquer un dernier argument que nous fournit la thérapeutique de la splénomégalie. Dans certains cas, lorsque les traitements usuels et classiques, général, tonique, arsenical, avaient échoué, la question d'une intervention radicale a pu se poser.

Si la rate est seule en cause, si elle est l'origine de tous les désordres, pourquoi ne tenterait-on pas l'extirpation d'un organe, que la physiologie nous enseigne ne pas être indispensable à la vie? La splénectomie, en effet, a été pratiquée quatre fois dans ces conditions, et elle a donné trois guérisons radicales. Or, toutes les fois que cette opération a été faite dans les cas où l'hypertrophie de la rate dépendait d'une malaladie générale, la leucémie, par exemple, elle a toujours été suivie de mort dans un très bref délai.

L'hypothèse d'une affection locale et primitive de la rate trouve une sanction dans ce résultat thérapeutique. Pour toutes ces raisons, il nous paraît juste de donner le nom de *splénomégalie primitive* au syndrome clinique présenté par notre malade.

(1) Potain. *Semaine médicale*, 1887.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. G. Phocas.

Prolapsus du rectum chez l'enfant.

Nous venons d'examiner une petite fille, âgée de deux ans et demi, couchée au nº 24 et qui est entrée à l'hôpital depuis bientôt un mois. C'est une enfant bien portante et rien ne dénote, à première vue, la maladie dont elle est atteinte. Mais il suffit de la découvrir pour constater l'existence d'une grosseur qui fait saillie à travers l'anus. En examinant plus attentivement cette saillie, on y constate les particularités suivantes :

A travers l'anus, il sort une grosseur longue de 3 centimètres, rouge, veloutée, facilement saignante, de forme cylindrique, qui présente à considérer une base et un sommet. La base large répond à l'orifice anal; elle est limitée par cet orifice, mais elle ne se continue pas avec la peau avoisinante. A ce niveau, il existe un sillon profond de 1 centimètre environ, dans lequel le doigt peut pénétrer facilement. Le sommet présente un orifice dirigé dans le sens antéro-postérieur et long de 1 centimètre. Cet orifice laisse échapper quelques mucosités. A la palpation, la tumeur est mollasse épaisse et légèrement douloureuse. Enfin, elle saigne facilement. Sa surface est lisse, sans aucune trace d'excroissance ou de tuméfaction secondaire. Le volume de la tuméfaction n'est pas toujours le même. Il augmente avec les cris et les efforts de l'enfant; il diminue sans disparaître par le repos. Cette tuméfaction est réductible. A l'aide d'une pression douce et soutenue avec la main appliquée à plat on arrive à la réduire, mais pour la maintenir réduite, on est forcé de l'accompagner avec le doigt dans le rectum, de la déplisser, pour ainsi dire, dans la cavité rectale. L'introduction du doigt dans l'orifice anal n'offre, du reste, aucune espèce de difficulté. On y pénètre commodément avec *deux* ou *trois doigts* et le sphincter ne paraît réagir que très faiblement. L'anus se présente alors sous forme d'un orifice large, dilaté, dirigé d'avant en arrière, bordé de lèvres épaisses et rougeâtres. Bientôt après, si la réduction doit se maintenir, les fesses se rapprochent, l'orifice anal reprend sa forme et le prolapsus reste réduit. Mais il suffit du moindre effort de l'enfant, d'un cri, d'une contrariété, pour que la tumeur réapparaisse

à l'extérieur avec tous ses caractères. On peut assister à son développement, en écartant les fesses par un effort lent et soutenu; on voit alors l'orifice anal s'entr'ouvrir, devenir circulaire, s'agrandir et laisser passer un bourrelet muqueux rouge; si l'on persiste dans la manœuvre, l'anus deviendra antéro-postérieur et le bourrelet muqueux s'agrandira; en dernier lieu une grosse masse rouge fera subitement, en deux temps, irruption au dehors. J'ajouterai que, pendant la réduction, on ne perçoit ni bruit, ni gargouillement d'aucune sorte.

L'enfant est presque toujours couché sur le côté, le prolapsus rectal l'empêchant de se coucher sur le dos ou de s'asseoir dans le lit. Il ne paraît pas très chagrin; mais il manifeste des signes non douteux de contentement, quand la réduction est faite. Il mange bien et va régulièrement à la selle, sans être sujet à la diarrhée ou à la constipation. Il urine bien et ne présente rien de particulier du côté de la vessie. Enfin, on n'a pas trouvé de vers dans ses selles.

La mère s'est aperçue, il y a cinq mois environ, pour la première fois, de la chute du rectum, et elle put le réduire. La chose se reproduisant trop souvent, elle nous amena son enfant à l'hôpital, où il fut confiné au lit, constipé et traité par la réduction fréquente du prolapsus et le port d'un bandage simple. Malgré cela, le prolapsus continue à apparaître au moindre mouvement et, aujourd'hui, il faudra intervenir plus activement.

Le diagnostic ne saurait offrir de difficultés. Je ne m'attarderai pas à faire un diagnostic différentiel entre l'affection que présente cet enfant et les hémorrhoïdes ou les polypes du rectum. Il s'agit manifestement d'un prolapsus du rectum. Toute la question est de savoir si le prolapsus est *simple* ou *invaginé*, si, en un mot, la tumeur est constituée par la muqueuse rectale seule ou si elle est formée par toutes les tuniques de l'intestin.

Quoi qu'on en ait dit, il me semble que, dans le cas particulier, le doute n'est pas permis. La longueur du prolapsus, son épaisseur, le sillon circonférentiel de sa base, la manière dont il fait son apparition, sont autant de présomptions sérieuses pour admettre l'existence d'un *prolapsus invaginé*. Le signe que M. Vidal a donné pour distinguer le prolapsus simple du prolapsus invaginé peut faire défaut, ainsi que l'a démontré Cruveilhier, mais, quand il existe, il n'indique pas moins l'invagination du rectum. Et, dans le cas particulier, on peut facilement constater l'existence du sillon.

Je désire maintenant revenir sur quelques particularités de l'affection :

L'âge de l'enfant cadre bien avec ce qui est enseigné par les auteurs. Tous s'accordent pour proclamer la fréquence de la chute du rectum chez l'enfant. On a donné de cette fréquence dans le jeune âge de nombreuses explications. Les uns, avec Giraldès, ont admis une plus grande laxité du tissu cellulaire qui unit la tunique muqueuse avec la tunique musculaire du rectum; d'autres ont invoqué la disproportion qui existe chez l'enfant entre le bassin encore incomplètement développé et le volume des viscères, déjà considérable à cet âge; et quelques-uns ont incriminé la mauvaise habitude qui consiste à laisser les enfants pendant longtemps accroupis sur le vase de nuit, habitude fréquemment observée dans le peuple. Enfin M. Duchaussoy a insisté sur l'atonie du sphincter. Dans un cas, cet auteur a pu introduire deux et trois doigts dans l'anus sans provoquer de douleurs. La même particularité se trouve notée dans notre observation où vous avez pu constater avec quelle facilité on peut introduire trois doigts dans l'anus. L'atonie du sphincter est donc un fait incontestable. Est-elle primitive, n'est-elle que l'effet du prolapsus ? Voilà ce que je ne saurais dire ; cette parésie du sphincter ne mérite pas moins d'attirer toute notre attention, car si elle n'a pas occasionné le prolapsus, elle ne peut manquer de l'aggraver. Quoi qu'il en soit, les raisons invoquées sont suffisantes pour expliquer la fréquence de la chute du rectum chez l'enfant, quand, nulle part, on ne trouve d'autres causes qui, par action réflexe ou autrement, puissent la provoquer. Telles sont les diarrhées profuses, la faiblesse constitutionnelle, qui affaiblissent la tonicité musculaire du rectum et de l'anus, ou les vers intestinaux, un phimosis, un calcul vésical, toutes causes d'excitation et d'efforts continus et susceptibles de forcer la résistance du sphincter.

Mais si la chute du rectum s'observe fréquemment chez l'enfant, elle est loin d'être l'apanage exclusif de cet âge; l'adulte et le vieillard, surtout, sont parfois atteints de la même affection. Il importe de faire une distinction absolue entre le prolapsus rectal de l'enfant et celui de l'adulte et du vieillard. Tandis que, dans le premier cas, l'affection est bénigne dans la grande majorité des cas, elle est tenace et récidivante dans le second. La ténacité et la longue durée de la chute du rectum chez l'adulte en font une véritable infirmité.

Aussi le *traitement* doit-il être différent selon l'âge du malade. Toutes les méthodes thérapeutiques employées contre la chute du rectum s'adressent à l'un des deux facteurs de l'affection : à la *tumeur rectale* ou à la porte de sortie de la tumeur, c'est-à-dire au *sphincter* de l'anus. Tous les procédés s'attaquent à l'un ou à l'autre facteur de la maladie. De là, dérivent deux grandes méthodes et une infinité de procédés médicaux ou chirurgicaux, dont la multiplicité, on l'a souvent fait remarquer, ne présage rien de bon au point de vue de leur efficacité.

On agit sur la tumeur prolabée en mettant en usage le repos, en constipant le malade, en prenant des précautions au moment de la défécation, en réduisant le prolapsus ou en le modifiant à l'aide des astringents, des caustiques, du thermocautère. C'est encore à la tumeur qu'on s'attaque en l'excisant, en la fixant au bassin, à la manière de Verneuil (rectopéxie) ou en la réduisant par attraction à la manière de Jeannel.

On s'adresse, par contre, au sphincter, quand par les bandages et les appareils on cherche à maintenir la réduction obtenue. Plus sûrement, on agit sur le muscle par l'électricité, les injections de strychnine ou d'ergotine, l'excision des plis radiés; c'est en vue de tonifier le même muscle et de rétrécir le passage que l'opération de Robert fut instituée. Guidés par la même idée, M. Duret et Schwartz, dans ces derniers temps, ont exécuté des véritables périnéorrhaphies. Les cautérisations ponctuées de Guersant peuvent arriver au même résultat.

Parmi ces méthodes, nous devons choisir des procédés applicables dans le cas particulier. Les opérations récemment décrites (Verneuil, Jeannel, Schwartz, Segond, etc.) ont été instituées pour guérir des prolapsus invétérés des adultes. Dans la grande majorité des cas, on peut s'en passer dans la chirurgie infantile. Les auteurs (Giraldès, Guersant, de Saint-Germain, Holmes) nous enseignent la bénignité de l'affection dans l'enfance et déconseillent les interventions sérieuses.

Nous avons commencé par prescrire le repos au lit et par surveiller la défécation. Nous avons souvent pratiqué la réduction et nous avons essayé de maintenir la réduction. Mais cette thérapeutique anodine a été démontrée insuffisante.

Nous sommes forcé de recourir à des méthodes plus actives. Pour cela, nous comptons agir sur la tumeur en mettant en usage le procédé si fort recommandé par Allingham et dont les bons effets ont été encore récemment constatés par M. Delens. Après avoir badigeonné la tumeur avec un pinceau imbibé d'acide nitrique concentré, nous la réduirons et nous maintiendrons la réduction à l'aide d'un bandage. Nous constiperons ensuite l'enfant pendant quatre ou cinq jours. Nous voudrions aussi réveiller la tonicité du sphincter, en appliquant à ce niveau quelques cautérisations. Nous ferons donc suivre la réduction de quatre boutons faits au thermocautère au niveau du sphincter. Par ce moyen, nous espérons exciter le muscle à se contracter et nous avons lieu de croire qu'avec la chute des petites escharres les cicatrices qui en résulteront, contribueront peut-être à resserrer l'orifice anal. Cependant, dans notre pensée, les cautérisations ignées, au niveau du sphincter, doivent avoir pour but d'exciter une sorte de contraction réflexe du muscle analogue à la sphinctéralgie qui s'observe à la suite des fissures à l'anus.

Nous ne négligerons pas les moyens hygiéniques : le repos au lit, la constipation et, plus tard, le port d'un bandage.

L'opération a été pratiquée comme il a été dit, sous le chloroforme. Une potion avec deux gouttes de laudanum fut prescrite. Malgré cette précaution, la défécation a reproduit le prolapsus dès le lendemain de l'opération. Nous avons réduit de nouveau la masse et, depuis, le prolapsus ne s'est pas reproduit. Nous avons gardé l'enfant quinze jours au lit. Au bout de ce temps, le sphincter avait repris sa tonicité. Les pointes de feu n'ont pas laissé de cicatrices, et malgré cela, le doigt ne peut plus pénétrer dans l'anus sans être fortement serré. L'enfant va à la selle sans troubles ; le prolapsus ne se reproduit plus. Un mois plus tard, l'enfant fut revu complètement guéri.

THÈSES DE PARIS

De la tuberculose chirurgicale, par P. Thiéry.

La thèse de M. Thiéry vaut plus qu'un simple compte rendu, et nos lecteurs comprendront l'étendue que nous avons donné à notre analyse, quand ils sauront que ce travail consciencieux contient 225 observations nouvelles, entièrement personnelles et inédites qui, jointes à celles dont l'auteur emprunte le résumé, porte à 519 le chiffre total des observations utilisées dans ce volume. Cet ouvrage, fruit de laborieuses études, constitue un recueil clinique d'une incomparable richesse, qui se recommande à l'attention de tous ceux qu'intéressent ces grandes questions de la tuberculose.

Après une courte introduction où il indique les multiples difficultés du sujet et les causes qui pourront retarder longtemps encore la solution du problème, l'auteur divise son travail en six parties.

Première partie. M. Thiéry montre par des chiffres nombreux et éloquents, la fréquence de la tuberculose chirurgicale ; d'une quadruple statistique recueillie pendant quatre années d'internat, il conclut que sur 2206 observations recueillies indifféremment par lui, il n'a pas relevé moins de 262 cas de tuberculose chirurgicale qui ont donné lieu à 174 interventions chirurgicales ; c'est sur ces bases qu'a été édifié son travail.

Doit-on opérer les tuberculeux : telle est la question qu'il se pose ensuite et qu'il résout par l'affirmative, toutes les fois que l'état général ne constitue pas lui-même un péril immédiat.

Enfin, pour terminer ce qui a trait aux généralités, il déduit d'expériences de physiologie pathologique et de l'observation clinique, que les tuberculoses chirurgicales, ne sont, en réalité, que des manifestations locales d'une infection générale, et qu'à l'exemple de la syphilis, il est bien difficile d'admettre une localisation isolée de l'accident initial sans admettre l'imprégnation totale de l'organisme : de nombreux faits cliniques confirment cette opinion. On ne peut par la suppression des tuberculoses locales prévenir l'infection de l'organisme que dans des conditions, impossibles à préciser, dans l'état actuel de la science, mais ce n'est point une raison pour rejeter les interventions dans les tuberculoses, dites locales, qui constituent à elles seules une source d'épuisement et d'infirmités et ne sont pas sans influence sur la marche de l'état général.

Deuxième partie. Dans cette partie de son travail, l'auteur étudie successivement les résultats immédiats : succès opératoires, résultats médiocres, amélioration de l'état général après l'opération, et cite l'opinion des membres du Congrès de chirurgie. Passant ensuite à l'étude des complications immédiates il mentionne l'échec de la réunion immédiate, les cicatrices difformes, les résultats nuls, les récidives immédiates, l'aggravation possible des lésions pulmonaires préexistantes ; l'éclosion de la tuberculose pulmonaire consécutive à l'opération. Enfin, les accidents de granulie aiguë et de méningite post-opératoire. Tous ces chapitres abondent en observations nombreuses qui confirment à chaque page les assertions de l'auteur. Ces chapitres sont suivis de la statistique des résultats immédiats, qui est donnée sous forme de tableau synoptique, puis discutée, analysée et réduite, enfin, aux chiffres suivants, éminemment favorables à l'intervention : 145 opérations donnent :

130 résultats satisfaisants ; 5 résultats nuls ; 3 résultats mauvais ; 7 morts imputables à l'opération du fait de l'état constitutionnel du malade.

Recherchant dans la *troisième partie* de l'ouvrage, les causes qui peuvent expliquer l'influence de l'opération sur l'état général, M. Thiéry pense qu'il faut surtout rapporter l'influence favorable à la suppression du foyer de suppuration ; la tuberculose pulmonaire préexistante à l'opération est toujours une condition contraire au succès.

Quant aux résultats opératoires proprement dits, ils varient non seulement avec le siège et la nature de la lésion, mais avec le procédé thérapeutique qui lui est appliqué, comme en font foi de très nombreux tableaux synoptiques, où l'auteur étudie successivement la tuberculose testiculaire, ganglionnaire, périanale, articulaire, les synovites, le mal de Pott, les diverses ostéites tuberculeuses, les gommes et les abcès froids, autant de chapitres qu'on ne saurait résumer.

En somme, résultats immédiats excellents et bien faits pour tromper le chirurgien sur l'avenir de son malade. Ayant eu la patience de convoquer et de revoir tous les anciens opérés qui ont bien voulu se rendre à son appel, M. Thiéry nous fait voir, dans une *quatrième partie*, les résultats nuls ou médiocres, c'est-à-dire les échecs thérapeutiques, qui sont d'une fréquence extrême en regard des quelques succès locaux que l'on peut enregistrer.

Reprenant un à un tous les chapitres qui composent son étude des résultats opératoires immédiats, l'auteur les étudie à nouveau au point de vue des résultats éloignés ; il nous montre les cicatrices vicieuses ; la récidive fréquente qui affecte les types divers de récidive locale, de voisinage, ascendante ou à distance, l'aggravation constante des lésions pulmonaires, la fréquence des morts tardives et éloignées, la tuberculose pulmonaire et la généralisation tardive. Des nouveaux tableaux synoptiques, contenus dans cette partie, il résulte que l'amélioration passagère de l'état général,

observée après l'opération, est bien rarement durable, et que la guérison définitive des phénomènes thoraciques est tout à fait exceptionnelle.

La *cinquième partie*, véritable pendant de la troisième, étudie les causes qui font varier les résultats thérapeutiques : elle nous montre ce que deviennent les malades, suivant qu'il y avait ou non lésions pulmonaires avant l'opération ; suivant qu'il y a eu expectation ou intervention. Il ne saurait, d'ailleurs, y avoir de formule unique et si l'on peut dire que d'une façon générale les résultats éloignés sont mauvais, il faut cependant, dans cette condamnation, faire la part du siège de la lésion, du traitement appliqué comme le montrent de nouveaux tableaux d'ensemble, où sont nécessairement passées en revue les diverses localisations de tuberculoses périphériques et les divers traitements qui leur sont généralement appliqués.

A pareils résultats y a-t-il un remède? M. Thiéry n'hésite pas à l'affirmer. Il conseille de mettre par un traitement pré-opératoire et post-opératoire le tuberculeux dans les conditions d'un malade ordinaire; il faut pour l'opérer prendre des précautions analogues à celles que l'on prendrait chez un autre diathésique, un diabétique, par exemple.

S'appuyant sur des considérations à la fois expérimentales et cliniques, et d'après l'enseignement de M. le professeur Verneuil, M. Thiéry pense qu'on peut trouver dans l'iodoforme un puissant adjuvant du traitement pré-opératoire en administrant ce médicament, soit par la voie digestive (traitement pré-opératoire général), soit au niveau du siège même de la lésion (traitement pré-opératoire local). Stériliser le foyer, stériliser l'organisme, tel est le double but que l'on doit se proposer. L'iodoforme n'est pas, d'ailleurs, une panacée; le régime, les stations maritimes, etc... constituent une part du traitement préopératoire. Mais où l'importance du traitement général devient considérable, c'est lorsque l'opération faite on veut assurer le résultat obtenu. Non seulement la continuation de la médication interne, mais encore et surtout l'émigration des opérés à la campagne et à la mer, feront le fonds du traitement, grâce auquel le taux général des résultats éloignés sera fort amélioré. Est-il besoin de dire que des faits nombreux, la plupart rapportés *in extenso*, souvent empruntés à l'enseignement de M. le professeur Verneuil, viennent ajouter à l'intérêt des affirmations ou des hypothèses, au fur et à mesure qu'elles sont énoncées?

Enfin, une bibliographie complète, qui ne comprend pas moins de 29 pages, termine le volume.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 février 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

Traitement chirurgical des rétrécissements du rectum. — M. Quénu, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Richelot, relate l'observation d'un malade atteint de rétrécissement syphilitique du rectum avec fistule. Après avoir fait l'antisepsie préalable de l'intestin, il pratiqua, chez ce malade, une opération analogue à celle dont a parlé M. Richelot : résection du coccyx, section du rectum jusqu'au-dessus du rétrécissement, excision de tout le rétrécissement, y compris la fistule, suture de la partie supérieure de l'intestin à la partie voisine de l'anus débarrassé de ses condylomes, suites simples, guérison. Voilà sept mois que cette opération a été pratiquée, il n'y a pas de traces de récidive et l'on constate, actuellement encore, la parfaite intégrité des tissus.

M. Quénu passe en revue les différentes méthodes de traitement appliquées aux rétrécissements syphilitiques du rectum. Selon lui, la dilatation est insuffisante, la rectotomie postérieure est suivie de suppuration et elle n'est encore qu'une opération palliative. M. Quénu cite comme exemple un malade opéré par M. Verneuil, en octobre 1887, par la rectotomie linéaire, et qui, à la suite de cette opération, éprouva du soulagement, mais eut ensuite des abcès, vit se reproduire son rétrécissement et se trouve, encore aujourd'hui, atteint d'une suppuration continuelle.

La méthode de M. Péan, décrite récemment par un de ses élèves, M. Jacquinot, dans sa thèse inaugurale, est sans doute préférable, mais n'est pas applicable à tous les cas. Quant à l'électrolyse, elle laisse persister la rectite. Dans l'observation publiée par M. Fort dans la *Gazette des hôpitaux*, il n'est pas démontré qu'il s'agisse bien réellement d'un rétrécissement syphilitique, et l'observation ayant été publiée un mois après l'opération, le temps écoulé n'est pas assez long pour juger des résultats définitifs.

Il faut donc traiter les rétrécissements du rectum comme des tumeurs; il faut pratiquer l'ablation des rectums rétrécis ; si le rétrécissement est bas situé, il faut pratiquer l'ablation de façon à pouvoir suturer muqueuse saine à peau saine ; si le rétrécissement est haut situé, il faut recourir à l'opération de Kraske.

M. Berger, depuis longtemps, se propose d'extirper les rétrécissements syphilitiques du rectum ; mais il n'en a pas trouvé jusqu'ici l'occasion, les lésions étant souvent beaucoup plus étendues qu'on le croit généralement. Gosselin avait commis une erreur en écrivant que ces rétrécissements n'allaient en général pas au delà de 7 centimètres. On en voit allant jusqu'à 12 et 15 centimètres. M. Verneuil en a vu un qui allait jusqu'à 23 centimètres. En outre, il existe fréquemment au-dessus du rétrécissement des lésions ulcératives de la muqueuse qu'il faut aussi enlever, si on veut se mettre à l'abri des récidives. Jusqu'ici, M. Berger n'a pas trouvé de cas favorables à l'extirpation.

Suivant lui, M. Quénu s'est montré un peu sévère pour la rectotomie. C'est, il est vrai, une méthode palliative, mais qui peut donner de très bons résultats. M. Berger cite l'exemple d'un malade auquel il a pratiqué cette opération il y a quatre ans; depuis lors, il a une existence supportable, et, sauf un léger suintement, ne présente plus d'accidents et n'éprouve plus les douleurs atroces qu'il endurait autrefois. Il conserve le calibre intestinal qui a été obtenu par l'opération.

M. Segond cite l'exemple d'un homme de trente-huit ans, qui était atteint d'un rétrécissement syphilitique du rectum, allant jusqu'à 7 centimètres environ, dont il fit l'extirpation; la muqueuse au-dessus du rétrécissement étant malade, il enleva à la fois et ces ulcérations et le rétrécissement; puis il réunit la partie supérieure de l'intestin à la peau. Cet homme est aujourd'hui content de son sort et de son anus.

M. Terrier partage l'avis de M. Quénu : l'extirpation des rectums rétrécis est une excellente opération, la pratique suivie par MM. Quénu et Segond, dans les cas dont ils viennent de parler, est une bonne pratique. Contrairement à M. Berger, M. Terrier pense que la rectotomie n'a jamais donné de bons résultats. L'indication de l'ablation existe aussi bien pour les rétrécissements congénitaux et autres, que pour les rétrécissements syphilitiques.

M. Terrier rapporte l'observation d'un sujet de Berlin, non syphilitique, épileptique et atteint depuis vingt et un ans de rétrécissement du rectum. Cet homme, dont les attaques épileptiformes ont débuté avec les autres troubles résultant de son rétrécissement, a subi, tant en Allemagne que dans d'autres pays, un grand nombre d'opérations qui sont toutes restées sans résultats. Il subit, tour à tour, l'opération de la fistule de l'anus, plusieurs dilatations forcées, plusieurs rectotomies linéaires, et cela entre les mains des plus célèbres chirurgiens allemands ou anglais. Lorsqu'il se présenta dans le service de M. Terrier, celui-ci constata l'existence d'un rétrécissement remontant à 4 centimètres et demi au-dessus de l'anus, rétrécissement constitué surtout par un diaphragme épais à travers lequel l'extrémité du doigt pouvait à peine passer. Tous les procédés de traitement ayant été employés sans succès chez ce malade, M. Terrier résolut de faire l'extirpation de la partie du rectum rétréci. Il pratiqua cette opération le 2 juin 1889. Le coccyx fut sectionné; la résection du rectum fut largement faite et la partie supérieure suturée avec la partie inférieure, le sphincter ayant été conservé. Le sort de

ce malade se trouva notablement amélioré après cette opération; cependant, le résultat définitif n'a pas complètement répondu à l'attente de M. Terrier. Cet homme a encore un anus insuffisant et rétréci.

M. RICHELOT croit que c'est en procédant par la voie sacrée qu'on arrivera aux meilleurs résultats. Il ajoute, en réponse à M. Berger, qu'il y a des cas de rétrécissements syphilitiques anciens qui ne s'accompagnent pas d'ulcérations au-dessus du rétrécissement.

M. QUÉNU pense également que l'existence de ces ulcérations n'est pas constante. En tout cas, ce n'est pas une contre-indication à l'opération. Il ajoute que l'opération de Kraske n'est pas indiquée dans tous les cas; cela dépend de la hauteur du rétrécissement.

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. — **M. SEGOND** a fait une communication sur ce sujet (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 239).

La séance est levée.

— Le sujet de la composition écrite pour le concours du Bureau central a été : « Du rein goutteux; anatomie pathologie et symptomatologie. »

Les lectures auront lieu les lundis, mercredis et vendredis à quatre heures et demie à l'administration; le dimanche matin à neuf heures et le mardi soir à huit heures et demie à la Charité.

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 28. — JEUDI 5 MARS 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 5 MARS 1891. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL LARIBOISIÈRE. Deux cas de syphilis laryngée. — De la transmissibilité de la tuberculose par le lait de vache. — Nouveau procédé de thoracoplastie. — MÉDECINE PRATIQUE. La dermatomyosite aiguë. — THÈSES DE PARIS. — THÉRAPEUTIQUE. Créosote et gaïacol. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la vaccination obligatoire s'est terminée par une brillante argumentation de M. Brouardel, en réponse au discours de M. Le Fort. Nous ne savons au juste si M. Brouardel a convaincu l'adversaire de la vaccine obligatoire, mais nous croyons pouvoir affirmer qu'il a de nouveau convaincu l'Académie et qu'il a triomphé des quelques hésitations que l'éloquence entraînante de M. Le Fort avait pu faire naître. Dans la prochaine séance, l'Académie aura à voter sur les conclusions de la Commission. On trouvera au compte rendu le discours de M. Brouardel.

A l'occasion du procès-verbal, M. Ollivier, avec une parfaite bonne foi, a avoué une erreur de fait qu'il a commise, dans sa communication sur la transmissibilité de la tuberculose par le lait de vache; communication qui a eu un grand retentissement même dans le monde extra-médical. (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 250).

M. Quénu a présenté un malade qu'il a guéri, en quarante jours, d'une pleurésie dont il était atteint depuis dix-sept ans. Il a obtenu ce beau résultat en pratiquant à ce malade une opération de thoracoplastie, dont on trouvera la description plus loin.

Signalons enfin deux communications, l'une de M. Picot (de Bordeaux) et l'autre de M. Ledouble (de Tours).

L'Académie a élu deux nouveaux correspondants nationaux : MM. Haller (de Nancy) et Merget (de Bordeaux). Elle s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger (première division).

La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit :
En première ligne, M. Rindfleisch (de Wurtzbourg) ;
En deuxième ligne, M. Corradi (de Pavie);
En troisième ligne, M. Millard (de New-York);
En quatrième ligne, M. Costomiris (d'Athènes).

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. GOUGUENHEIM.

Deux cas de syphilis laryngée.

Les deux malades, dont je désire vous entretenir, offrent un exemple intéressant : 1° des difficultés que présente le diagnostic de la syphilis du larynx; 2° de l'efficacité et de la rapidité d'action du traitement spécifique dans cette maladie, au moins tant que les lésions se bornent à l'infiltration, à l'ulcération superficielle, et qu'il n'y a ni ulcérations profondes, ni nécrose des cartilages. En dehors de son intérêt spécial pour les laryngologistes, la syphilis du larynx offre donc, pour la pratique ordinaire, une importance extrême.

Le premier de nos deux malades est un homme robuste, vigoureux, de quarante-six ans. On nous l'amena à l'hôpital le 16 décembre, dans un état de dyspnée des plus menaçants. Les seuls renseignements qu'on put obtenir furent que, depuis un an, ce malade souffrait d'enrouements, que, depuis huit jours, il avait été pris brusquement de ces accès de suffocation. L'examen laryngoscopique, difficile et exigeant de grands ménagements pour ne pas provoquer les accès de dyspnée, montrait une infiltration de toute la région aryténoïdienne, infiltration ayant son maximum à la partie postérieure. Cette infiltration immobilisait complètement la glotte; les cordes vocales étaient tendues et rigides. Il n'existait pas d'ulcérations. Comme antécédents, le malade n'accusait qu'une blennorrhagie à l'âge de vingt-deux ans; il niait avoir jamais eu le moindre accident syphilitique. Toutefois, on trouvait à la partie antérieure de la poitrine, sur la région sternale, une série de cicatrices arrondies, déprimées, brunâtres, qui étaient survenues à la suite d'abcès, de boutons, depuis environ un an. Ces cicatrices offraient tout l'aspect de cicatrices de gommes. Malheureusement, avant qu'on eût pu instituer le traitement spécifique, le malade, dès le lendemain de son entrée à l'hôpital, était pris d'une crise d'étouffement, telle qu'on dut faire d'urgence la trachéotomie.

Trois jours après l'opération, on commençait le traitement par le sirop de Gibert (deux cuillerées à soupe) et l'iodure de potassium (2 grammes). Moins de dix jours après le début de la médication, l'examen laryngoscopique montrait que l'infiltration aryténoïdienne avait presque complètement disparu; tout au plus existe-t-il encore un peu de gonflement dans la région arylénoïdienne ; la glotte a recouvré sa mobilité. Enfin, le malade conserve sa canule,

mais il peut actuellement la boucher pendant presque toute la journée. D'ici fort peu de temps, il est certain que nous pourrons la supprimer d'une façon complète.

Notre deuxième malade est, par les difficultés du diagnostic, plus intéressante encore. C'est une jeune femme de vingt-quatre ans, maigrissant et toussant depuis le 6 octobre, et entrée dans le service pour une laryngite très tenace. Cette laryngite avait débuté quatre mois avant l'entrée. Depuis deux mois, elle déterminait des symptômes très pénibles : enrouement, dyspnée, gêne de la déglutition avec très vives douleurs d'oreilles. Cette gêne de la déglutition, en entravant l'alimentation, avait fini par amener un amaigrissement considérable. A l'examen laryngoscopique on observait une infiltration de toute l'épiglotte, de la région aryténoïdienne avec ulcération de cette dernière, les cordes vocales étaient difficiles à apercevoir. Il nous fut impossible de trouver chez cette malade le moindre antécédent spécifique et nous redoutions une tuberculose laryngée, quand, il y a quinze jours, apparurent, sur le voile du palais et la voûte palatine, deux petites saillies ovalaires d'un demi-centimètre de diamètre, un peu moins dures au centre, qui ne tardèrent pas à se ramollir et à s'ulcérer, prenant tout le caractère des gommes syphilitiques. Le traitement ioduré fut commencé de suite à la dose de 2, puis de 4 et 6 grammes. Moins de trois semaines après, la voix était redevenue presque normale, la gêne de la respiration et de la déglutition avait disparu; l'examen laryngoscopique montrait moins d'infiltration des parties malades; l'épiglotte et la région aryténoïdienne n'offraient plus qu'un épaississement peu prononcé. Les gommes du palais disparurent aussi très rapidement, car une quinzaine de jours après elles étaient également guéries.

L'intérêt de ces deux observations réside, tout d'abord, dans les difficultés du diagnostic. Elles offrent un exemple remarquable de syphilis ignorées. Ni notre homme de quarante-deux ans, ni la jeune femme de vingt-quatre ans, ne se souviennent avoir eu de chancre, de plaques muqueuses, d'éruptions cutanées. L'examen laryngoscopique lui-même ne montrait qu'une infiltration sans caractère pathognomonique. Dans le second cas surtout, c'est presque le hasard seul, en amenant tout à coup la production des gommes du voile de palais, qui a permis d'établir le diagnostic.

La pathogénie des accidents de dyspnée mérite également d'être discutée. Dans les deux cas, il y avait une immobilité complète de la glotte. Cette immobilité a été parfois attribuée, dans les faits de ce genre, à une paralysie des dilatateurs. Je crois, pour ma part, qu'elle est plutôt d'origine purement mécanique et due uniquement à l'infiltration qui enserre et fixe les aryténoïdes. Il serait bien difficile, dans le cas de paralysie d'origine nerveuse, de comprendre l'action si rapide, presque immédiate, du traitement spécifique.

L'efficacité et la rapidité d'efficacité du traitement par l'iodure constituent un troisième point digne d'attention. Tant que les lésions sont limitées à l'infiltration simple, qu'il n'y a ni ulcérations, ni nécrose des cartilages, l'effet thérapeutique se produit en peu de jours. Il y a donc le plus grand intérêt à prescrire le traitement dès le début. C'est le seul moyen d'éviter aux malades, d'une part, les accès d'étouffement nécessitant la trachéotomie, de l'autre, les rétrécissements cicatriciels qui persistent quand les lésions ont été plus profondes, alors même que ces lésions ont été guéries par le traitement spécifique. Dans les cas douteux, n'hésitez donc point à prescrire le traitement spécifique d'épreuve. Rappelez-vous, toutefois, que l'iodure, chez des malades déjà souffrant de laryngites, est susceptible d'augmenter momentanément la dyspnée et la congestion locale. Surveillez donc son action avec le plus grand soin et évitez qu'ils se refroidissent.

DE LA TRANSMISSIBILITÉ DE LA TUBERCULOSE

PAR LE LAIT DE VACHE

Par M. le docteur Ollivier, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades.

Depuis ma dernière communication (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 226), j'ai reçu, de M. le docteur Lelong (de Chartres), des renseignements complémentaires atténuant jusqu'à un certain point l'importance des faits que j'ai cités.

Les rectifications portent sur les points suivants :

1° La première malade n'avait pu être contaminée dans la pension indiquée ; elle l'avait quittée au mois d'avril 1886 et la bête tuberculeuse n'avait été achetée qu'au mois de mai de la même année ;

2° Le lait de cette vache servait à l'alimentation du personnel enseignant et des domestiques, et non à celle des élèves qui n'en ont pris que par exception et en très petite quantité ; il n'y a eu aucun cas de tuberculose parmi les personnes qui buvaient habituellement du lait suspect ; on faisait, d'ailleurs, toujours bouillir ce lait ;

3° La proportion des cas de tuberculose n'aurait pas été sensiblement plus forte dans le pensionnat incriminé que dans les établissements similaires de la même région.

Je ne mets nullement en doute les deux premières assertions. La troisième me paraît moins établie. Déduction faite du cas de méningite, il reste 12 cas de tuberculose développés en près de quatre ans chez les élèves d'un même pensionnat. Je n'en ai jamais vu un aussi grand nombre dans les établissements similaires.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE THORACOPLASTIE

Par M. le docteur Quénu, chirurgien à l'hôpital Cochin.

Le malade étant endormi, je fais une incision verticale de 15 centimètres environ en arrière de la ligne axillaire postérieure, contre le bord axillaire de l'omoplate ; je passe ensuite entre les fibres du grand dorsal sans les intéresser beaucoup et je sectionne transversalement le grand dentelé ; les côtes sont serrées les unes contre les autres et réséquées au moyen du costotome de Farabeuf dans une étendue de 2 centimètres environ. Cette résection a porté vraisemblablement sur les quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième et dixième côtes. Au-dessous, on trouva la plèvre épaissie.

D'autre part, une incision verticale antérieure est faite derrière le mamelon et, après écartement de quelques fibres des pectoraux, permet d'arriver sur les trois grandes digitations du grand dentelé et sur les côtes. Six de celles-ci sont réséquées dans l'étendue de 1 cent. 1/2 à 2 centimètres ; on s'assure alors que le plastron thoracique ainsi détaché s'enfonce facilement sous l'influence d'une pression exercée avec la main.

Ensuite on mène, de la fistule pleurale à l'incision antérieure, une incision transversale ; la côte correspondante est entièrement réséquée et la plèvre incisée. La cavité pleurale est grattée avec la curette, puis touchée au chlorure de zinc.

Les deux incisions verticales sont complètement réunies par des sutures, l'antérieure sans drain, la postérieure avec un gros drain au point déclive. L'incision tranversale est suturée, traver-

sée par un gros tube destiné à drainer la plèvre. Pansement sec iodoformé. Quarante jours après cette opération le malade était complètement guéri.

MÉDECINE PRATIQUE

La dermatomyosite aiguë (1), par le docteur A. Rémond (de Metz).

Les maladies infectieuses, le rhumatisme, la fièvre typhoïde peuvent déterminer sur une plus ou moins grande étendue du système musculaire à fibres striées, des inflammations qui se bornent tantôt à des lésions légères, tantôt se terminent par la formation de véritables abcès. On a décrit, d'autre part, et on connaît la myosite du surmenage, qui évolue comme une affection aiguë, accompagnée de fièvre plus ou moins intense, et qui se traduit par une grande impotence fonctionnelle, par de la douleur, spontanée et à la pression, et enfin par des œdèmes, quelquefois par du purpura.

Les auteurs que nous citons ci-dessous cherchent à constituer, en dehors de ce cadre bien établi, une myosite particulière, à laquelle ils attribuent les caractères suivants :

La maladie débute par un frisson, en même temps apparaissent des douleurs considérables dans les muscles.

Il y a de la contracture, de l'œdème au niveau des parties atteintes. L'envahissement se fait d'une manière progressive; les muscles des extrémités, puis ceux du tronc, de l'œsophage, les muscles respiratoires deviennent successivement douloureux. *La langue, le cœur, le diaphragme, les muscles de l'œil restent indemnes.* En même temps la rate gonfle et il se produit du côté de la peau des éruptions, tantôt ortiées ou analogues à l'érysipèle, tantôt semblables, en tous points, à du purpura.

L'excitabilité électrique des muscles n'a pas paru modifiée chez les malades sur lesquels la douleur n'empêchait pas cette recherche.

Ces symptômes présentent de grandes variétés suivant les cas : tantôt ils sont les signes de lésions généralisées, et la mort par asphyxie vient rapidement interrompre l'évolution de la maladie; tantôt, au contraire, tout se borne à un accès de fièvre fugace, à un peu de gêne fonctionnelle, de l'œdème et quelquefois des éruptions prurigineuses. La guérison survient en quatre ou cinq jours, et une desquamation plus ou moins intense reste le seul indice des troubles divers que le malade vient de présenter.

Au point de vue anatomo-pathologique, les muscles atteints présentent du gonflement et de la dissociation des fibres, de la dégénérescence granuleuse disséminée, de l'infiltration embryonnaire interstitielle. Les accidents cutanés sont, soit une simple rougeur diffuse, soit des taches rosées, des papules, de l'urticaire, du purpura, etc.

Ce groupe nous paraît, à l'heure actuelle, assez mal constitué. Le premier qui s'en soit occupé, Unverricht, veut voir dans ces accidents les symptômes d'une infection par des grégarines. Il se base, non pas sur des recherches anatomiques, qui n'ont donné aucun résultat, mais sur les travaux de Pfeiffer et de Virchow, qui ont vu ces parasites occasionner chez les porcs des éruptions variées.

Faut-il voir dans ce groupement hâtif de malades assez dissemblables, un symptôme de cet état mental particulier que nous observons depuis quelque temps en Allemagne? Sommes-nous, au contraire, en présence d'un groupe clinique qui pourra ultérieurement se compléter et former un chapitre important de l'histoire des myosites?

La réponse est au moins difficile, mais il nous a semblé intéressant de signaler ces faits dont les cliniciens pourront peut-être rapprocher des états infectieux encore insuffisamment classés.

(1) Unverricht. *Zeitschr. f. Klin. Med.*, Bd. 12. — Hepp. Clinique de Kussmaul, 1887. — Wagner. Clinique de 1887. — Wetzoldt. *Deuts. Med. Wochens.*, 1888, n° 27. — Plehn. *Deuts. Med. Wochens.*, 1889, n° 12. — Unverricht. *Deuts. Med. Wochens.*, 1891, n° 2.

THÈSES DE PARIS

Du coryza caséeux, par M. J. Mandroux.

L'auteur adopte à peu près les idées émises par M. Potiquet dans l'une de nos Revues générales (1).

Le coryza caséeux doit surtout être considéré comme un symptôme pouvant se rencontrer au cours de certaines affections des fosses nasales. Dans certains cas, cependant, ce signe peut prendre une valeur tellement considérable qu'il résume en lui seul toute la maladie. On est presque autorisé alors à en faire une entité pathologique, une espèce morbide bien définie.

Dans tous les cas, le coryza caséeux doit trouver sa place dans la nosographie des fosses nasales.

Les inflammations chroniques de la membrane pituitaire, l'exfoliation de la muqueuse coïncidant avec des obstacles (tumeurs, corps étrangers, etc.), situés sur le trajet des fosses nasales, les malformations et surtout les rétrécissements congénitaux ou acquis de l'appareil nasal sont les causes habituelles de sa production.

Le diagnostic est d'une importance capitale ; il faut bien avoir présent à l'esprit qu'à une période avancée de la maladie, la confusion avec les tumeurs malignes sera possible. Aussi devra-t-on s'entourer de tous les renseignements que pourra fournir la rhinoscopie pratiquée avec méthode.

Le pronostic, bénin dans la majorité des cas, sera nécessairement subordonné à l'état dans lequel se trouveront les parties nasales après l'ablation des magmas caséeux. La destruction de la cloison ou la disparition des cornets seront à redouter si l'intervention s'est fait trop longtemps attendre.

Les douches nasales, fréquemment renouvelées, la curette tranchante, les lavages antiseptiques ou l'application de topiques convenables suffiront à assurer la guérison.

Contribution à l'étude des néphrites; considérations étiologiques, par M. Vignerot.

De ses recherches, l'auteur croit pouvoir affirmer que la néphrite albumineuse chronique reconnaît comme cause, dans le plus grand nombre des cas, une maladie générale antérieure et ne doit pas être considérée comme une maladie locale et primitive.

Le froid, dont on semble avoir beaucoup exagéré l'importance, ne joue peut-être qu'un rôle accessoire en venant mettre en relief des lésions restées à l'état latent.

Étude de l'albuminurie chez les phthisiques, par M. Le Noir.

L'albuminurie est une complication fréquente de la phthisie pulmonaire, on l'observe dans près d'un tiers des cas. Elle peut être considérable et permanente ; généralement modérée ou faible, elle est temporaire.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 121.

Sa pathogénie est complexe. L'albuminurie, chez les phthisiques, peut être sous la dépendance d'une lésion rénale, mais souvent aussi, elle est dyscrasique et peut être due à l'une des causes suivantes : l'hyperthermie, les troubles gastro-intestinaux, les altérations hépatiques, les troubles de la nutrition générale, la cachexie tuberculeuse.

Elle apparaît aux trois périodes de la phthisie; elle est plus fréquente dans les cas de tuberculose à longue évolution. Elle peut s'accompagner de peptonurie, mais la peptonurie peut exister seule.

L'albuminurie est toujours une complication grave; si elle est d'origine rénale, la marche de la phthisie peut être rapide; si elle est d'origine dyscrasique, elle est l'indice d'un trouble de la nutrition et les chances de guérison sont diminuées.

Le traitement devra être institué à la fois contre la tuberculose et contre l'albuminurie, l'albuminurie n'étant pas une contre-indication pour le traitement de la phthisie.

Contribution à l'étude de la réunion immédiate, dans le traitement de la fistule anale, par M. G. Surel.

L'auteur trouve que la cure radicale de la fistule à l'anus, par l'excision suivie de la suture, est une opération bien supérieure au simple débridement classique avec le thermocautère, qu'il réserve aux fistules très élevées et très compliquées. Nos lecteurs connaissent notre opinion à cet égard (1); malgré les conclusions de notre jeune confrère, nos convictions n'ont pas changé.

THÉRAPEUTIQUE

Créosote et gaïacol

Par M. le docteur Audubert.

Tout ce qui touche au traitement de la phthisie est d'un si haut intérêt que la liste des tentatives faites pour la combattre est considérable. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les *Annales de la tuberculose*, de M. le professeur Verneuil.

Malheureusement, les résultats obtenus sont encore peu appréciables, et des guérisons définitives n'ont été constatées que dans les premières périodes de la maladie. Elles sont dues à la créosote de hêtre qui, avec l'iodoforme pour les tuberculoses chirurgicales, sont les seuls médicaments dignes d'être conservés, laissant loin derrière l'eucalyptol, l'acide fluorhydrique, l'acide sulfhydrique, etc.

Il y a environ deux ans, Sahli proposa de remplacer la créosote par le gaïacol, ainsi nommé parce qu'il a été retiré d'abord de la résine de gaïac. Il donnait pour raison que le gaïacol avait une odeur et une saveur moins désagréables. Mais l'expérience a bien vite démontré que si le gaïacol est un des composants de la créosote de hêtre, il n'en est pas le principe actif, et que le crésol, le créosol, le phlorol, voire même le phénol, sont des antiseptiques qui ne doivent pas être délaissés et qui concourent, chacun pour une bonne part, à faire de la créosote de hêtre le médicament spécifique que l'on sait. Du reste, il n'y a pas à se préoccuper outre mesure des inconvénients signalés, car il est bien reconnu aujourd'hui que le meilleur mode d'administration de la créosote est la capsule, qui dissimule absolument l'odeur et la saveur et qui, dosée à 5 centigrammes de véritable créosote de hêtre, comme la capsule Dartois, est très bien supportée et peut être longtemps continuée sans fatiguer le malade. En répétant la dose de deux ou trois capsules trois fois par jour, aux repas, il est facile d'arriver à maintenir longtemps dans le sang la dose de 1/4000, nécessaire pour arrêter le développement des bacilles. Ainsi s'expliquent bon nombre de guérisons définitives, obtenues chez des malades qui n'en sont encore qu'aux premières périodes. Avec le gaïacol, rien de semblable n'a été observé et on n'a pu obtenir de son emploi que quelques modifications ou améliorations passagères, telles que les produisent les balsamiques ordinaires, comme le goudron, l'eucalyptol, etc. Tout autre est l'action de la créosote, qui a vraiment une action spécifique sur le germe tuberculeux. Aussi, est-ce toujours elle qui continue à être la base de tous les remèdes préconisés contre la phthisie, alors qu'il serait très facile à tous leurs préparateurs de la remplacer par le gaïacol, ce dont ils se garderont bien.

Il y a plus, c'est que loin de vouloir disparaître, la créosote semble, au contraire, devoir étendre la sphère de son action. Se basant sur ce fait qu'avant de s'éliminer par les voies respiratoires, la créosote séjourne suffisamment longtemps dans l'estomac pour y exercer une action antiseptique, un de nos maîtres les plus estimés la prescrit régulièrement, depuis quelques mois, à la dose de 10 centigrammes au milieu des principaux repas, contre certaines dyspepsies morbides.

Enfin, je pourrais encore citer plusieurs cas de diabète dans lesquels la créosote m'a été utile. Chez deux d'entre eux notamment, le sucre persistait malgré un régime sévère. Après bien des essais, je songeai à faire prendre à ces deux malades d'abord 20, puis 30 et enfin 40 centigrammes de créosote par jour. Après trois semaines de traitement, l'analyse ne me donnait plus que des traces de glucose, qui disparurent définitivement quelques jours après, et presque en même temps, chez mes deux sujets; ce qui me sembla d'autant plus heureux que l'un d'entre eux, désespérant de sa guérison, avait, sans me l'avouer, fait une large brèche à la sévérité du régime. Le fait m'a semblé utile à signaler à la suite de cette note, car nous ne serons jamais trop armés contre une affection dont les formes sont si nombreuses et souvent si rebelles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 mars 1891. — Présidence de M. Tarnier.

COMMUNICATION

Transmissibilité de la tuberculose par le lait. — M. OLLIVIER fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 250.)

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux.

A la première élection, le nombre des votants étant 60, majorité 31; M. Haller (de Nancy) obtient 49 suffrages, M. Crié (de Rennes) 4, M. Merget (de Bordeaux) 3, M. Linossier (de Lyon), 3.

En conséquence, M. Haller est proclamé élu.

A la seconde élection, le nombre des votants étant de 56, majorité 29, M. Merget obtient 33 suffrages, M. Crié 14, M. Hugounencq (de Lyon) 5, M. Linossier 3. M. Merget est élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION ET LA REVACCINATION OBLIGATOIRE

M. BROUARDEL, avant de répondre à M. Le Fort, constate que, sur deux points importants, il est d'accord avec lui, et que ce qui les sépare est une question de doctrine presque étrangère au côté médical de la vaccination.

Tout le monde, y compris M. Le Fort, est d'accord sur ce point. De l'aveu même de M. Le Fort, parlant de l'épidémie de Sheffield, sur 4 personnes non vaccinées, 3 contracteront la variole et la moitié des personnes atteintes mourra. Inversement, sur 4 personnes ayant été vaccinées, 1 seule contractera la variole et elle n'aura qu'une chance sur vingt de succomber. Un second point sur lequel l'accord est parfait, c'est que la vaccination pratiquée à l'aide du vaccin de génisse, avec certaines précautions, n'expose à aucun danger l'individu inoculé.

Tout en proclamant les bienfaits de la vaccination et de la revaccination, M. Le Fort refuse la vaccination obligatoire, sous prétexte que nous portons atteinte à la liberté individuelle

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 81.

et que nous avons d'autres moyens : l'isolement, la désinfection et la déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

M. Brouardel fait observer que la Commission, qui a préparé pour le Comité d'hygiène un projet de loi sur l'organisation de l'hygiène, a inscrit ces trois mesures parmi celles, peu nombreuses, qu'il veut pouvoir rendre obligatoires. Pour la déclaration des maladies transmissibles, la Commission a emprunté le texte de l'obligation à l'article 55 du Code civil, pour la déclaration des naissances.

Pour l'isolement et la désinfection, M. Le Fort nous reproche d'être favorable, en principe, à l'emploi de ces deux mesures et de les combattre quand il s'agit de les appliquer à la variole. Voici l'explication de cette contradiction apparente :

Quand un malade atteint d'une affection contagieuse se présente à la frontière de terre ou de mer, l'isoler, désinfecter ses bagages, est relativement facile. Lorsque l'affection transmissible naît dans une ville ou dans un village, deux conditions peuvent se présenter : ou bien ces maladies sont transmissibles, surtout par l'eau souillée, par les déjections des malades, par leur linge, par leur contact immédiat, comme le choléra, la fièvre typhoïde; alors il est facile de faire la désinfection et d'isoler le malade. Mais, lorsque la maladie se propage par l'air, comme la rougeole, la scarlatine, la variole, il n'en est plus de même. L'isolement, pour être efficace, doit alors s'étendre à toute la maison et à toutes les personnes qui l'habiteront. Or, qui ne voit les difficultés énormes de l'application rigoureuse de cette mesure, même dans les villes, et, *a fortiori*, dans les campagnes?

M. Le Fort dit qu'il faut créer des maisons et de petits hôpitaux d'isolement. M. Brouardel est tellement de son avis qu'il a concouru à faire créer le premier hôpital inter-communal pour Fontenay-sous-Bois, Nogent et Montreuil. Le principe de ces hôpitaux a été adopté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique. Quand ils seront bâtis en nombre suffisant, un progrès très réel aura été réalisé; mais, les porteurs des malades, les parents, les cochers, les infirmiers, formeront, près de ces hôpitaux d'isolement, des foyers de contagion. En outre, dans les villes, comment arriver à faire évacuer des maisons de quatre ou cinq étages, conformément à l'ordonnance de Berlin de 1883, citée par M. Le Fort?

L'expérience de l'isolement a été faite dans quelques grandes villes, par exemple au Havre. Ces mesures d'isolement et de désinfection ont limité, dans cette ville, l'extension de la diphthérie et même celle de la variole. Néanmoins, la variole a entraîné, au Havre, 7 décès en 1886, 62 en 1887, 150 en 1888 et 56 en 1889, soit une proportion de 6 décès par variole p. 10 000 habitants dans ces quatre années.

M. Brouardel emprunte un autre argument à l'épidémie de variole qui existe actuellement à Bruxelles, où la vaccination et la revaccination sont facultatives, et où il a suffi qu'il éclatât une épidémie légère, et qu'en même temps quelques caves se soient trouvées inondées à la suite du dégel, pour que la régularité des services d'isolement, de désinfection et de revaccination se soit trouvée compromise. Que serait-ce donc s'il s'agissait d'une épidémie grave, et si, en même temps, survenait une guerre ou tout autre fléau calamiteux!

M. Brouardel en conclut que l'isolement et la désinfection ne peuvent réussir que si le nombre des malades est faible. L'isolement et la désinfection complètent la vaccination et la revaccination obligatoires, mais ils ne peuvent fonctionner utilement que si le nombre des individus aptes à contracter la variole est restreint.

M. Le Fort nous a reproché de ne pas organiser suffisamment le service de la vaccine, et il croit beaucoup à la propagation de la vaccine par la simple persuasion. Sur ce dernier point, M. Brouardel rappelle les ravages causés par la variole dans l'arrondissement de Pontivy (570 cas et 189 décès en 1888, 2553 cas et 845 décès en 1889, pour une population de 110000 habitants). Or, les mesures prophylactiques contre la variole avaient été apprises par cœur à l'école et récitées par les enfants dans leurs familles; elles avaient été lues en chaire deux dimanches de suite et traduites en breton; le maire les avait lues et commentées sur la place publique, etc. On le voit donc, les moyens de persuasion n'avaient pas servi à grand'chose.

M. Le Fort nous dit : « Organisez la vaccine. Elle ne l'est pas. » Cela est vrai, et c'est une des raisons pour lesquelles nous demandons une loi. Cette bonne organisation ne peut résulter que d'une loi. Il faudrait que celle-ci rendît la dépense obligatoire pour le département ou la commune, ou pour tous les deux, suivant une proportion à déterminer. Or, peut-on rendre obligatoires une dépense pour un service qui ne l'est pas?

M. Le Fort soutient que la vaccination et la revaccination obligatoires ne mettent pas complètement à l'abri des épidémies de variole. L'exemple de l'épidémie de Sheffield est on ne peut plus démonstratif à cet égard.

Pour ce qui est de l'Allemagne, M. Brouardel pense, contrairement à M. Le Fort, que l'obligation de la vaccination et de la revaccination a contribué beaucoup plus que l'isolement et la désinfection à la diminution énorme de la mortalité par variole dans ce pays.

Comparant ce qui se passe en France et en Allemagne, M. Le Fort est surpris que nous ne nous déclarions pas satisfaits «puisque nous avons la revaccination dans l'armée et dans les écoles».

Pour l'armée, c'est exact; nos collègues du service de santé militaire pourront dire à M. Le Fort si la disparition presque complète de la mortalité variolique tient à l'isolement et à la désinfection, ou à l'immunité conférée par la vaccination et les revaccinations. Mais pour les écoles, c'est inexact. L'Académie de médecine, le 17 mai 1889, écrivait à M. le ministre de l'Instruction publique : « Toutes les prescriptions qui pourront avoir pour résultat de rendre obligatoire la revaccination à l'entrée dans les écoles seront des bienfaits pour la population. »

Fort de cet avis, M. Brouardel fit proposer au Conseil supérieur de l'Instruction publique, que la revaccination devînt obligatoire pour tous les élèves. La majorité du Conseil ne crut pas pouvoir imposer cette obligation en dehors d'une loi. Nous n'avons donc ni la vaccination, ni la revaccination effectives dans les écoles.

L'argument principal invoqué par M. Le Fort est le suivant : « Vous violez, dit-il, la liberté du père de famille, et le sacrifice d'une liberté précieuse ne sera pas compensé par un avantage suffisant. »

L'avantage ne serait pas suffisant! M. Brouardel a répondu, sur ce dernier point, à M. Le Fort par un argument emprunté à M. Le Fort lui-même, puisqu'il résulte de ce qu'il a dit de l'épidémie de Sheffield, que la vaccination suivie de la revaccination supprimera, quand on le voudra, les épidémies de variole.

Autre preuve : M. le docteur Brisey (de Belfort) avait une partie de sa clientèle sur le territoire français, l'autre sur le territoire allemand; une épidémie de variole survient aux environs de Belfort. Elle sévit sur le côté France et elle respecte les localités voisines situées sur le territoire allemand et soumises, par conséquent, à la vaccination et à la revaccination obligatoires. Donc si on sacrifie une part de liberté, on la sacrifie pour un avantage réel et tangible.

M. Le Fort repousse l'obligation pour la vaccine et il accepte la séquestration obligatoire. Il fait ce sacrifice de la liberté individuelle pour deux raisons.

La première, c'est qu'il admet que l'isolement et la désinfection suffisent, avec l'organisation du service vaccinal, pour nous protéger contre la variole. La seconde raison, c'est qu'il pense, évidemment, qu'il ne blessera pas ainsi les convictions, la foi des personnes à qui il imposera cette privation temporaire, mais absolue, de la liberté individuelle. Mais il est des personnes, voire même des médecins, qui ne croient pas à la contagion de la variole. De quel droit vous opposez-vous donc à leur liberté? De quel droit leur imposez-vous la tyrannie de la séquestration?

Ce qui est vrai — et cela résulte de l'argumentation même de

M. Le Fort — c'est que lorsque l'intérêt de la patrie l'impose, l'intérêt individuel — *à fortiori* le préjugé individuel — doit s'incliner. M. Brouardel dit préjugé, et le dit avec M. Le Fort lui-même. C'est, ajoute-t-il, autour d'un préjugé que nous nous battons; c'est pour lui, ou à cause de lui, que nous perdons chaque année plus de 10,000 varioleux.

L'intérêt général commande-t-il de passer outre à ce préjugé? En temps de paix, c'est déjà quelque chose que de lui sacrifier chaque année 10,000 victimes. En temps de guerre le respecter serait un crime, car si nous n'avions pas alors la vaccination et la revaccination obligatoires pour tous, nous aurions la variole dans la population civile et dans les soldats rappelés.

Pendant la guerre de Sécession la variole a causé 7,058 décès pour un effectif de 450,000 blancs et de 62,000 noirs.

Il est exact que pendant les guerres de la Révolution et de l'Empire il n'y eut pas d'épidémie variolique grave, comme l'a dit M. Le Fort. A l'époque de la Révolution et de l'Empire, la vaccination n'était pas encore en usage. La variole régnait endémiquement dans le pays. Presque tous les individus étaient atteints de la variole dans leur jeune âge. Les uns mouraient, les autres étaient aveugles. Aussi les survivants arrivaient-ils variolisés sur le champ de bataille, par conséquent mis à l'abri par une attaque antérieure, c'est-à-dire réfractaires.

M. Le Fort nous parle des angoisses d'un père de famille craignant, par suite d'un préjugé, que son fils n'ait reçu, en même temps que le virus vaccinal, le germe tuberculeux. Notre devoir, à nous, est de dire aux pères de famille qui font à la Patrie le sacrifice de leurs enfants, que nous avons fait pour ces enfants tout ce que la science conseille et qu'ils ne prendront plus désormais à l'armée, ni la variole, ni la fièvre typhoïde. Voilà comment l'Académie peut concourir à la défense nationale.

M. LE FORT dit qu'il est d'accord avec M. Brouardel sur l'utilité de la vaccination, mais il s'en sépare sur les moyens les plus propres à la généraliser. Il craint, quant à lui, que si le Parlement refuse de voter une loi rendant la vaccination obligatoire, on ne puisse plus obtenir ensuite les ressources suffisantes pour favoriser le développement de la vaccine. Or, rien n'empêche de demander une loi qui accorde ces ressources sans rendre la vaccination obligatoire.

M. Le Fort a dit et il maintient que la vaccination, même très généralisée, ne met pas à l'abri des épidémies, puisqu'à Sheffield, 98 p. 100 des habitants avaient été vaccinés, ce qui n'a pas empêché le développement de la maladie.

Il désirerait que la Commission voulût bien mettre, dans ses conclusions, un article destiné à faire disparaître le préjugé qui règne encore assez généralement, à savoir que la vaccination peut être dangereuse au moment d'une épidémie. C'est à ce moment, au contraire, qu'elle est le plus utile.

M. PROUST dit que l'addition réclamée par M. Le Fort concernant la complète innocuité et la grande utilité de la vaccination et de la revaccination, en temps d'épidémie, est explicitement formulée dans les conclusions qu'il a présentées.

PRÉSENTATION DE MALADE

Nouveau procédé de thoracoplastie. — **M. QUÉNU** présente un malade qui était atteint d'une vieille pleurésie et d'une fistule pleurale et auquel il a fait subir une opération de thoracoplastie, destinée à mobiliser un plastron thoracique, au moyen de la résection d'un petit fragment osseux aux deux extrémités de chaque côte. (Voir plus haut, p. 250.)

COMMUNICATION

Traitement de la tuberculose et de la pleurésie tuberculeuse. — **M. PICOT** (de Bordeaux), depuis quelque temps, a essayé, dans le traitement de la tuberculose et de la pleurésie tuberculeuse, des injections hypodermiques d'une solution, dans l'huile d'olive parfaitement stérilisée et la vaseline, de gaïacol et d'iodoforme. Chaque centimètre cube contient 1 centigramme d'ioforme et 5 centigrammes de gaïacol. Cette dose doit être administrée tous les jours. Les injections sont pratiquées dans les fosses sus-épineuses; elles ne produisent aucune réaction locale, sauf une légère douleur momentanée et quelquefois un peu d'engourdissement.

25 observations lui permettent de considérer ce mode de traitement comme très utile contre l'élément tuberculeux; il relève l'état général et diminue la toux et l'expectoration. Dans certains cas, ces injections, qui pénètrent rapidement dans le sang, peuvent dessécher les cavernes et favoriser la cicatrisation. A la seconde période elles peuvent aussi faire cesser la toux et l'expectoration, tout en amenant la cessation de la fièvre et des sueurs nocturnes. Elles diminuent les bacilles dans les crachats et augmentent le poids du corps.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. LEDOUBLE (de Tours) présente plusieurs moules destinés à montrer l'existence d'un muscle épitrochléo-olécranien.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 26 février 1891, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires, docteurs en médecine Bourdon et Gallas.

— Par décret, en date du 26 février 1891, ont été promus dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de réserve de deuxième classe Candé, Deniau, Narbonne et Parès.

— Par décret, en date du 27 février 1891, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Blessing, Boé, Dauthuille, Marque, Guillou, Bloch, Perchaux, Cousin, Legry, Delagenière, Eraud, Auvergniot, Mouls, Jabot, Benoist, Mosnay, Leudet, Sauzay, Gibotteau, Chevillot, Hillemand, Adenot, Aubert, Carrère, Martin, Monnier, Natier, Pellisson, Coffin, Menne, Parmentier, Décressac et Mary.

— L'Académie a procédé à la nomination des Commissions de prix pour l'année 1891. Voici quelle est la composition de ces Commissions :

Prix de l'Académie. — MM. Proust, Colin (Léon) et Le Roy de Méricourt.

Prix Alvarenga. — MM. Polaillon, Le Dentu et Quinquaud.

Prix Barbier. — MM. Sée (Marc), Jaccoud et Weber.

Prix Buignet. — MM. Gautier, Gariel et Bouchardat.

Prix Capuron. — MM. Tarnier, Budin et Robin.

Prix Civrieux. — MM. Charcot, Mesnet et Blanche.

Prix Daudet. — MM. Labbé, Lannelongue et Terrier.

Prix Desportes. — MM. Hardy, Moutard-Martin et C. Paul

Prix Godard. — MM. Le Fort, Péan et Périer.

Prix de l'Hygiène de l'enfance. — La commission.

Prix Itard. — MM. Laboulbène, Dujardin-Beaumetz et Dieulafoy.

Prix Laborie. — MM. Larrey, Verneuil et Guyon.

Prix Laval. — MM. Brouardel, Bouchard et Peter.

Prix Meynot. — MM. Villemin, Panas et Javal.

Prix Monbinne. — MM. Empis, Trasbot et Cadet de Gassicourt.

Prix Nativelle. — MM. Prunier, Marty et Moissan.

Prix Portal. — MM. Cornil, Besnier et Lancereaux.

Prix Pourat. — MM. Duval, Potain et François-Franck.

Prix Vernois. — MM. Nocard, Ollivier et Lereboullet.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Julien est nommé préparateur de physiologie.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Édouard Bureau commencera le cours de botanique (classifications et

familles naturelles), le samedi 7 mars 1891, à deux heures, dans le grand amphithéâtre. Il traitera, comme les années précédentes, des plantes fossiles et des plantes vivantes, dans deux séries de leçons qui seront le complément l'une de l'autre.

Plantes fossiles. — Le professeur parlera des plantes fossiles phanérogames et de leurs affinités dans la flore actuelle. Il passera en revue une partie des monocotylédones et les dicotylédones apétales, en insistant sur l'âge relatif des différentes familles appartenant à ces groupes. Ces leçons auront lieu dans le grand amphithéâtre tous les samedis à deux heures, pendant les mois de mars et d'avril, et à midi et demi depuis le mois de mai inclusivement jusqu'à la fin du cours.

Plantes vivantes. — Les leçons porteront sur les familles de plantes polypétales. Elles se feront dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63, et seront à la fois théoriques et pratiques. Elles commenceront le mardi 5 mai et se continueront les samedis et mardis suivants. Les leçons du mardi auront lieu à midi et demi, celles du samedi à une heure et demie.

Des herborisations auront lieu ultérieurement.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 30. — MARDI 10 MARS 1891. 64e ANNÉE. MARDI 10 MARS 1891. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Sciatique double primitive avec atrophie dégénérative des muscles dans le domaine du poplité externe et interne. — Traitement de la tuberculose par la cantharidine. — THÈSES DE PARIS. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 9 mars 1891.

Au moment où l'on songe à réorganiser l'Assistance publique en France et à donner une grande extension au service des secours à domicile, il n'est pas sans intérêt d'attirer sur ce sujet l'attention de nos lecteurs.

A priori, il semble que l'augmentation des secours à domicile doive décharger d'autant les dépenses hospitalières. Il n'en est rien, l'expérience est faite, et pour se convaincre il suffit de lire l'intéressante brochure que vient de faire paraître M. le docteur Leprévost (du Havre), sur l'état actuel de l'Assistance publique dans cette ville. En Amérique, en Angleterre, en Suisse, la statistique démontre que, malgré l'organisation de l'assistance à domicile, les journées d'hospitalisation n'ont fait que croître et progresser. On a beau étendre et multiplier à l'infini les secours à domicile, les consultations gratuites et les bureaux de bienfaisance, les dépenses hospitalières n'ont jamais pu être réduites. C'est qu'en effet, l'assistance à domicile et l'hôpital s'adressent à deux catégories de personnes absolument distinctes.

Sans aller prendre à l'étranger des exemples démonstratifs, il suffit, avec notre distingué confrère du Havre, de considérer ce qui s'est passé à Rouen depuis la création des dispensaires et des secours à domicile.

« On sait qu'en 1883, le Conseil municipal de Rouen, ayant eu à s'occuper de la réorganisation des bureaux de bienfaisance, décida qu'il convenait de faire une large part aux secours à domicile et aux dispensaires. Deux dispensaires furent ouverts en l'année 1883. En 1886, trois autres dispensaires furent installés dans les circonscriptions jusqu'alors dépourvues. Or, malgré les prévisions les plus optimistes, et en dépit des raisonnements les plus logiques en apparence, le nombre des journées d'hôpital y a subi un mouvement ascensionnel.

En 1882, avant la création des dispensaires, on comptait 547484 journées ; en 1886, trois ans après la création de deux dispensaires, on comptait 628670 journées ; en 1888, deux ans après la création de trois autres dispensaires, on comptait 643790 journées, soit une augmentation de 96306 journées en six ans.

Inutile d'ajouter que les dépenses d'assistance se sont accrues proportionnellement.

En 1882, avant la nouvelle organisation, elles étaient de :

1° Pour les hospices.	fr.	1211984 83
2° Pour les bureaux de bienfaisance.		220614 70
Total	fr.	1432599 53

En 1888, après la création des dispensaires et l'extension des secours à domicile, les dépenses se sont élevées à :

1° Pour les hospices.	fr.	1297150 51
2° Pour les dispensaires et bureaux de bienfaisance		363131 48
Total.	fr.	1660281 99

Donc, en six années, et sans compter les frais de premier établissement, la réorganisation de l'Assistance publique à Rouen a amené une aggravation de charges de 227682 fr. 46, dont 142516 fr. 78 doivent être portés au passif des dispensaires. »

Il ne faudrait donc pas croire, avec l'honorable rapporteur du budget de l'Assistance publique au Conseil municipal de Paris, qu'on obtiendrait une diminution quelconque dans les charges de l'Assistance publique, en étendant, outre mesure, les secours à domicile.

Le mode de répartition de ces fonds subventionnels, à Paris surtout, est actuellement des plus défectueux, et, de l'avis même du rapporteur, doit être « remanié de fond en comble ». Mais, en le remaniant, qu'on prenne garde d'augmenter les charges actuelles et cela, sans grande compensation. Il faut se méfier de cette *charité officielle* qui voue des générations entières au paupérisme, par l'intérêt et l'habitude d'être secourues.

Une famille de New-York a fourni cinq générations d'indigents qui ont soustrait, à la charité, une somme évaluée à 7500000 francs. Le paupérisme officiel devient alors une industrie, car l'expérience a prouvé que l'assisté perd promptement sa délicatesse. De pareilles facilités attirent les vagabonds dans les villes et font perdre aux ouvriers le goût du travail.

Voici, d'ailleurs, des faits suffisamment instructifs :

A New-York, après un hiver rigoureux, on créa des fourneaux et des asiles de nuit, puis quand on offrit à ces ouvriers du travail à raison de 75 francs par mois, ils refusèrent unanimement.

« C'est alors qu'à New-York et à Boston on fit une en-

quête sur le degré de mérite des assistés et elle révéla à Boston, que : 11 p. 100 des indigents étaient dignes d'un secours continu; 20 p. 100 d'un secours temporaire; 52 p. 100 avaient besoin de travail ou d'argent; 17 p. 100 étaient absolument indignes qu'on s'occupât d'eux.

A New-York, pour les mêmes catégories, on trouva : 6,4 p. 100; 22,4 p. 100; 52,4 p. 100, et 17 p. 100 d'indignes.

Cette citation ne constitue-t-elle pas le bilan, pour ainsi dire, du système des secours à domicile ? Il y est pris en faute et comme sur le fait, dans toutes les formes qu'il revêt; et jamais critique de l'assistance à domicile, officielle ou individuelle, n'a été faite plus suggestive que dans cette page empruntée à M. Loch. »

Qu'on nous permette donc de conclure, que le système des secours à domicile est loin d'être une panacée, destinée à remédier à l'encombrement des hôpitaux et à l'augmentation des charges de l'Assistance publique, et que, si l'on veut améliorer l'état actuel, il convient de chercher autre chose.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Sciatique double primitive avec atrophie dégénérative des muscles dans le domaine du poplité externe et interne.

Je désire attirer votre attention sur un malade dont l'histoire clinique vous intéressera certainement et vous montrer de quelles difficultés est parfois entouré le diagnostic d'une affection réputée simple. C'est avec les apparences d'une paraplégie grave que cet homme s'est présenté à nous, bien qu'il ne soit atteint que d'une sciatique double. Vous me direz peut-être qu'il s'agit là d'un cas vulgaire; sans doute, mais à côté des cas exceptionnels, nous devons vous montrer les affections que vous rencontrez le plus communément dans la pratique. Du reste, même en ces matières, il y a toujours quelque chose à glaner pour qui sait voir. L'observateur attentif trouve souvent dans les cas plus vulgaires quelque phénomène inattendu qui modifie le tableau clinique habituel. Nous en avons la preuve dans l'histoire de la sciatique, dont je vous parlais à l'instant. Décrite, il y a plus de cent ans, par Cotugno, étudiée avec soin par Valleix, cette maladie paraissait désormais classée, lorsque Lasègue découvrit qu'il existait deux espèces de sciatique, la névralgie et la névrite, distinction que confirma définitivement le travail de M. Landouzy. Les choses en étaient là et la question paraissait épuisée, lorsqu'en 1886, je remarquai, pour la première fois, la déviation spéciale du tronc qui, depuis lors, a fait l'objet de si nombreuses discussions. L'an passé, j'eus encore l'occasion d'observer une nouvelle complication de la sciatique, je veux parler de la paralysie amyotrophique dans le domaine du poplité. Aujourd'hui, j'entends vous prouver que la sciatique double peut, contrairement à la règle, n'être ni symptomatique, ni secondaire; qu'*affection primitive* du nerf, elle est susceptible d'une guérison tout au moins relative, quelque intenses et graves que soient l'amyotrophie et les autres troubles trophiques qui l'accompagnent.

Le malade que vous avez sous les yeux vous a déjà été présenté, le mardi 9 décembre. Il pouvait à peine se tenir debout et s'avançait soutenu par deux personnes. En marchant, il levait les cuisses d'une façon excessive. Ce caractère nous frappa et, en le déshabillant, nous pûmes constater qu'il avait les pieds tombants, surtout le pied gauche. Les fléchisseurs étaient aussi paralysés que les extenseurs. Le malade se plaignait, en outre, de violentes douleurs dans les jambes, survenant la nuit principalement : « J'ai les pieds dans le feu », disait-il. La première idée qui nous vint à l'esprit en face de cet ensemble symptomatique, démarche de stepper, douleur, atrophie musculaire, pied violacé et œdémateux, fut qu'il s'agissait d'une paralysie alcoolique. A la vérité le malade niait énergiquement avoir fait des excès de boisson; ce n'était pas une raison, car nous pouvions douter de sa sincérité. Mais voilà que la pression des masses musculaires ne semblait occasionner qu'une douleur insignifiante et que les réflexes rotuliens n'étaient nullement absents. Peut-être avions-nous affaire à un cas anomal, nous devions, dès lors, examiner les choses de plus près, avant d'attribuer à l'alcoolisme cette paralysie douloureuse. Afin de procéder méthodiquement à l'étude des symptômes, nous avons admis le malade et voici ce que nous avons appris.

C'est un homme de cinquante-six ans qui a quitté, il y a quelques années, le Cantal, où il exerçait le métier de boucher, pour venir à Paris chercher fortune. Les antécédents héréditaires n'offrent rien d'intéressant à relever au point de vue de la maladie qui nous occupe. Notons en passant qu'il ne connaît personne parmi ses ascendants qui ait été atteint de cancer ou de tumeur d'aucun organe. Après avoir eu quelques glandes au cou pendant son enfance et une variole légère pendant son service militaire, il est arrivé jusqu'à la cinquantaine avec une excellente santé. Il eut alors la gravelle et c'est pendant la convalescence de la cinquième et dernière attaque de colique néphrétique, qu'il commença à ressentir les premiers symptômes du mal qui l'amène aujourd'hui devant nous.

Il sortait de l'asile de Vincennes, lorsqu'il fut pris sans cause apparente de douleurs violentes dans le membre inférieur gauche. Ces douleurs presque continuelles suivaient à peu près le trajet du sciatique. Elles commençaient au niveau de la fesse, puis descendaient le long de la région postérieure de la cuisse et de la jambe et se montraient plus particulièrement localisées aux points trochantérien, poplité, péronier, malléolaire externe, dorsal du pied. Peu à peu l'impotence et l'amaigrissement du membre devinrent manifestes. Au bout de deux mois, c'est-à-dire il y a un mois, les douleurs s'étendirent au membre inférieur droit, affectant la même disposition qu'à gauche. Pendant ce temps, le malade, que ses souffrances empêchaient de dormir, maigrissait et prenait peu à peu l'aspect cachectique que vous avez pu remarquer le jour de son arrivée à la consultation.

Il paraissait alors frappé de paraplégie, vous disais-je tout à l'heure. Il marchait, en effet, avec la plus grande difficulté, steppant du côté gauche. Le pied gauche était tombant, œdématié, d'aspect violacé, froid au toucher, et ne pouvait exécuter aucun mouvement; il est encore inerte aujourd'hui. L'examen électrique nous a montré qu'il existe une réaction de dégénérescence dans les muscles tibial antérieur, extenseur commun des orteils, extenseur propre du gros orteil, et une perte complète de l'excitabilité faradique et galvanique pour les muscles péroniers latéraux et triceps sural. A droite, la réaction de dégénérescence n'est que partielle dans les mêmes muscles; les mouvements du pied sont, il est vrai, plus faibles qu'à l'état

normal, mais la démarche de stepper fait défaut, l'atrophie est moins accusée qu'à gauche et il n'existe pas de troubles trophiques cutanés. En ce qui concerne la sensibilité des téguments, je n'ai à vous signaler qu'une petite plaque de dysesthésie occupant la face dorsale du pied. Enfin, la vessie et le rectum ne sont nullement paralysés. Et, lorsque je vous aurai dit que, sous l'influence de l'antipyrine et de l'acétanilide, les douleurs se sont calmées et que le malade a retrouvé le sommeil et l'appétit, j'en aurai fini avec l'histoire clinique.

Ma tâche n'est qu'à moitié remplie, car il me reste à traiter la question de diagnostic. C'est évidemment à une sciatique que nous avons affaire et qui plus est à une sciatique double d'un genre particulier, car elle s'accompagne de troubles paralytiques et amyotrophiques. Or, vous savez quel fâcheux pronostic entraîne un pareil diagnostic; la sciatique double étant presque toujours symptomatique d'une affection grave, il y a un intérêt capital à établir d'une façon précise, si, par exception, dans le cas présent, elle ne résume pas à elle seule toute la maladie.

Je ne reviens pas sur l'alcoolisme. Je vous ai dit quels avaient été mes doutes lorsque j'ai constaté la conservation des réflexes patellaires, l'absence des douleurs à la pression des masses musculaires. J'ajoute que, s'il n'est pas impossible que l'alcool frappe systématiquement les deux nerfs sciatiques, il faut avouer que c'est tout au moins exceptionnel; enfin, le malade affirme qu'il ne boit pas et, renseignements pris, j'ai tout lieu de croire qu'il dit vrai.

De saturnisme, il ne peut être question ici : sans compter que le sujet n'a jamais été exposé à cette intoxication, les névrites que le plomb détermine affectent plutôt les membres supérieurs et n'occasionnent pas de douleur.

Le diabète peut bien, à la vérité, donner lieu à la paraplégie douloureuse, mais non à des lésions systématisées dans le domaine du sciatique; du reste, l'urine du malade ne contient pas de sucre.

La blennorrhagie porte parfois son action sur les nerfs. Tout récemment, M. le professeur Panas signalait la névrite optique blennorrhagique. Quant à la sciatique de même nature, elle est, depuis longtemps, connue grâce aux travaux de M. le professeur Fournier. Il est bon d'y penser dans des cas analogues.

Les causes toxiques et infectieuses étant éliminées presque d'emblée, voyons si nous ne trouvons pas dans une compression du plexus sacré l'origine du mal. Nous devons d'autant plus nous y arrêter qu'à son entrée le malade nous disait qu'il était obligé de pousser vigoureusement pour aller à la garde-robe et qu'il rendait des matières rubanées, effilées, comme passées au laminoir. Il pouvait donc s'agir d'une tumeur du bassin, peut-être ganglionnaire (Niemeyer, par exemple, a vu une sciatique double causée par une tumeur leucémique) ou mieux d'un épithélioma du rectum comprimant les deux nerfs sciatiques, directement ou par l'intermédiaire de ganglions cancéreux. Cette hypothèse semblait trouver sa confirmation dans l'aspect cachectique du sujet. Nous fûmes bientôt forcé de l'abandonner. Le bassin est libre, le rectum n'est pas rétréci, enfin les matières sont parfaitement normales.

Je dois vous dire en passant qu'à la suite d'accouchements laborieux, on observe parfois la paralysie du nerf sciatique. Les thèses de Bianchi, de MM. Lefèvre, Brivois, Dorion, en contiennent plusieurs exemples; mais nulle part, il n'est fait mention de la sciatique double.

Je laisse donc de côté les différentes théories émises pour expliquer la paralysie dans ces cas et j'arrive à une cause à laquelle on devait naturellement penser chez notre malade, au mal de Pott. C'est une affection qui n'est pas rare à cet âge. Tout récemment encore, j'avais l'occasion de vous montrer, chez un homme de soixante ans, une paraplégie spasmodique qui ne reconnaissait pas d'autre origine. La courbure angulaire de la colonne vertébrale ne laissait aucun doute sur la nature de la paraplégie et mon diagnostic était déjà posé, lorsque le malade m'apprit qu'il avait été traité deux ans auparavant pour un testicule tuberculeux. Mais de quelle variété du mal de Pott s'agirait-il donc ici ? Du mal de Pott lombo-sacré. Les pseudo-névralgies, sur lesquelles j'ai autrefois appelé l'attention, se montrent communément et précèdent presque toujours la gibbosité : il est inutile, je crois, d'insister là-dessus.

« Dans le mal de Pott lombo-sacré, dit M. le professeur Lannelongue, elles se présentent sous la forme de sciatique, de névralgie crurale; elles ne deviennent guère bilatérales, qu'après avoir été unilatérales pendant un temps assez long. La paralysie motrice n'affecte presque jamais toute l'étendue des deux membres inférieurs; elle est partielle et incomplète, certains groupes musculaires sont paralysés ou seulement affaiblis, alors que les groupes voisins sont respectés; certains mouvements de la jambe et du pied sont compromis, tandis que les autres et ceux de la cuisse sont intacts... » Bien que cette description offre quelques points de ressemblance avec le tableau clinique que je vous ai exposé tout à l'heure, je dois vous assurer que je ne me suis pas arrêté à ce diagnostic.

A ce propos, permettez-moi de vous rappeler les symptômes que déterminent les lésions de la queue de cheval, fracture du rachis ou tumeur de la région. Ils varient, bien entendu, avec le territoire nerveux qui est atteint. D'après Thornburn, à qui nous devons un intéressant mémoire sur ce sujet, les racines inférieures sont les plus affectées lorsque la compression porte sur la queue de cheval tout entière; mais celle-ci peut être limitée au domaine du plexus lombaire ou du plexus sacré. En général, il existe de la rétention d'urine, une paralysie atrophique, avec réaction de dégénérescence des muscles innervés par le sciatique (pied tombant) et quelquefois de ceux innervés par le crural, une anesthésie cutanée en rapport avec la distribution des nerfs atteints (ordinairement le périnée, la face interne des cuisses), des escharres au talon ; enfin le réflexe rotulien est absent si le crural est lésé, conservé dans le cas contraire.

Je rejette ces deux dernières hypothèses, car notre malade ne présente ni troubles de la vessie et du rectum, ni anesthésie dans le domaine du plexus sacré, ni gibbosité, ni la moindre gêne dans les mouvements du tronc en arrière. C'est en partie pour ces motifs que j'écarte l'idée d'un cancer vertébral. Ordinairement secondaire à un épithélioma du sein et plus rarement à un épithélioma de l'estomac, le cancer vertébral s'accompagne, comme l'a bien montré Cazalis, de paraplégie douloureuse et parfois (Leyden, etc.) de sciatique double. L'aspect cachectique du malade à son arrivée plaidait, il est vrai, en faveur de ce diagnostic; aujourd'hui, l'état général est meilleur et en l'absence de signe de carcinose viscérale, de douleur et de tuméfaction locale, il ne peut plus en être question.

Est-il donc impossible de formuler un diagnostic précis ? Nous y arrivons enfin. On divise, vous le savez, les sciatiques en primitives et symptomatiques; on distingue une forme bénigne qui relève plutôt de la sciatique-névralgie et une forme grave qui appartient à la sciatique-névrite, ce qui ne veut pas dire qu'elle ne peut être primitive. La gravité n'est pas spécialement propre à l'une ou à l'autre variété ; elle réside dans la durée de l'affection, la scoliose, les troubles trophiques ; elle tient moins peut-être à l'étiologie qu'à l'évolution de la sciatique.

Dès lors, deux questions se posent : 1° Y a-t-il des sciatiques doubles primitives ? 2° Ces sciatiques peuvent-elles amener des troubles trophiques musculaires et cutanés aussi graves que ceux que nous avons sous les yeux ?

Oui, il existe des sciatiques doubles non symptomatiques. Puisque les douleurs peuvent gagner la sphère du crural, des différentes branches du plexus sacré, pourquoi n'irradieraient-elles pas de l'autre côté ? C'est là une opinion admise par M. Huchard (Traité des névroses d'Axenfeld), par Seeligmuller. D'après Hasse, il n'est pas rare de voir les deux jambes atteintes; seulement, dans ces cas, la douleur d'un côté est tellement faible qu'elle passe inaperçue. C'est également par l'affirmative que je répondrai à la seconde question. L'an dernier, j'ai démontré que la sciatique unilatérale simple, c'est-à-dire primitive, pouvait s'accompagner de paralysie avec atrophie des muscles innervés par le péronier et que, la douleur disparue, cette paralysie persistante était capable de constituer une véritable infirmité. Eh bien ! cela étant, je ne vois aucune bonne raison pour que ce qui se voit dans la sciatique simple primitive ne se rencontre pas dans la sciatique double également primitive.

Nous sommes donc en face d'une affection relativement bénigne et, ce qui me confirme dans cette idée, c'est le changement qui s'est opéré dans l'état du malade depuis son entrée à l'hôpital. Il souffre beaucoup moins, dort et mange bien ; enfin l'aspect cachectique, créé sans doute par les douleurs et l'insomnie, s'efface de jour en jour. Est-ce à dire que la guérison sera absolue ? Je n'ose le croire ; l'expérience m'a appris combien la paralysie avec amyotrophie est tenace en pareil cas. Le côté droit se dégagera vraisemblablement; mais le côté gauche est trop profondément atteint pour revenir jamais à l'état normal : voilà pourquoi notre homme marchera toujours en steppant. Néanmoins nous continuerons l'électrisation des muscles et nous appliquerons de larges vésicatoires sur le trajet du sciatique pour faire disparaître les derniers phénomènes douloureux.

J'ai terminé. Vous avez sans doute remarqué que je n'ai pas discuté l'hypothèse d'une méningite spinale, bien que cette affection puisse occasionner une sciatique double. Elle ne peut, en effet, nous rendre compte de la systématisation évidente dans le domaine du sciatique seul, de l'amyotrophie analogue à celle de la paralysie infantile, de la persistance des réflexes rotuliens, de l'absence de complication du côté de la vessie et du rectum, alors qu'il s'agirait, dans cette éventualité, d'une lésion de la moelle devant intéresser, de par son siège, les soi-disant centres génito-urinaires.

Je ne dis pas cependant que la moelle n'est pas intéressée dans le cas présent ; elle l'est, à mon avis, dynamiquement. Je m'explique. La moelle me paraît avoir été ici l'intermédiaire obligé entre la sciatique gauche et la sciatique droite; peut-être même l'altération des tubes sensitifs n'a-t-elle pas retenti directement, par voie de contiguïté, sur les tubes moteurs et faut-il voir, dans le système des cornes postérieures et antérieures de l'âge gris, le trait d'union nécessaire entre l'affection des fibres nerveuses sensitives et motrices.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PAR LA CANTHARIDINE

Le professeur Liebreich a fait connaître, à la Société médicale de Berlin, un traitement nouveau de la tuberculose. Il consiste dans l'injection hypodermique de cantharidine. Voici quelle est la composition de la solution dont il se sert. Vingt centigrammes de cantharidine *pure* et 40 centigrammes de potasse hydratée sont dissous dans 20 centimètres cubes d'eau. Cette solution est chauffée au bain-marie d'une façon prolongée, on ajoute alors la quantité d'eau nécessaire pour faire un litre; de cette façon chaque centimètre cube renferme 2 dixièmes de milligramme de cantharidine.

On sait que la cantharidine a été très étudiée dans les laboratoires, depuis quelques années, en particulier, par M. Cornil. Avec elle on reproduit expérimentalement des néphrites aiguës très comparables à la néphrite scarlatineuse. C'est donc une substance d'un maniement dangereux, qu'on ne peut employer chez l'homme qu'à des doses extrêmement faibles. Liebreich a commencé par injecter seulement un cinquantième de milligramme de cantharidine. Les tuberculeux qui avaient reçu cette dose déclaraient ensuite éprouver une certaine amélioration : l'expectoration et la respiration étaient plus faciles. Avec cette faible quantité, aucune manifestation d'ordre toxique. On donna 6 dixièmes de milligramme : chez deux hommes, il y eut un peu de ténesme vésical. La dose des injections fut, dès lors, fixée à 2 dixièmes de milligramme.

Heymann a expérimenté ce remède sur 27 malades atteints de laryngite chronique, simple ou tuberculeuse. Les injections, faites entre les deux épaules, ont été en général bien supportées : quelquefois un peu d'engourdissement dans le bras, deux fois un peu de céphalalgie, parfois un léger degré de ténesme vésical. Avec une dose de 4 dixièmes de milligramme, il y a eu deux fois de l'hématurie. Jamais on n'a vu d'albuminurie.

Au bout de trois ou quatre injections quotidiennes, on a constaté le plus souvent une amélioration marquée de l'état général chez des malades atteints de tuberculose laryngée et de tuberculose pulmonaire avancée. Les phénomènes laryngés et pulmonaires se sont aussi heureusement modifiés. La voix était plus nette, l'expectoration moins abondante, les signes d'auscultation atténués, les sueurs nocturnes supprimées. Le laryngoscope a permis de constater une amélioration notable des lésions. L'amélioration pourrait être comparée à celle que l'iodure de potassium produit sur les lésions syphilitiques. Les résultats ont été généralement satisfaisants dans des cas de catarrhe simple. B. Frænckel a fait des constatations analogues sur cinq malades.

On a prétendu déjà que les vésicatoires n'agissaient qu'en faisant pénétrer dans la circulation une certaine quantité de cantharidine. N'est-il pas curieux de constater les effets directement obtenus avec l'alcaloïde des insectes vésicants? La méthode de Liebreich aura-t-elle un sort plus heureux

que celle de Koch? Elle est présentée, en tout cas, avec la modestie et la correction dont des aventures récentes ont bien montré tout le prix. La question la plus importante est de savoir si les reins peuvent s'accommoder de l'élimination quotidienne d'une petite quantité de cantharidine.

THÈSES DE PARIS

Des entozoaires de l'encéphale, par M. S. Szczypiorski.

Voici les principales conclusions de ce travail :

Les parasites vésiculaires qu'on a trouvés jusqu'à présent dans l'encéphale sont les cysticerques et les échinocoques. Les premiers, relativement plus fréquents et habituellement beaucoup plus nombreux, changent volontiers de forme en se ramifiant à l'infini (Cysticercus racemosus).

On observe : 1° les cysticerques ladriques, et 2° les cysticerques inermes.

A l'état frais, ils sont toujours reconnaissables par la structure ondulée de leur vésicule caudale. Ils peuvent être engendrés par le tænia dont le patient est déjà porteur (auto-infection). Ils siègent à la périphérie de l'encéphale.

Les échinocoques sont plus rares; ils constituent généralement un kyste unique rempli de liquide et de vésicules filles. Ils ont la propriété de se frayer un chemin à travers les trous et les os du crâne. Leur siège habituel est le parenchyme. L'hexacanthe de ces parasites pénètre dans l'encéphale par la voie vasculaire sanguine. Il est introduit dans le tube digestif avec les aliments; par l'intermédiaire du chien atteint du tænia ; ou bien il provient du ver rubané de son hôte.

Le tableau clinique type est impossible à faire en raison du polymorphisme tout particulier des manifestations morbides provoquées par le parasite.

Généralement les kystes à échinocoques sont caractérisés par : la céphalée persistante, l'épilepsie et les paralysies partielles mais durables, la démence croissante, la marche progressive, le début à l'âge de vingt à trente ans, la durée de deux à trois ans.

Les cysticerques par : la marche irrégulière, le début à l'âge de quarante à cinquante ans, l'épilepsie passagère par accès, les contractures, les vomissements, les troubles psychiques, la céphalalgie intermittente, la durée depuis quelques mois jusqu'à douze ans et plus. Souvent ils passent inaperçus.

Le diagnostic de l'hydatide est possible lorsque le kyste apparaît à l'extérieur.

Celui du cysticerque peut être corroboré par l'existence de la ladrerie périphérique et du tænia.

La terminaison habituelle est la mort, qui souvent survient subitement. Il faut ajouter, cependant, que lorsqu'il s'agit de cysticerques, le pronostic n'est pas excessivement grave, puisque, dans 20,5 p. 100 des cas, leur présence ne se manifeste par aucun phénomène alarmant. La mort, dans ces cas, est due soit à une maladie incidente, soit aux progrès de l'âge.

Traitement prophylactique : expulsion du tænia; examen de la viande de boucherie; application des lois d'hygiène à la campagne.

Traitement curatif : trépanation, incision de la tumeur apparaissant sur le crâne.

Dans la majorité des cas, le traitement ne peut être que symptomatique.

Du pincement latéral de l'intestin, par M. E. Fouré.

La hernie latérale est relativement rare. Elle se rencontre plus fréquemment à la région crurale et sur l'intestin grêle. On l'a observée toutefois à la région inguinale, obturatrice, et sur le gros intestin.

Le diagnostic en est difficile et il ne se fait guère que lorsque, en présence des principaux symptômes de l'étranglement, on note le petit volume de la hernie et la persistance d'ailleurs inconstante des selles.

Le pronostic est grave en raison de la difficulté à faire réduire par le taxis l'étranglement et à cause de la gangrène fréquente et peut-être plus précoce de ces hernies.

La kélotomie doit donc être le traitement de choix et faite rapidement.

S'il y a gangrène, on évitera la résection partielle avec ou sans suture, on fera une résection large suivie, soit d'un anus contre nature, soit d'une entérorrhaphie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 mars 1891. — Présidence de M. Terrier.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES PAR LA MÉTHODE DE M. PÉAN

M. BOUILLY, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Segond (voy. *Gazette des hôpitaux*, p. 238), fait connaître les résultats de son expérience des faits analogues à ceux dont a parlé M. Segond et qu'il a traités d'une autre façon. Il est d'accord avec son collègue, relativement à l'indication de l'hystérectomie vaginale dans les cas suivants :

1° Inflammation ancienne des annexes, avec poussées de pelvi-péritonite à répétition, avec adhérences nombreuses et brides; confusion des organes entre eux et avec les organes voisins; impossibilité de rien reconnaître au palper et au toucher que des indurations disséminées et des épaississements solides; production de fistules purulentes dans le rectum, la vessie ou à la peau.

2° Suppuration aiguë ou chronique libre dans la cavité péritonéale du bassin, ayant, ou non, pour point de départ les annexes de l'utérus, mais ne formant plus ces poches isolées et reconnaissables, comme une trompe ou un ovaire suppurés.

Ces cas ne sont pas favorables pour la laparotomie. Dans le premier, le ventre ouvert, on est le plus souvent obligé de le refermer sans rien enlever. L'ablation de l'utérus paraît alors nettement indiquée ; la large ouverture, ainsi obtenue, permet l'évacuation des infiltrations purulentes, le dessèchement des fistules, et peut procurer une guérison difficile à obtenir autrement. Il en est de même dans le deuxième cas, rien ne saurait mieux assurer l'évacuation du pus que la large ouverture résultant de l'extirpation de l'utérus. Mais ces cas sont exceptionnels, et M. Bouilly n'en a trouvé que 3 sur 33.

Contrairement à M. Segond, il pense que l'hystérectomie vaginale n'est pas applicable toutes les fois que la laparotomie est indiquée et il n'admet pas cette substitution systématique de la première à la seconde, dans tous les cas d'affection inflammatoire des annexes. Il croit, au contraire, que la laparotomie doit être conservée dans la généralité des cas. Il a ainsi traité, dans le cours de la dernière année, 33 cas se décomposant ainsi : 23 pyo-salpinx ou ovarites suppurées, 2 hydro-salpinx, 2 hémato-salpinx, 3 salpingites catarrho-interstitielles avec pelvi-péritonite chronique, 3 ovarites avec péri-ovarite. Les suppurations ovariennes ou tubaires peuvent se diviser en deux classes : les petites et les grandes collections. Les petites collections ne contenant que quelques grammes à quelques cuillerées à bouche de pus, n'ayant que des adhérences peu solides, sont faciles à reconnaître. Dans tous ces cas, est-il rien de plus simple que l'ablation par la laparotomie? Il arrive aussi, assez souvent, d'avoir à détacher une adhérence avec l'épiploon, avec l'S iliaque, avec une anse d'intestin grêle, et alors serait-il aussi facile de le faire par la voie vaginale? En présence de ces petites collections, il n'y a rien à ouvrir, il faut enlever. La collection est peu de chose, la poche est tout, avec ses parois épaissies, avec ses adhérences aux organes voisins, avec la péritonite périphérique, qui constituent la vraie lésion, et son ablation est plus simple par la voie abdominale que par la voie vaginale.

Les grosses collections sont celles dans lesquelles le pus dépasse 200 à 300 grammes et peut s'élever jusqu'à 1 litre et demi. M. Bouilly a rencontré 14 cas de ce genre : or, dans tous ces cas il a pu pratiquer l'extirpation totale de la poche et obtenir les meilleurs résultats par la laparotomie. L'ablation totale de ces poches à parois épaissies et tomenteuses paraît bien préférable à tout autre mode de traitement.

De ce qui précède M. Bouilly tire cette conclusion : que la laparotomie est préférable pour les petites collections à l'hystérectomie vaginale, et qu'elle est également possible et efficace contre les grosses collections.

Il passe ensuite en revue les arguments invoqués par M. Segond en faveur de l'hystérectomie vaginale. L'existence de la cicatrice abdominale et le port d'une ceinture sont de peu d'importance. Avec les petites incisions, il y a peu à s'en préoccuper. La question de la gravité opératoire est plus importante : pour M. Segond, l'hystérectomie vaginale est aussi bénigne dans les cas simples que la laparotomie, et, dans les cas graves, elle serait moins meurtrière. Pour juger cette question, il faut attendre des faits nouveaux et plus nombreux. Sur 33 cas depuis un an, M. Bouilly n'a eu que 4 décès, proportion moindre que celle accusée par M. Segond, qui compte 4 décès sur 23 cas.

Relativement à l'opération elle-même, la laparotomie est généralement plus facile à exécuter et dure beaucoup moins longtemps. C'est là un argument capable de faire condamner l'hystérectomie vaginale dans les cas simples. S'il s'agit de grosses collections, plus ou moins compliquées, les résultats que donne la laparotomie ne paraissent pas inférieurs à ceux de l'hystérectomie. D'ailleurs, ce n'est pas dans les cas graves que l'on observe, après la laparotomie, la persistance des écoulements nécessitant un curetage ultérieur. Ces accidents apparaissent plutôt après l'ablation de salpingites catarrhales interstitielles, d'ovarites à petits kystes, dans des cas où l'hystérectomie n'aurait pas plus de chances de réussir. En résumé, cette intervention doit être considérée comme une opération d'exception, utile dans certains cas non justiciables de la laparotomie, mais inutile alors que cette dernière est légitimement reconnue suffisante.

M. RICHELOT, partisan de l'hystérectomie vaginale, l'a faite dix-huit fois sans mortalité opératoire, dans ces deux dernières années, et non seulement contre le cancer, mais encore contre les fibromes, les prolapsus, certaines formes de névralgies ; il est disposé à y ajouter maintenant les suppurations pelviennes, mais il ne croit pas qu'il y ait lieu de substituer, d'une façon générale, la castration utérine à la castration ovarienne.

Se plaçant au point de vue de la mortalité opératoire et de l'efficacité curative pour soutenir sa préférence, M. Segond, sur vingt-trois opérations, a eu quatre décès ; n'est-ce pas là, à peu près, la mortalité que donne la pyo-salpingite traitée par la laparotomie ? C'est à peu près le même chiffre d'insuccès qu'a obtenu M. Richelot avec la laparotomie pour les pyo-salpinx.

C'est donc une exagération de dire que la guérison est plus sûre par l'hystérectomie vaginale, dont la conséquence serait toujours l'atrophie des annexes. Il semble aussi exagéré de dire qu'après la castration ovarienne l'utérus reste souvent en activité, et oblige à un curetage consécutif. Dans les pyo-salpingites, l'utérus est presque toujours au second plan et l'extirpation totale des poches purulentes amène une guérison parfaite.

Quant à cet argument secondaire, la cicatrice abdominale, ce n'est là qu'une question d'esthétique rarement soulevée par les malades, alors peu soucieuses de la beauté de leur ventre.

Toutefois, M. Richelot est loin de condamner l'hystérectomie vaginale, mais il pense qu'il faut faire des catégories et préciser ses indications. Il partage à ce point de vue la même opinion que M. Bouilly, sur l'indication de l'hystérectomie vaginale dans les cas de poches purulentes multiples avec un magma d'adhérences intestinales. Alors, en effet, la laparotomie est périlleuse ; en pareil cas, faire l'hystérectomie vaginale, ouvrir par ce grand trou l'éponge purulente qui remplit la cavité pelvienne et faire le drainage idéal, c'est la véritable indication de la méthode.

Les cas simples avec annexes peu malades et adhérences faciles à rompre sont justiciables de la laparotomie, qui est toujours bénigne et heureuse.

Les faits de moyenne intensité, les doubles salpingites purulentes, sans gros plastron ni adhérences rebelles, doivent encore être traités par la laparotomie qui donne les plus beaux résultats, avec les avantages d'une extirpation totale assurée.

Ce n'est pas seulement dans les salpingites purulentes que l'on reconnaît les avantages d'une extirpation complète. Celle-ci paraît aussi indiquée dans les cas d'hématocèle pelvienne.

Pour M. Richelot, l'avantage des opérations complètes est tel qu'il adopterait volontiers la formule suivante : Il faut tout sacrifier, sauf la vie de la femme, à l'extirpation totale des lésions.

M. BAZY reconnaît que l'idée d'enlever l'utérus, pour ouvrir et drainer les abcès pelviens, n'est assurément pas banale, mais, à son avis, elle doit réaliser une condition importante : celle d'être le seul mode de traitement applicable au mal que l'on doit traiter. Étant donné que les fonctions génératrices sont abolies pour l'avenir ou que les accidents commandent d'urgence une intervention, deux catégories de faits lui paraissent justiciables de l'hystérectomie vaginale :

1° Les cas de suppuration bilatérale, à marche plus ou moins rapide, avec phénomènes graves et menaçants. Dans ces cas, l'hystérectomie semble devoir être préférée à la laparotomie qui, bien souvent, ne serait pas supportée par les malades ;

2° Les cas où les lésions sont de date ancienne, probablement suppuratives, mais ne s'accompagnant pas de phénomènes généraux graves. Dans cette deuxième catégorie, il est, avant tout, nécessaire d'avoir posé un diagnostic précis et d'avoir la certitude, autant que possible, que la fonction génératrice est déjà irrémédiablement perdue.

M. Bazy insiste d'autant plus sur ces faits qu'il lui paraît périlleux de laisser s'accréditer cette idée que l'hystérectomie peut être substituée à la laparotomie. Toutefois, il estime qu'il y a lieu d'exécuter l'hystérectomie quand on se trouve en présence d'un orifice fistuleux, ou d'un abcès ouvert dans le vagin, qu'il y ait ou non en même temps des collections autour de l'utérus, pourvu que les lésions suppuratives ou non suppuratives soient de date ancienne. C'est ce qu'il a fait, avec succès, chez une jeune femme, dont un abcès ouvert dans le vagin était resté fistuleux et dont le ligament large gauche contenait une collection purulente.

Vu le petit nombre d'hystérectomies vaginales faites pour traiter les suppurations pelviennes, il ne lui paraît pas possible d'établir, pour le moment, une comparaison entre les résultats que donne cette méthode et ceux de la laparotomie.

En présence des succès que fournit la laparotomie, M. Bazy ne croit pas qu'on doive toujours lui substituer la castration utérine.

LECTURE

Opérations sur le tube intestinal. — M. BOIFFIN (de Nantes) lit la relation de trois opérations faites sur le tube intestinal. Dans les deux premières, il s'agissait d'un rétrécissement congénital du colon ascendant, compliqué de suppurations péritonéales et traité par la laparotomie : guérison.

La troisième est relative à une cure radicale de hernie crurale, avec fistule stercorale. Résection de 10 centimètres d'intestin : guérison.

PRÉSENTATIONS

Craniectomie. — M. TH. ANGER présente un jeune enfant auquel il a pratiqué la craniectomie.

Grossesse extra-utérine. — M. PICQUÉ montre un pièce de grossesse extra-utérine, dont il a fait l'ablation.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 mars 1891, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires, docteurs en médecine Courtier, Lafaye de Michaux, Legendre et Cureau.

— Par arrêté, en date du 24 février 1891, le ministre de l'Intérieur, sur l'avis conforme du Comité de direction des services de l'hygiène, a décerné des médailles d'honneur aux personnes ci-après désignées :

Médaille d'argent. — Sœur Justine Chavenne, de l'hospice d'Auxonne, en récompense du zèle et du dévouement dont elle a fait preuve au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi en 1890 dans la garnison d'Auxonne. Cette religieuse a contracté l'affection au chevet des malades.

Médailles de bronze. — M. Feuvrier, caporal ; MM. Parquet et Gagey, soldats au 10e d'infanterie ; M. Garnier, caporal-infirmier de visite, se sont signalés par leur dévouement au cours de la même épidémie.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Thibault (Arsène) est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Charrier, démissionnaire.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Landois (Eugène-Gustave) est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Gaboriaud, dont le temps d'exercice est expiré.

— L'Assemblée générale annuelle de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 4 avril. Les membres de l'Association qui auraient quelque communication à faire ou qui désireraient poser leur candidature aux fonctions de membre du Comité, sont priés de le faire savoir avant le 15 mars, en s'adressant au président de l'Association, M. le professeur Hardy, à Paris, 5, boulevard Malesherbes.

— Le Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française se réunira à Lyon, le lundi 3 août 1891. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Albert Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon, 13, rue Laurencin, à Lyon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jardin (de Paris) et Réveilhe (de Nîmes).

Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 31. — JEUDI 12 MARS 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 12 MARS 1891. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.**	» — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. Les hospices et hôpitaux ont-ils le droit de vendre des médicaments? — HÔPITAL BROUSSAIS. De la hernie inguinale congénitale. — Prophylaxie de la syphilis concernant la contre-visite des nourrices à la préfecture de police. — THÉRAPEUTIQUE. De l'albuminate de fer et de manganèse soluble. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'intérêt qu'a présenté la discussion sur la vaccine obligatoire a quelque peu fait oublier qu'elle se rattachait à la grande question de la dépopulation de la France, soulevée par M. Lagneau.

En raison de l'importance du sujet, l'Académie a nommé une commission chargée de lui faire un rapport et de lui présenter des conclusions. C'est pour la lecture de ce rapport que la parole a été donnée, dans cette séance, à M. Rochard. En voici les conclusions qui doivent être discutées et mises aux voix dans la prochaine séance :

« 1° Que les tours institués par le décret impérial du 19 janvier 1811, lequel est tombé en désuétude mais n'a pas été abrogé, soient remplacés par des bureaux ouverts dans lesquels le secret sera scrupuleusement observé ;

2° Que la loi du 23 septembre 1874, sur la protection des enfants du premier âge, soit revisée dans quelques-unes de ses dispositions, et notamment dans celle qui a trait à l'élevage mercenaire. Il ne faut pas désormais qu'il échappe à la surveillance sous le couvert de la parenté. Il faut qu'une statistique irréprochable permette de mesurer exactement les effets de la loi ; que l'inspection médicale soit solidement organisée partout, et que la loi soit obligatoire pour tous les départements ;

3° Que la vaccination soit rendue obligatoire par une loi ;

4° Que la revaccination soit encouragée de toutes les manières et même imposée par les pouvoirs municipaux, toutes les fois que la nécessité leur en sera signalée par les médecins des épidémies et les conseils d'hygiène.

La revaccination deviendra obligatoire dans le cas d'épidémie de variole, parce que, contrairement au préjugé populaire, c'est le moment où elle est le plus nécessaire ;

5° Que les enfants soient tous vaccinés et revaccinés dans les écoles, comme les soldats le sont dans les régiments ;

6° Que l'isolement des varioleux, surtout dans les établissements hospitaliers, soit imposé par des mesures législatives ;

7° Qu'un service régulier de vaccination, fonctionnant dans toute l'étendue du territoire, soit organisé de telle façon que chacun puisse se faire vacciner ou revacciner à jour fixe, sans déplacement et sans frais ;

8° Que les municipalités, et, à leur défaut, les préfets, soient armés de pouvoirs suffisants pour assurer la salubrité publique dans toutes les agglomérations et pour faire distribuer partout de l'eau potable exempte de toutes souillures ;

9° Qu'on assainisse les établissements publics, lycées, casernes, prisons, et qu'on encourage la désinfection des personnes, des locaux, du linge, des vêtements et de la literie, à la suite des maladies contagieuses ;

10° Qu'on arrête les ravages de la syphilis, en réglementant la prostitution.

Enfin, l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur celles de nos dispositions législatives qui peuvent entraver l'essor de notre population, en favorisant les restrictions volontaires qui diminuent notre natalité. Elle signale plus particulièrement celles qui concernent la transmission de la propriété, la répartition des impôts et la recherche de la paternité ».

M. Terrier semble s'être donné pour but, à l'Académie, d'approfondir la chirurgie du foie ; il nous a présenté un nouveau fait de cholécystectomie qui offre ceci de particulier, que le malade n'a pas tout d'abord tiré de cette opération le bénéfice qu'on en attendait et qu'il n'a été soulagé qu'à partir du moment où sa cholécystectomie s'est transformée spontanément en cholécystostomie, d'où cette conclusion : que dans les cas où il existe des calculs dans les canaux biliaires eux-mêmes, il vaut mieux ouvrir et fistuliser d'emblée la vésicule biliaire que de la réséquer.

La séance s'est terminée par une lecture intéressante de M. Duvernet, sur la prophylaxie de la syphilis concernant les nourrices.

En sa qualité de médecin-inspecteur, chargé de l'examen des nourrices à la Préfecture de police, M. le docteur Duvernet a pu constater l'insuffisance des mesures actuelles, avec quelque rigueur, d'ailleurs, qu'elles soient pratiquées,

et pour parer, dans la limite du possible, à un si grave danger, il propose que toute nourrice sur lieux, qui quitte un nourrisson pour en prendre un autre, soit munie d'un certificat constatant que ce premier nourrisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse. Le travail de M. Duvernet, que l'on trouvera plus loin *in extenso*, a été renvoyé à une Commission composée de MM. Roussel et Fournier, rapporteur.

L'Académie a procédé à l'élection de deux correspondants étrangers pour la première division ; ont été élus MM. Rindfleisch (de Wurtzbourg) et Corradi (de Pavie).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les hospices et hôpitaux ont-ils le droit de vendre des médicaments?

Le Syndicat des pharmaciens de la Loire, d'accord avec l'Association générale des pharmaciens de France, avait entrepris des poursuites contre l'Hospice de Saint-Étienne, qui vend des médicaments au public.

Les pharmaciens ont été déboutés de leur plainte par un jugement en date du 17 décembre 1889. Ce jugement du tribunal de Saint-Étienne a été confirmé en appel le 5 juin 1890, et enfin, le 8 janvier 1891, la Cour de cassation rejetait le pourvoi des pharmaciens par l'arrêt suivant :

... Attendu que, si la vente commerciale au dehors de médicaments composés, même dans des conditions pleinement licites, n'est pas prévue comme rentrant dans les attributions ordinaires des commissions administratives des hospices, de tels actes n'ont cependant rien d'incompatible avec ces attributions, pourvu que cette partie du service ait été, conformément à la loi, approuvée par le préfet, et que la pharmacie soit réellement gérée par un pharmacien muni d'un diplôme et préposé à cet effet ;

Attendu que les pharmaciens établis dans la même localité, ne pouvant critiquer la légalité d'une officine fonctionnant dans l'hospice, ne pourraient se plaindre du préjudice qu'ils prétendraient éprouver de la concurrence dans le débit des médicaments qu'en se prévalant d'un monopole qui n'existe pas à leur profit ;

Attendu qu'il résulte des constations de l'arrêt attaqué que la pharmacie de l'hospice de Saint-Étienne est placée sous la direction du sieur Porteret, pharmacien diplômé, en vertu d'une commission émanée du préfet de la Loire, et que la dame Odoul, en religion sœur Marie-Joseph, lui prête simplement son assistance pour le débit des médicaments ;

Qu'il est établi, en outre, que les médicaments sont préparés par ledit pharmacien et qu'il n'a été dénié ni en première instance, ni en appel, que le débit et la vente de ces médicaments sont sérieusement faits par lui ;

Attendu qu'en cet état, aucune contravention à la loi du 21 germinal an XI ne peut exister, ce qui, sans qu'il soit besoin d'examiner si, en cas d'ouverture illégale d'une officine, le fait serait imputable à la dame Odoul, justifie le dispositif de l'arrêt entrepris, qui a renvoyé des poursuites les prévenus et les personnes civilement responsables ;

Et attendu, d'ailleurs, que cet arrêt est régulier en la forme ;

Par ces motifs, rejette le pourvoi de Perronnet, président du Syndicat des pharmaciens de la Loire, contre l'arrêt de la Cour d'appel de Lyon, en date du 4 juin dernier ; condamne le demandeur, pris en ladite qualité, à l'amende et aux dépens envers le Trésor public, ainsi qu'à l'indemnité envers les prévenus relaxés.

HOPITAL BROUSSAIS. — M. Reclus.

De la hernie inguinale congénitale.

(Leçon recueillie par M. Lantier, interne du service.)

Vous allez me voir tout à l'heure pratiquer l'opération de la cure radicale sur deux malades atteints de hernie inguinale.

Comme vous le savez, la hernie inguinale, au contraire de la hernie crurale toujours accidentelle, peut être d'origine congénitale.

L'un de nos malades présente un exemple bien net de cette variété : aussi est-ce sur elle que je veux attirer votre attention.

Lorsqu'elle est accidentelle, la hernie repousse devant elle le péritoine dans le canal inguinal ; elle forme elle-même son trajet et son sac. Est-elle au contraire congénitale, l'intestin trouve devant lui un sac préformé dans lequel il peut descendre avec la plus grande facilité.

Pour vous faire comprendre le mécanisme de la formation de cette hernie, il est nécessaire de vous rappeler le mode de migration du testicule et la formation de son enveloppe séreuse.

Vous vous rappelez que le testicule développé à la partie interne du corps de Wolff est d'abord situé dans la région lombaire. Puis il descend, franchit l'anneau inguinal et vient se loger définitivement au fond des bourses : c'est là qu'on le trouve à la naissance. Toutefois la migration peut être incomplète, et le testicule demeurer soit dans l'intérieur du ventre, soit dans les divers points du canal inguinal.

Pour expliquer le mode de formation de la tunique vaginale, on prétendait autrefois que le testicule dans sa descente, se coiffait du péritoine et le refoulait devant lui. Cette conception n'est plus admise à l'heure actuelle : le péritoine envoie dans les bourses, pendant la période fœtale, un prolongement diverticulaire : le testicule trouve donc devant lui un canal préformé.

Ce canal, dit conduit vagino-péritonéal, présente un certain nombre de rétrécissements irrégulièrement espacés sur son trajet. M. Ramonède distingue trois points rétrécis qu'il localise : à l'anneau inguinal interne, à l'orifice inguinal externe et au point de jonction de la vaginale et du sac péritonéo-funiculaire.

La migration testiculaire, une fois terminée, commence un travail d'oblitération qui se manifeste d'abord au niveau des rétrécissements. Il en résulte la formation d'un certain nombre de loges secondaires superposées qui, si elles persistent, peuvent se remplir de liquide et se transformer en kystes : c'est l'hydrocèle enkystée du cordon. Bien plus, si le canal ne s'oblitère en aucun point, le liquide épanché anomalement dans la vaginale peut refluer dans la grande cavité péritonéale : on a alors l'hydrocèle congénitale. Inversement, la persistance de ce canal largement ouvert constitue un appel incessant pour l'intestin qui s'y engage librement, sans avoir besoin de repousser devant lui le péritoine pariétal.

Les notions embryogéniques précédentes vous conduisent à penser que la hernie inguinale congénitale peut passer par un certain nombre de stades, constituant autant de variétés anatomiques de cette affection.

L'oblitération fait-elle complètement défaut, l'intestin hernié vient se mettre en contact immédiat avec le testicule et ces deux organes présentent une enveloppe com-

mune, la tunique vaginale : c'est la variété péritonéo-vaginale testiculaire.

Vous pouvez supposer maintenant que le travail d'oblitération s'est arrêté en chemin et n'est arrivé à intercepter complètement la lumière du canal qu'au niveau du point où le sac péritonéo-vaginal se dilate pour constituer la tunique vaginale. Le testicule reste alors séparé du sac herniaire par une bride fibreuse, vestige de la portion du canal qui s'est oblitérée : c'est la variété péritonéo-vaginale funiculaire.

Arrivons au cas où l'oblitération interrompt la continuité du canal séreux au niveau de l'orifice cutané du trajet inguinal. Il est permis alors à l'intestin de s'engager dans la portion pariétale, encore perméable du conduit. Mais il trouve au niveau de l'anneau inguinal externe une barrière infranchissable qui rend fixe sa situation dans le trajet inguinal et, consécutivement, le force à s'insinuer dans l'interstice des muscles de la paroi abdominale. C'est à cette variété que M. Tillaux a imposé le nom de hernie inguino-interstitielle vraie. Son histoire est intimement liée à celle de l'ectopie testiculaire inguinale. Aussi l'opération curative de la hernie doit-elle remédier en même temps à l'anomalie de situation du testicule qu'on ramène et qu'on fixe au fond des bourses : cette opération complémentaire est désignée sous le nom d'orchidopexie.

A quels caractères pourrez-vous reconnaître, en clinique, la hernie inguinale congénitale ? Il importe tout d'abord de ne pas vous méprendre sur le sens réel qu'il faut attribuer ici au mot congénital. Il n'implique point que l'apparition de la hernie soit contemporaine de la naissance ; il indique seulement que la disposition anatomique qui préside à la formation de la tumeur herniaire est le fait d'un arrêt de développement remontant à la vie fœtale. C'est le sac, et non la hernie elle-même, qui est d'origine congénitale. La voie est ouverte à l'intestin ; il suffit du moindre effort pour le pousser dans le conduit vagino-péritonéal. Cet accident peut se produire dès la naissance ; d'autres fois, c'est seulement à une époque plus avancée de la vie, généralement pendant l'adolescence, que la hernie fait son apparition. L'âge du malade ne vous sera alors d'aucun secours pour vous aider à distinguer la hernie congénitale de la hernie accidentelle.

En revanche, la rapidité avec laquelle la tumeur herniaire atteint son complet développement, sa tendance fâcheuse à l'étranglement, parfois immédiat, voilà deux caractères qui devront suffire à vous édifier sur la nature congénitale de la hernie que vous observez. La perméabilité du conduit, la facilité avec laquelle une ou plusieurs anses intestinales peuvent s'y engager, vous donnent la raison du début brusque de l'affection et de son accroissement rapide. Rappelez-vous l'existence des rétrécissements signalés par M. Ramonède et vous comprendrez pourquoi l'étranglement constitue toujours un danger imminent chez les malades porteurs de hernie inguinale congénitale.

Ne vous laissez donc point égarer par le mot congénital. La hernie qui nous occupe peut apparaître tardivement dans le cours de l'existence. Toute son histoire clinique est comprise dans la notion de la persistance de la perméabilité du conduit vagino-péritonéal. Aussi est-ce à bon droit que M. le professeur Trélat a proposé de désigner la hernie inguinale congénitale des auteurs par la dénomination de hernie à canal ouvert qui présente cet avantage incontestable d'être tout à fait en rapport avec les données de la clinique.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS

CONCERNANT LA CONTRE-VISITE DES NOURRICES A LA PRÉFECTURE DE POLICE

Par M. le docteur DUVERNET.

Depuis la mise en vigueur de la loi Roussel, un service spécial fonctionne à la Préfecture de police pour l'examen des nourrices. Cette note, qui est le résultat de six années d'observation quotidienne, a pour but de faire connaître les conditions dans lesquelles s'exerce la prophylaxie de la syphilis, relative à ce service de montrer l'insuffisance de la réglementation actuelle et d'indiquer des mesures destinées à la compléter.

Inspection des nourrices. — Chaque année 14000 examens sont pratiqués, en moyenne, dont 5300 pour les nourrices sur lieux.

Chacune de ces femmes a été munie, au préalable, d'un certificat médical attestant notamment qu'elle ne paraît atteinte d'aucune maladie contagieuse. Les nourrices sur lieux qui, déplacées, veulent se replacer immédiatement, sont obligées de se représenter à la Préfecture, avec leur carnet, sans nouveau certificat médical.

Toutes les femmes sont examinées avec le même soin minutieux.

Le refus d'une nourrice, reconnue syphilitique, est toujours accompagné des plus grandes garanties pour l'exactitude du diagnostic et des plus grandes réserves dans la façon dont il lui est notifié. Cette réserve, contestable quand une nourrice ne paraît pas encore contaminée et quand elle vient consulter, semble obligatoire dans les conditions inverses où se trouve la nourrice à la Préfecture.

Les mesures suivantes ont été proposées et adoptées :

1° Toute femme qui, depuis moins de deux mois, a donné le sein à un nourrisson syphilitique, est ajournée, pour un nouvel examen, à deux mois à partir du jour où elle a été séparée de cet enfant ;

2° Pour être autorisée à prendre un nouveau nourrisson, la femme, ainsi ajournée, doit se représenter à la Préfecture dans le délai qui lui a été assigné ou, si elle le dépasse, être munie d'un certificat médical, daté de l'époque fixée pour le second examen ;

3° Toute nourrice sur lieux qui, sortie de place, entre dans un bureau, doit être envoyée dans les vingt-quatre heures, à la visite de la Préfecture.

Il ne lui est permis de donner le sein qu'après avoir été autorisée par la Préfecture à séjourner dans un bureau.

Insuffisance de la réglementation. — Ces mesures atteignent et dépassent les dernières limites des pouvoirs dévolus à l'administration. Cependant, elles sont absolument insuffisantes pour combler deux lacunes réglementaires, relatives, l'une à l'incubation de la syphilis, l'autre à l'absence de toute garantie des nourrices contre la contagion des nourrissons.

L'administration ignore quand les nourrices quittent un nourrisson syphilitique. Si elles sont encore sans lésion apparente au moment de l'examen, elles sont autorisées à un nouvel allaitement, quoique pouvant avoir été contaminées par leur dernier nourrisson. Dès ma première année d'exercice, un rapport a avisé M. le Préfet de police des inconvénients, résultant de l'incubation syphilitique. Mais c'est par une leçon magistrale de M. le professeur Fournier, publiée en 1886, sur les « nourrices en incuba-

tion de syphilis » que ce danger a été mis en pleine lumière et connu de tous les médecins que la question intéresse. Il est évident que les nourrices transmettent la syphilis d'un nourrisson à un autre, malgré les examens auxquels elles sont soumises.

Ce mode particulier de transmission de la syphilis est-il assez fréquent, dans le service de protection des enfants du premier âge, pour nécessiter une mesure destinée à l'éviter? Il n'est pas possible de fixer l'opinion à cet égard, par l'indication du nombre des nourrissons ainsi contaminés; car ceux-ci restent presque toujours inconnus.

Mais, à défaut de cette preuve directe, étant donné le nombre de nourrices qui passent sans délai d'un nourrisson à un autre, étant admise la fréquence de la syphilis héréditaire chez les nourrissons, on peut entrevoir le nombre des victimes de la contagion spéciale qui nous occupe.

Or, chaque année, 1300 examens sont pratiqués pour des nourrices sur lieux qui, sorties de place la veille, sont autorisées à se replacer immédiatement. Donc 1300 enfants, en moyenne, par an, sont allaités dans leur famille par des nourrices qui viennent de donner le sein à un nourrisson précédent, dont l'état de santé est absolument inconnu. Voilà un premier fait qui paraît suffisant pour établir la gravité d'une telle situation.

La fréquence de la syphilis héréditaire chez l'enfant est-elle contestable à Paris? D'après des documents fournis par les médecins inspecteurs des circonscriptions médicales de la Seine, près de 2 sur 100 enfants, placés en nourrice avant l'âge de trois mois, sont atteints de syphilis par hérédité. Dans le « Document statistique sur les sources de la syphilis », présenté à l'Académie de médecine par M. le professeur Fournier, la syphilis héréditaire chez l'enfant et la contagion des nourrices par des enfants syphilitiques héréditairement tiennent le premier rang, au point de vue de la fréquence, parmi les causes de la syphilis d'origine non sexuelle. Enfin, les médecins inspecteurs de la province se sont plaints de ce qu'il leur arrivait trop souvent de Paris des nourrissons syphilitiques.

Les nourrices sur lieux sont beaucoup plus exposées; elles paraissent même, souvent, sacrifiées à l'intérêt des enfants. Nous avons acquis la preuve qu'un nourrisson, arrivé à l'âge de onze mois, a été allaité par huit nourrices, dont la dernière est revenue à la Préfecture avec un chancre infectant du sein.

Les nourrices sur lieux, chez lesquelles une lésion syphilitique a eu le temps d'apparaître, avant qu'elles ne soient congédiées par la famille, reviennent en petit nombre à la Préfecture; elles vont directement, en général, porter la contagion dans leur foyer. Cependant, pendant l'année 1887, sur onze nourrices manifestement syphilitiques, neuf ont présenté l'accident primitif au sein; une avait été contaminée, chez elle, par son nourrisson et les huit autres l'avaient été dans les familles qu'elles venaient de quitter.

Combien plus nombreuses doivent être les nourrices qui nous reviennent avant que la contagion ne soit apparente. Celles-ci sont évidemment averties moins souvent du péril de leur situation. Elles nous rapportent un carnet contenant un certificat de service, signé des parents et dépourvu de tout renseignement médical; nous les autorisons réglementairement à transmettre dans une autre famille l'héritage syphilitique recueilli dans la précédente.

Dans une question de cette nature, il semble, d'ailleurs, que le nombre des cas constatés est d'ordre secondaire, si les nourrissons se trouvent souvent exposés. Ces contagions médiates existent; leur proportion seule est inconnue. Dès 1886, M. le professeur Fournier avait observé une quinzaine de cas de syphilis ainsi transmise de nourrisson à nourrisson. Les médecins inspecteurs des enfants constatent ce mode de transmission du nourrisson à l'enfant de la nourrice, quand celle-ci, par exception, conserve un nourrisson syphilitique et continue à être surveillée. A la Préfecture, quelques nourrices ont présenté des chancres infectants du sein, apparus seulement depuis l'obtention d'un certificat médical, délivré pendant l'incubation. Enfin le médecin de la Préfecture est obligé, trop souvent, de donner une nouvelle autorisation à des nourrices, extrêmement suspectes à cause des circonstances dans lesquelles on a fait cesser l'allaitement de leur dernier nourrisson.

Mesures proposées. — Les faits et les considérations qui précèdent paraissent rendre légitime l'adoption de la conclusion suivante, extraite de la leçon de M. le professeur Fournier : « La seule garantie qui puisse préserver la santé publique contre le danger spécial des nourrices en incubation de syphilis, c'est un certificat médical attestant l'immunité du dernier nourrisson auquel une nourrice a donné le sein. » Cette conclusion s'impose particulièrement en ce qui concerne les nourrices sur lieux.

L'absence de ce certificat entraînerait le refus de quelques nourrices qui pourraient n'être pas contagionnées. Pour parer à cet inconvénient, il conviendrait de les autoriser de nouveau, mais seulement à la suite d'un examen médical, fait en temps opportun, après la période d'incubation.

Enfin, comme corollaire du certificat imposé à la nourrice, une obligation incomberait aux parents ou à leurs représentants, ce serait celle de procurer le certificat à la nourrice. Un engagement, au moins tacite de leur part, résultant d'une ordonnance de police, aurait pour effet de diminuer la facilité avec laquelle certaines familles exposent les nourrices à la contagion de leur nourrisson.

Une mesure plus radicale serait sans doute désirable. « Un certificat garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par son nourrisson » a été proposé dans le *Rapport à l'Académie de médecine sur la « prophylaxie publique de la syphilis »*. La formule adoptée par la Commission est certes la meilleure possible (1); mais elle n'enlève pas à ce certificat son caractère inquisitorial, ni l'apparence d'un procédé difficile à employer d'une façon utile. Dans les ménages irréguliers, le père échappe à tout examen; dans les familles, quel trouble ne manquerait pas d'apporter le refus d'attester que la mère ou le père n'a pas eu une maladie contagieuse; le médecin qui, consulté antérieurement, aurait autorisé le mariage, malgré une syphilis ancienne, ne pourrait que se récuser, en laissant la possibilité de le remplacer. En définitive, ce certificat serait demandé, selon les convenances, à un médecin du choix de la famille, ne connaissant pas les antécédents, et équivaudrait dès lors à une simple déclaration des parents.

La Commission a retiré cette proposition, sans la sou-

(1) Je soussigné, docteur en médecine..... certifie qu'il n'est pas à ma connaissance que les parents de l'enfant X... soient affectés d'une maladie héréditaire qui puisse être transmise à la nourrice chargée d'allaiter cet enfant.

mettre à la discussion de l'Académie, mais elle n'en a pas moins reconnu l'utilité d'une mesure propre à protéger les nourrices et les nourrissons. L'engagement, consenti par les parents en prenant une nourrice, de lui procurer ultérieurement un certificat médical relatif à la santé de son nourrisson, n'aurait, lui aussi, que la valeur d'une déclaration; mais celle-ci aurait l'avantage d'être obtenue sans un procédé excessif et devant lequel pourraient reculer les autorités chargées d'en décréter l'application.

En résumé, les dispositions suivantes garantiraient les nourrissons et les nourrices dans la mesure du possible :

1° Toute nourrice sur lieux qui, depuis moins de deux mois, a donné le sein à un nourrisson, doit, pour être autorisée à un nouvel allaitement, produire un certificat médical, constatant que ce nourrison n'était atteint d'aucune maladie contagieuse;

2° La nourrice qui n'aura pas été munie de ce certificat pourra y suppléer par un certificat médical, daté d'une époque correspondant à un délai de deux mois, à partir du jour où elle aura été séparée de son dernier nourrisson;

3° Toute personne qui prend, dans un bureau, une nourrice au sein, accepte l'obligation de procurer à cette nourrice, au moment de sa sortie de place, un certificat médical, attestant que son nourisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse.

La formule du certificat médical serait inscrite sur le carnet des nourrices; la teneur de l'obligation des parents serait imprimée sur la feuille du reçu délivré par les bureaux aux personnes qui prennent une nourrice.

Il n'est pas téméraire de penser que ces propositions, ou toutes autres mesures dans ce sens, seraient bien accueillies des autorités compétentes. Celles-ci trouveraient, dans la haute sanction de l'Académie de médecine, la confiance nécessaire pour prendre une décision et remédier à une situation reconnue dangereuse pour la santé publique.

THÉRAPEUTIQUE

De l'albuminate de fer et de manganèse soluble.

Par M. le docteur X. Delmis.

Pourquoi cette association du fer et du manganèse? Quelles raisons nous indiquent qu'il faut donner la préférence à un albuminate?

Nos maîtres en thérapeutique, Trousseau, Pidoux, Constantin Paul, et tant d'autres, ont pris bien avant nous la peine de répondre à la première question. Après avoir étudié le rôle important que le fer joue dans l'organisme et l'avoir établi d'une façon si magistrale et si vraie que ces connaissances sont passées maintenant dans le domaine public, ils n'ont pas laissé dans l'ombre les propriétés du manganèse et sa présence dans l'économie : « Si les propriétés du manganèse se rapprochent de celles du fer, dans le minerai duquel on le rencontre presque toujours, les propriétés thérapeutiques de cet agent semblent de même analogues à celles du fer auquel la nature l'a presque toujours uni. »

Déjà, en 1847, M. Millon annonçait à l'Institut que le sang de l'homme contient presque toujours du manganèse, et que la proportion du fer et de ce métal y est assez forte pour qu'on puisse les doser par les méthodes d'analyse habituelles; et, en 1850, le docteur Pétrequin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, enseignait que là où le fer échoue, les préparations ferro-manganiques réussissent, et que nombre de préparations martiales doivent un supplément d'activité à la présence fortuite du manganèse.

Et, d'ailleurs, n'est-ce pas presque toujours sous la forme de sels ferro-manganiques que les plantes absorbent le fer que l'alimentation végétale fait ensuite passer en nous?

Les découvertes scientifiques, arrivées dans cet ordre d'idées presque à la perfection, la nature elle-même, tout nous avait démontré quel immense avantage on devait retirer de cette heureuse association du fer et du manganèse, que nous avons présentée sous la forme d'albuminate de fer et de manganèse.

En effet, pour être très connus, ces avantages n'en paraissaient pas moins avoir été négligés par le corps médical, personne ne s'étant trouvé, parmi les chimistes, pour mettre à sa disposition un albuminate de fer et de manganèse soluble, facile à employer, et permettant d'éviter les inconvénients d'un grand nombre de préparations ferrugineuses qui se traduisent du côté du tube digestif par l'anorexie, les pesanteurs d'estomac, la constipation quelquefois opiniâtre, et quelquefois alternant avec de la diarrhée.

C'est pour combler cette lacune que M. Trouette, pharmacien à Paris, a été amené, par ses recherches, à profiter de la propriété qu'a l'albumine de former, avec le fer et le manganèse, un albuminate soluble.

Il en a fait des dragées de « fer Trouette » à base d'albuminate de fer et de manganèse. Ces dragées n'empruntent, par conséquent, aux liquides de l'estomac, aucun de ses éléments pour se dissoudre et ne troublent aucune de ses fonctions. Il est donc facile de comprendre pourquoi cette préparation est des plus assimilables; c'est ce qui explique la grande faveur avec laquelle ce produit a été accueilli par l'unanimité des médecins, qui n'ont eu à enregistrer que des succès obtenus par son emploi dans toutes les maladies où les ferrugineux sont indiqués, l'anémie, la chlorose, la faiblesse, l'appauvrissement du sang, les menstruations difficiles, l'épuisement, la croissance des enfants, la formation des jeunes filles et des jeunes gens.

Il a choisi la forme de dragées pour avoir un médicament facile à prendre, bien accepté par les malades, et de bonne conservation. On doit prescrire, au milieu de chaque repas, de deux à six « Dragées de fer Trouette », suivant l'âge du malade, deux pour les enfants, quatre pour les adolescents, six pour les adultes, chaque dragée contenant un centigramme et demi d'albuminate soluble.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mars 1891. — Présidence de M. Tarnier.

RAPPORT

Anomalies musculaires. — M. MATHIAS DUVAL lit un rapport sur diverses communications faites par M. Ledouble (de Tours) et relatives à diverses anomalies musculaires, en particulier l'existence de trente-trois muscles pré-sternaux et la reproduction de la formule aortique de tous les singes et des carnassiers.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers (première division).

Première élection : le nombre des votants étant 62, majorité 32, M. Rindfleisch (de Wurtzbourg) obtient 49 voix, M. Costomiris (d'Athènes) 5, M. Millard (de New-York) 4, M. Corradi (de Pavie) 3; bulletins blancs, 2.

En conséquence, M. Rindfleisch est élu.

Deuxième élection : votants 58, majorité 30, M. Corradi obtient 44 voix, M. Millard 7, M. Costomiris 6.

M. Corradi est élu.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION ET LA REVACCINATION OBLIGATOIRE

M. ROCHARD, au nom de la Commission nommée à l'occasion du travail de M. Lagneau sur la dépopulation, lit un rapport dont voici les conclusions. (Voir au Premier-Paris.)

COMMUNICATION

Cholécystectomie. — M. **TERRIER** communique l'observation d'un malade qui était atteint, depuis sept ans, d'accidents d'ictère à répétition avec coliques hépatiques et chez lequel il a pratiqué la cholécystectomie.

Après cette opération, non seulement le cours de la bile ne se rétablit pas, mais les accidents s'aggravèrent et l'ictère devint presque noir. Ce ne fut que onze jours après l'opération, après la formation d'une fistule biliaire, qu'une véritable débâcle, et l'issue d'un grand nombre de calculs des canaux hépatiques, amenèrent un soulagement immédiat. Les accidents d'ictère s'amendèrent et les digestions se firent normalement.

La fistule resta ouverte une cinquantaine de jours, et finit par s'oblitérer spontanément.

M. Terrier tire de ce fait la conclusion, qu'en présence d'une lithiase des canaux hépatiques, de gravelle biliaire, ce n'est pas la cholécystectomie qu'il faut pratiquer, mais bien la cholécystotomie; en outre, il ne faut pas se contenter de vider la vésicule de ses calculs et de la bile, il faut pratiquer une cholécystostomie, c'est-à-dire une ouverture permanente de la vésicule. Cette ouverture permet de donner issue à la bile, voire même aux nombreux petits calculs des conduits hépatiques.

Cette cholécystostomie permet, en outre, de garder aussi longtemps qu'on le veut la fistule biliaire, de s'assurer ainsi que le cours de la bile est bien rétabli, que la lithiase hépatique a cessé et ne tend pas à se reproduire, enfin, que les bactéries du liquide biliaire ont complètement disparu.

En résumé, dans les cas de troubles hépatiques dus à la lithiase biliaire et à la production de calculs dans les canaux hépatiques, il vaut mieux pratiquer la cholécystostomie que la cholécystectomie.

LECTURE

La prophylaxie de la syphilis chez les nourrices. — **M. DUVERNET** lit une note sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 279.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires (1), par J.-M. Lavaux.

Le docteur Lavaux a publié, en trois volumes, les leçons qu'il a faites à l'École pratique sur les affections de l'appareil urinaire.

Le tome Ier comprend les leçons de l'auteur sur l'anatomie et la physiologie de l'urèthre et de la vessie, sur la thérapeutique générale des maladies des voies urinaires et sur les affections de l'urèthre. Dans le tome II, l'auteur décrit les maladies de la prostate et de la vessie, et dans le tome III, il étudie les affections chirurgicales des reins et des uretères, ainsi que les questions de séméiologie.

Comme tous les ouvrages de ce genre, le travail du docteur Lavaux, dont l'ensemble forme un ouvrage complet sur les maladies des voies urinaires, n'est pas susceptible d'une analyse. On ne peut que citer les parties les plus originales de ce travail.

Au point de vue physiologique, le calcul de la résistance du sphincter uréthral et les recherches de l'auteur sur la cause qui produit le besoin d'uriner constituent des faits nouveaux et d'une réelle importance, comme le montrent les déductions pratiques que l'auteur a su en tirer.

Le lavage continu de l'urèthre antérieur et le lavage de la vessie sans sonde, qui ont été décrits ici en 1888, peuvent rendre de grands services. Se basant sur les remarquables travaux de M. le professeur Bouchard, l'auteur explique comment ces procédés permettent d'éviter la fièvre urineuse chez les rétrécis, en assurant chez ces malades une asepsie directe jusque-là irréalisable de l'urèthre et de la vessie. Aussi le champ de la dilatation s'est-il notablement étendu. La *divulsion progressive* est devenue également, suivant l'auteur, un procédé aussi inoffensif qu'efficace.

La démonstration de la nature inflammatoire de l'affection décrite sous le nom de cystite blennorrhagique, le diagnostic précis de l'uréthrite postérieure, le diagnostic du spasme uréthral, l'anesthésie directe des voies urinaires inférieures à l'aide du chlorhydrate et du nitrate de cocaïne, ont été également l'objet, de la part de l'auteur, de recherches importantes.

A signaler un chapitre intéressant sur les ruptures de l'urèthre chez les enfants.

Le docteur Lavaux montre comment, grâce au lavage de la vessie sans sonde et à l'anesthésie directe de la muqueuse vésicale enflammée, on peut notablement simplifier le traitement de la cystite chez l'homme et chez la femme.

A noter également des remarques fort justes de l'auteur au sujet du traitement de l'hypertrophie de la prostate, du traitement palliatif des calculs vésicaux et des néoplasmes de la vessie, et du traitement de la lithiase urinaire.

L'urétéro-pyélo-néphrite et les questions de séméiologie sont traités avec beaucoup de soin.

Mémoires d'ophthalmométrie (1), annotés et précédés d'une introduction, par E. Javal, membre de l'Académie de médecine.

Sous ce titre, M. Javal vient de publier un volume qui, outre les travaux personnels de l'auteur, contient la reproduction des recherches faites un peu partout, depuis deux ans, au moyen des instruments dont il a doté l'ophthalmologie. C'est principalement pour la mesure de l'astigmatisme que ces instruments sont employés par tous les oculistes sérieux.

Or, on sait maintenant que l'astigmatisme est la cause de la plupart des maladies des yeux. Il faut donc savoir gré à M. Javal d'avoir mis à la portée de ses confrères les procédés de mesure si délicats dont il a doté la pratique oculistique.

L'art de soigner les enfants malades (2), par le docteur E. Périer.

Indiquer le rôle des mères et de leurs auxiliaires dans les maladies des enfants; montrer comment le petit malade doit être installé dans son lit, comment sa chambre doit être disposée, ventilée, chauffée, éclairée et désinfectée après une maladie contagieuse; diriger les mères dans le choix de quelques médicaments; fixer le régime et montrer les applications de l'hygiène, tel est le programme que l'auteur de ce livre a tenté de remplir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours du Bureau central, pour la nomination à deux places de chirurgien, est provisoirement composé de MM. Anger (B.), Le Fort, Nélaton, Péan, Quénu, Segond et Huchard.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Campenon, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de pathologie chirurgicale.

M. Bar, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'accouchements.

M. Maygrier, agrégé, est chargé d'un cours de clinique d'accouchements pour les élèves sages-femmes.

— *École de médecine de Reims.* — M. Langlet est maintenu dans

(1) In-8°. Prix : 26 francs. — Paris, G. Steinheil.

(1) Gr. in-8° avec 135 fig. dans le texte. Prix : 20 francs. — Paris, G. Masson.

(2) In-12. Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

les fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— Un sanatorium, spécialement destiné au traitement des enfants lymphatiques et débiles, sera ouvert, du 1er mai au 1er novembre, à Ver-sur-Mer (Calvados). — Pour tous renseignements, s'adresser à MM. les docteurs Biron et Testelin, à Argenteuil (Seine-et-Oise).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bachelier, médecin militaire, et de M. Charles Champagne, interne de l'hôpital Saint-Denis.

— Un jeune médecin, à peine muni de ses grades, fut appelé pour soigner une vieille dame qui avait un ver solitaire. L'ayant débarrassé de son parasite, il lui envoya une note se montant à 10 schellings 6 pence. La vieille dame se récria et demanda le détail que le médecin lui donna en ces termes : « Vous avoir délivrée d'un ver solitaire long de 10 pieds et demi, à 1 schelling le pied, 10 schellings 6 pence. » (*Med. Record.*)

— *Moyen de découvrir les falsificateurs.* — Dans une petite ville, un acheteur s'aperçut que le sucre qu'on lui avait vendu était falsifié par de la farine. Il fit insérer dans les gazettes que si l'épicier chez lequel il avait acheté la marchandise ne lui procurait pas aussitôt du sucre de bonne qualité, il le dénoncerait dans les journaux. Le lendemain il reçut douze différents envois... Il y avait douze épiciers dans cette ville! (D'après *The Chem. and Dr.*)

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu le samedi 14 mars à huit heures et demie très précises du soir, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente et, 14, rue des Poitevins : « Le reboisement des montagnes et l'extinction des torrents », par M. Demontzey, correspondant de l'Institut, inspecteur général des forêts. — Les projections seront faites par M. A. Molteni.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 32. — SAMEDI 14 MARS 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 14 MARS 1891. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. De la mort par la diphthérie, par Paul HUGUENIN, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris. — Note sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées de gaïacol. — Thèses. — Nouvelles.

REVUE GÉNÉRALE

De la mort par la diphthérie.

Par Paul HUGUENIN,
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Nous nous proposons de passer en revue dans cette étude les différents modes de terminaison fatale que l'on observe dans la diphthérie. Certes, le sujet paraîtra un peu épuisé, car les travaux abondent depuis quelques années. Mais il nous a semblé qu'un aperçu général des plus récentes recherches, en ce qui concerne le mécanisme même de la mort par diphthérie, permettrait de juger plus sûrement les différentes théories qui sont encore en honneur à notre époque.

La diphthérie, en tant que maladie infectieuse générale, tue par intoxication, elle tue aussi surtout par ses complications du côté de l'appareil respiratoire. Elle tue par le cœur ; enfin elle tue par paralysie du système nerveux.

Intoxication générale, broncho-pneumonie, myocardite et paralysie, voilà les différentes causes de la mort dans la diphthérie. Nous éliminons d'emblée la mort par obstacle laryngé. Une fausse membrane qui obstrue la glotte est, en réalité, un corps étranger. La diphthérie amène souvent la mort, par ce mécanisme, chez l'enfant ; néanmoins, il n'y a là rien de spécial à la diphthérie, car c'est précisément dans ce cas que la trachéotomie fait merveille, en rétablissant le cours normal de l'air dans les voies respiratoires. La diphthérie a produit le corps étranger, et c'est le corps étranger (pseudo-membrane) qui amène la mort, si l'on n'intervient pas chirurgicalement.

Plus intéressantes et plus difficiles à saisir sont les quatre causes que nous avons nommées tout à l'heure.

I

Analysons d'abord la mort par intoxication. MM. Roux et Yersin ont réalisé expérimentalement cet empoisonnement rapide par les produits de la culture des bacilles de Löffler sur des cobayes, des lapins, des pigeons (1). Après avoir filtré sur la porcelaine des cultures pures de bacilles de Löffler, laissées six ou sept jours à l'étuve, ces expérimentateurs en injectent 35 centimètres cubes dans le péritoine ou dans les veines d'un cobaye ou d'un lapin et obtiennent assez rapidement des phénomènes d'empoisonnement : paralysies, albuminurie, diarrhée, pleurésies, qui se terminent par la mort vers le cinquième jour.

(1) ROUX et YERSIN. *Annales de l'Institut Pasteur*, déc. 1888, p. 629.

En se servant de cultures plus anciennes filtrées de la même manière, on obtient une solution de poison encore plus concentrée. Avec 4 centimètres cubes, on tue un lapin en soixante heures, avec 1 ou 2 centimètres cubes, on tue un cobaye ou un lapin en quatre-vingts heures. Une souris succombe avec 17 centimètres cubes de la même solution concentrée. Ces expériences, répétées plusieurs fois avec le même succès, sont absolument concluantes. Les cultures de bacilles de Löffler produisent donc incontestablement un poison ou une série de poisons liquides, solubles, qui, en se répandant dans un organisme vivant, amène la mort au bout d'un temps relativement court, exactement comme le ferait une solution concentrée d'un alcaloïde végétal, l'atropine ou l'aconitine, par exemple. Chez l'homme adulte, il faut une dose de poison relativement considérable pour amener la mort ; aussi la mort par ce processus est-elle assez rare, moins rare cependant que ne l'affirme Friedlander (1), d'après sa statistique. Est-il besoin de retracer l'histoire de ces diphthéries toxiques qui emportent un malade en cinq ou six jours ?

« Une jeune fille de quinze ans, très robuste, Léonie A..., est prise subitement, en pleine santé apparente, d'un violent mal de gorge accompagné de frissons répétés, le 30 juin 1888.

Le 2 juillet, le cou gonfle très notablement, la face devient pâle et violacée. Le 4 juillet, la malade arrive à l'hôpital, salle Moïana isolement, n° 1, service de M. le professeur Hayem, dans un état d'abattement et de faiblesse excessifs. La face est livide, blafarde, plombée, le cou fortement gonflé, d'aspect proconsulaire, les ganglions sous-maxillaires sont très tuméfiés, douloureux à la pression, immobilisés dans le tissu cellulaire œdématié (2).

Les lèvres sont violacées, les ailes du nez cyanosées, les yeux injectés et brillants.

Le voile du palais, la luette, les piliers, les fosses nasales même, sont tapissés de membranes grisâtres, épaisses,

(1) FRIEDLANDER. *Berlin. Klin. Wochens.*, 27 février 1882.
(2) CADET DE GASSICOURT. *Leçons cliniques des maladies des enfants.*

irrégulières qui donnent à l'haleine une odeur extrêmement fétide. Il n'y a pas trace de paralysie. Le larynx est indemne.

L'examen des autres organes présente les points suivants : rate augmentée de volume, poumons un peu congestionnés aux bases.

Urines très riches en albumine, indican et urobiline.

Sang noir, poisseux ; augmentation du nombre des leucocytes.

Température : 40°1. — Pulsations : 140.

Le traitement appliqué énergiquement reste absolument impuissant.

Le pouls devient de plus en plus petit.

Les extrémités se refroidissent, la face est presque noire.

Le 5 juillet, la malade succombe. A l'autopsie, on trouve les restes de la congestion hypostatique pulmonaire, un peu de pleurésie interlobaire gauche, une hypertrophie moyenne de la rate, dont la pulpe est ramollie, des reins un peu congestionnés, le cœur rempli de sang noir mi-liquide, mi-coagulé. »

Voilà bien une histoire d'empoisonnement du sang telle qu'on en pourrait rapporter à la suite d'un empoisonnement par un alcaloïde végétal. Il n'est pas besoin de longs commentaires pour en bien saisir l'analogie. Ces faits sont heureusement rares dans les périodes inter-épidémiques, ce sont des cas foudroyants qu'on pourrait, avec justesse, comparer aux terribles accès de choléra asiatique. Sur quelle partie de l'organisme agit le poison diphthérique ? Est-ce sur les centres nerveux ? Est-ce sur le système sympathique ? Est-ce sur l'organisme tout entier par l'intermédiaire du milieu liquide qui le baigne de toutes parts, c'est-à-dire du sang ? La solution de ces différentes questions paraît encore difficile à donner ; ce que l'on sait de plus précis, c'est que ce poison, injecté directement dans les veines d'un lapin ou d'un cobaye, tue l'animal en quatre ou cinq jours, aussi rapidement que si l'injection est faite dans le péritoine.

II

Le second mode de mort par la diphthérie est, de beaucoup, le plus fréquent. M. Darier en a fait le sujet de sa thèse inaugurale (1). C'est la broncho-pneumonie. « Dans l'immense majorité des autopsies de diphthérie qui portent, comme on le conçoit aisément, sur des formes graves ou toxiques, on rencontre, outre la bronchite, un plus ou moins grand nombre de nodules de broncho-pneumonie et cela, même quand la complication pulmonaire n'a paru entrer pour rien dans la terminaison fatale. »

Friedlander, sur 94 autopsies, a trouvé 80 fois des lésions de l'appareil respiratoire suffisantes pour expliquer la mort.

M. Darier, sur 181 malades diphthéritiques observés dans une année, a trouvé 61 broncho-pneumonies à l'autopsie, c'est-à-dire le tiers.

M. Sanné fait remarquer (2) que la plupart des broncho-pneumonies diphthériques coïncident avec la laryngite pseudo-membraneuse, mais qu'on en observe dans l'angine diphthérique seule et même dans le coryza diphthérique seul : 1 sur 120.

M. Talamon a trouvé, sur 108 autopsies de diphthérie pratiquées par lui à l'hôpital Trousseau, 69 broncho-pneumonies bien caractérisées.

(1) Darier. *Broncho-pneumonie dans la diphthérie*, Paris 1885.
(2) Sanné. *Traité de la diphthérie*, Paris 1877.

En résumé, la broncho-pneumonie entre pour près de la moitié dans les causes de la mort par la diphthérie. Mais remarquons qu'elle seule tue les trois quarts des malades atteints de laryngite pseudo-membraneuse. Elle frappe surtout les sujets très jeunes, enfants de un à quatre ans, et les adultes, au-dessus de vingt ans. La coïncidence de la diphthérie avec d'autres affections des voies respiratoires est une cause éminemment favorable au développement d'une broncho-pneumonie mortelle. Nous savons qu'elle est presque de règle dans la diphthérie avec coqueluche et surtout avec rougeole. Toutefois, on ne saurait confondre la broncho-pneumonie diphthérique, avec cette hybridité microbienne que représente la broncho-pneumonie morbilleuse et diphthérique. Dans cette seconde espèce de broncho-pneumonie, peut-on dire que ce soit le bacille de Löffler ou le microbe de la rougeole qui a amené la mort par extension aux alvéoles pulmonaires ? Chacune des deux maladies, diphthérie et rougeole, frappe avec la même prédilection l'appareil respiratoire et l'on sait combien il est difficile d'analyser cliniquement et anatomo-pathologiquement la part de symptômes qui revient à l'une ou à l'autre dans les laryngites et les broncho-pneumonies. Nombre de laryngites sont qualifiées à tort laryngites diphthériques, lorsqu'elles se montrent au cours ou au déclin d'une rougeole. Combien, à plus forte raison, pourra-t-on faire d'erreurs si l'on essaie actuellement de différencier la broncho-pneumonie du bacille de Löffler de la broncho-pneumonie morbilleuse ? Aussi écartons-nous, pour le moment, ce sujet plein d'inconnu et nous contentons-nous de dire que la mort, dans la diphthérie accompagnée de rougeole, est presque toujours amenée par une broncho-pneumonie bâtarde, résultant d'une association microbienne complexe.

A écarter aussi de notre étude, tous les cas de broncho-pneumonie déterminés par la trachéotomie. Bon nombre de malades atteints de croup et opérés meurent de broncho-pneumonie. Or, nous savons que la diphthérie laryngée amène fréquemment la broncho-pneumonie. Nous savons, d'autre part, que la trachéotomie, en dehors de la diphthérie, peut enlever les opérés par broncho-pneumonie. Appelons cette broncho-pneumonie *a frigore*, comme Trousseau, ou streptococcique et staphylococcique, comme les auteurs modernes, peu importe ; elle est nettement distincte de la broncho-pneumonie diphthérique ; et cependant les statistiques tiennent rarement compte de ces différences. Tel opéré est mort de broncho-pneumonie diphthérique, tel autre est mort de broncho-pneumonie opératoire. Cette dernière est certainement moins fréquente depuis qu'on applique minutieusement les préceptes de Trousseau (cravate de gaze humide, ablation précoce de la canule). Mais elle entre encore bien des fois en ligne de compte dans la mortalité.

La broncho-pneumonie diphthérique tue par atélectasie (1) et obturation des conduits alvéolaires ; autrement dit, elle tue par asphyxie. Apparaissant vers le quatrième et le cinquième jour de la maladie, souvent avant l'opération de la trachéotomie, la broncho-pneumonie diphthérique revêt l'aspect symptomatique de toutes les broncho-pneumonies secondaires. Est-il besoin de retracer le tableau de cette mort par complication pulmonaire ? Le malade offre

(1) Talamon. *Bulletins de la Société anatomique*, 1879.

un teint plombé, terreux; les yeux sont hagards, le facies anxieux et agité, ou, au contraire, abattu, somnolent. Le tirage est médiocre, et, en tout cas, hors de proportion avec la dyspnée. Les accès de suffocation font défaut. La dyspnée est continue et se caractérise par une très grande fréquence des mouvements respiratoires (1) qui s'accompagnent de battements des ailes du nez. Enfin la peau du malade est brûlante, la fièvre est généralement vive. Si l'on interroge les signes physiques, on note souvent peu de chose. Les mouvements respiratoires sont irréguliers, l'expiration est « poussée ». Certaines zones de la poitrine, principalement en arrière, sont mates à la percussion; l'oreille ne perçoit quelquefois qu'un affaiblissement très notable des bruits respiratoires, plus souvent des râles humides dont l'abondance est variable, ou bien un souffle doux, lointain, mal localisé. C'est généralement une forme à noyaux disséminés.

La respiration devient de plus en plus fréquente, irrégulière, saccadée, le facies prend une coloration blanc violacé, les yeux sont brillants, entourés d'un cercle bleuâtre, avec une expression de phthisique à la dernière période. L'asphyxie arrive rapidement; les extrémités se cyanosent, se refroidissent et se couvrent d'une sueur visqueuse. Les lèvres deviennent noirâtres, sèches, fuligineuses, la respiration stertoreuse, et la mort arrive, enfin, après cette agonie terrible. Que trouve-t-on à l'autopsie? Nous ne répéterons pas ici les descriptions anatomo-pathologiques de la broncho-pneumonie.

Nous nous bornerons à résumer les caractères un peu spéciaux de la broncho-pneumonie diphthérique. C'est M. Talamon et M. Darier qui nous fournissent les détails les plus précis. La broncho-pneumonie est presque toujours double; l'atélectasie est extrêmement prononcée, les noyaux hépatisés ont souvent une coloration noirâtre, hémorrhagique, enfin, on constate très fréquemment la présence de vacuoles purulentes, d'abcès lobulaires accompagnées d'exsudats pleuraux. Les bronches et les alvéoles sont presque toujours remplis d'exsudats fibrineux plus ou moins liquides, plus ou moins concrétés, renfermant fort peu de leucocytes. Les foyers apoplectiques parenchymateux sur la fréquence desquels insistent MM. Millard (2), Peter (3), Bouchut, Labadie-Lagrave, Sanné (4), Balzer (5), sont particulièrement abondants à la partie postérieure et inférieure des poumons, où les noyaux recouverts par la plèvre ont l'aspect d'une masse noire et indurée.

Tels sont les caractères histologiques distinctifs de la broncho-pneumonie diphthérique. Quel paraît être le mécanisme de la mort par ces différentes lésions? M. Darier propose le suivant : les micro-organismes, c'est-à-dire les bacilles de Löffler, transportés au sein des alvéoles pulmonaires, soit de proche en proche par les fausses membranes, soit entraînés par les efforts du tirage, y font naître une inflammation. Les microcoques trouvent dans les produits de cette inflammation un terrain favorable, s'y multiplient et provoquent, par leur présence, la suppuration du lobule. Les bronchioles, les conduits alvéolaires, les alvéoles eux-mêmes se remplissent d'exsudats fibrineux, d'épanchements sanguins, les vaisseaux s'obturent par des thrombus septiques et les lésions de la pneumonie lobulaire sont constituées. L'air ne pénètre plus dans un grand nombre de territoires pulmonaires, l'hématose ne se fait plus qu'à demi et le sang, déjà surchargé de toxines diphthériques, n'apporte aux tissus que le poison et la mort.

(1) Rilliet et Barthez. *Maladies des enfants.*
(2) Millard. Thèse de Paris, 1858.
(3) Peter. *Gazette hebdomadaire*, 1863.
(4) Sanné. Loc. cit.
(5) Balzer. *Bulletins de la Société anatomique*, janvier 1878.

III

Le troisième moyen qu'emploie la diphthérie pour amener la terminaison fatale est la dégénérescence du muscle cardiaque et l'endocardite valvulaire. Cette dernière a fait l'objet de l'étude de M. Labadie-Lagrave, dans sa thèse de doctorat de 1873; la myocardite diphthérique a été signalée par Mosler dans sa thèse de Leipzig 1872. Robinson Beverley a réuni, de son côté, dans une thèse de Paris 1872, les différentes complications cardiaques de la diphthérie. Leyden (de Berlin) a repris ces recherches sur la dégénérescence du myocarde dans la diphthérie, en 1882. Nous avons eu nous-même l'occasion de revoir et de compléter cette question et nous en avons fait le sujet de notre thèse (1). D'après les recherches que nous avons faites, il y aurait près de 20 p. 100 de myocardites diphthériques sur le nombre total des diphthéries graves. Ce n'est pas à la période aiguë que surviennent les troubles cardiaques (2). C'est au moment où la convalescence semble s'établir, quand les fausses membranes ont presque disparu, que les phénomènes de myocardite se produisent. Chez l'enfant, les choses vont plus vite. En quatre ou cinq jours, le cœur peut être pris et le collapsus arrive rapidement.

Les phénomènes d'excitation se traduisent par des signes fonctionnels peu retentissants. Les malades ne s'aperçoivent guère des palpitations qui coïncident avec la période fébrile et, par conséquent, n'attirent pas eux-mêmes l'attention du médecin sur l'appareil circulatoire. Chez l'adulte, il est fréquent d'observer à cette période un peu d'agitation, de la jactitation, quelquefois même un peu de dyspnée. Le pouls est fréquent, peu résistant, tendu. On compte environ 90 à 100 ou 110 pulsations par minute. Elles sont presque égales en durée, en force, ainsi qu'en témoigne le sphygmographe. Au cœur, la palpation permet le plus souvent de reconnaître une augmentation d'énergie des contractions ventriculaires. Le cœur est dans un état d'éréthisme passager, particulièrement net chez l'adulte. Le plus souvent, la percussion et l'auscultation ne fournissent aucun renseignement. Quelquefois, on perçoit un léger souffle systolique d'insuffisance fonctionnelle.

Quant à la fièvre, elle subit à peine une légère recrudescence. Les urines sont habituellement très albumineuses; la myocardite n'existant que dans des cas d'infection profonde, les reins sont toujours fortement intéressés en même temps que le cœur.

Bientôt le pouls devient mollasse, faible, dépressible, et se ralentit sensiblement. A l'auscultation, les battements deviennent sourds, lointains; le timbre est altéré, le rythme aussi est modifié : au premier bruit sourd succède un second bruit dédoublé ou plus exactement redoublé au niveau de la base ou de la partie moyenne. Le premier bruit manque quelquefois et le cœur fait un faux pas. Les contractions deviennent désordonnées et la synergie n'existe plus à toutes les révolutions du cœur. A tous ces

(1) Huguenin. Thèse de Paris, 1890.
(2) Dubrisay. *Union médicale*, 1877, nº 92.

symptômes, il faut en joindre un assez important, signalé par les cliniciens et qui nous paraît un peu plus tardif que les précédents : la douleur précordiale.

La douleur précordiale siège généralement derrière le sternum, à peu près sur la ligne médiane. Elle nous a paru revêtir la forme de l'angor pectoris dans une de nos observations. La malade la comparait à une barre, à une griffe de fer qui la déchirait et qui l'étouffait. Dans certains cas, les douleurs ont une analogie frappante avec celles de l'angine de poitrine.

La température reste généralement normale ou même un peu au-dessous de 37 degrés. Le facies est généralement pâle, blafard, quelquefois même plombé, livide; le voile du palais se paralyse, les aliments liquides sont rejetés par le nez. Enfin, survient le collapsus. Le pouls est irrégulier, inégal, dicrote, peu résistant, dépressible, par moment même intermittent. Le cœur se dilate; sa pointe s'abaisse légèrement, la matité augmente d'étendue, les bruits sont irréguliers, sourds, quelquefois même, comme dans les cas de myocardite varioleuse, étudiés par MM. Desnos et Huchard (1), on perçoit un souffle systolique, doux, profond, diffus, transitoire et migrateur. Le nombre des battements diminue de plus en plus; il peut descendre à trente ou trente-cinq par minute. Des faux pas se produisent de temps en temps : on dirait, suivant l'expression de Traube et de M. Potain, que le cœur a été digitalisé. Le muscle cardiaque flasque, dégénéré, paralysé, ne suffit plus à assurer la circulation; le sang stagne dans ses cavités, les distend, les dilate, s'y coagule et forme des thromboses; l'ondée sanguine est lancée en plusieurs fois, par à-coup, comme le serait une ondée liquide projetée par un réservoir contractile, à parois d'inégale résistance. En même temps, le malade tombe dans une prostration complète, ses extrémités se refroidissent, se couvrent d'une sueur visqueuse, les syncopes se succèdent, quelquefois très rapprochées comme dans un cas que nous citons dans notre thèse, quinze fois en trois heures, et le malade succombe. Chez l'enfant, la marche n'est pas aussi lentement progressive et le collapsus survient souvent brusquement dans la convalescence d'une angine grave accompagnée d'un peu de paralysie du voile (2). Dans quelques cas de mort subite pendant la trachéotomie, nous n'avons pas trouvé d'autre cause de mort brusque que l'existence d'une myocardite diphthérique latente. C'est cette forme latente assez analogue à la myocardite latente typhoïdique que l'on trouve le plus fréquemment chez les enfants.

Les lésions anatomiques que l'on constate à l'autopsie sont d'ordre purement histologique, car il s'en faut de beaucoup que l'on ait toujours sous les yeux des cœurs dégénérés aussi caractéristiques que ceux décrits par Louis dans la myocardite typhoïdique. On note, cependant, à l'œil nu la présence d'ecchymoses sous-péricardiques plus ou moins considérables, particulièrement nettes à la face antérieure et à la pointe. MM. Landouzy et Siredey font remarquer (3) que ces lésions sont tout à fait superficielles et ne s'accompagnent pas de lésions du péricarde au-dessus d'elles. A signaler encore, la dilatation fréquente du cœur et l'existence de thrombus cardiaques volumineux (4). Au point de vue histologique, les lésions sont, au contraire, fort nombreuses et absolument généralisées. Fibres musculaires, tissu conjonctif, vaisseaux, tous les éléments constituant le myocarde sont atteints par le processus dégénératif.

Nous résumerons rapidement les principales lésions que décrivent Mosler, Leyden, M. Hayem. Les fibres musculaires sont d'une fragilité extrême; elles sont tuméfiées, fusiformes, se compriment mutuellement, se déforment, et paraissent en plusieurs points fortement granuleuses. Leurs noyaux sont volumineux, gonflés, très faciles à colorer par les réactifs histologiques. Généralement le noyau est muni d'un ou plusieurs nucléoles extrêmement réfringents. Les fibres dégénérées présentent soit l'aspect granuleux ou granulo-graisseux, soit l'aspect vitreux, ciroïde de Zenker. Les granulations sont irrégulièrement disséminées ou disposées en séries longitudinales comme des séries de perles suivant la comparaison de Virchow. Les masses vitreuses ont une forme variable, tantôt presque sphériques, tantôt allongées longitudinalement. Quelquefois au nombre de deux ou trois dans un même faisceau, elles sont le plus souvent uniques. Elles refoulent en haut et en bas la substance striée, distendent la fibre dans le sens de la largeur et rendent ses contours irréguliers. Parfois les deux modes de dégénérescence se rencontrent dans les mêmes fibres. Rien n'est plus curieux que l'aspect d'un muscle ainsi dégénéré. Au milieu d'un semis de points noirâtres, plus ou moins confluents, on voit des blocs transparents ovoïdes ou cylindroïdes, qui forment dans la continuité des fibres des intervalles assez semblables aux bulles d'air dans un tube rempli de liquide.

Le tissu conjonctif présente des lésions inflammatoires de prolifération et de sclérose. De nombreuses cellules embryonnaires ont envahi le périmysium interne; les noyaux sont tuméfiés et président à la régénération de nouvelles cellules. Au milieu des corpuscules du tissu conjonctif, on aperçoit des bandes granuleuses ou de simples amas de granulations graisseuses qui représentent les derniers vestiges de fibres musculaires atrophiées. Dans d'autres points, ce sont des conglomérats de globules rouges plus ou moins altérés qui proviennent de ruptures vasculaires intramusculaires. En somme, la myocardite est à la fois interstitielle et parenchymateuse, selon l'ancienne terminologie.

Les vaisseaux et principalement les petites artères, sont presque tous le siège d'une endartérite oblitérante très considérable. M. Hippolyte Martin a longuement insisté sur ce fait important dans ses Mémoires de la *Revue de médecine* de 1883. L'altération des parois artérielles consiste principalement en accumulation d'éléments embryonnaires autour des capillaires; mais le fait principal est l'épaississement énorme de la tunique interne des artérioles.

La couche interne est soulevée, bourgeonnante. Les cellules endothéliales en voie de desquamation, sont accumulées sur quelques points de la surface interne; des cellules embryonnaires, de nouvelle formation, arrivent jusqu'au contact des cellules endothéliales et contribuent à donner à la tunique interne son aspect végétant. La tunique moyenne est relativement peu atteinte; mais il est aisé de voir que la tunique externe participe à l'inflammation; il y a de la périartérite en même temps que de l'endartérite. Les vasa vasorum situés dans cette tunique externe sont souvent le siège d'endo-vascularite oblitérante. Dans l'in-

(1) Desnos et Huchard. *Union médicale*, 1870, n° 71.
(2) Groen. *Revue des maladies de l'enfance*, 1887.
(3) Landouzy et Siredey. *Revue de médecine*, 1887.
(4) Robinson Beverley. Loc. cit.

térieur des artères plus ou moins oblitérées, se voient des amas de globules sanguins empilés et constituant des thrombus adhérents aux parois. Nous n'insisterons pas sur le mode de répartition de ces différentes lésions, nous dirons seulement qu'elles se localisent dans les parois du ventricule gauche, près de la pointe, dans les piliers de la valvule mitrale. La myocardite diphthérique ne diffère pas des autres myocardites pour l'ensemble des lésions, mais le processus paraît plus rapide et plus généralisé que dans les autres maladies infectieuses. Dans la diphthérie, le tissu musculaire et les vaisseaux paraissent plus atteints que le tissu conjonctif, ce qui doit être d'un pronostic bien défavorable, car le cœur se trouve paralysé avant que le tissu musculaire ait pu se réparer. En somme, nombre de cas considérés pendant la vie comme des paralysies d'origine nerveuse, bulbaires ou périphériques, sont seulement des cas de myocardite aiguë généralisée.

Leyden a examiné les nerfs du cœur un certain nombre de fois. Nous les avons nous-même étudiés dans deux cas, ainsi que les pneumogastriques et le bulbe. Jamais les minimes altérations que nous y avons rencontrées ne nous ont permis de soupçonner la possibilité de paralysie nerveuse par névrite ou dégénérescence des centres. Les tubes nerveux n'étaient altérés ni dans leur continuité, ni dans leur calibre; dans quelques-uns seulement nous avons trouvé des boules de myéline fragmentées. Les centres bulbaires étaient sains.

Doit-on pour cela rejeter entièrement l'existence de paralysies viscérales diphthériques? L'agent infectieux de la diphthérie agit sur les cellules nerveuses et le tissu conjonctif de la moelle comme le poison typhique dans un nombre limité de cas; mais, de même que le poison typhique, il agit aussi sur les muscles et particulièrement sur le muscle cardiaque; il y a des myélites diphthériques, comme il y a des myélites typhoïdiques; mais il y a aussi des endocardites, des péricardites, et surtout des myocardites diphthériques, comme il y a des endocardites et des myocardites typhoïdiques, rubéoliques, érysipélateuses, varioleuses et tuberculeuses.

La pathogénie de la myocardite diphthérique est encore fort obscure. Tout ce que l'on peut supposer, c'est que la ptomaïne diphthérique, qui est sécrétée par les bacilles de Klebs-Löffler, se répand dans le torrent circulatoire, arrive par les artérioles du cœur, baigne à la fois l'endartère et les fibres musculaires, provoque l'inflammation du muscle et des vaisseaux. Les vaisseaux s'oblitèrent, se thrombosent, le sang s'extravase dans les intervalles des faisceaux et y forme de petits foyers apoplectiques. Les fibres dégénèrent suivant le mode granuleux ou granulo-graisseux, ou suivant le mode vitreux; puis elles s'atrophient et à leur place il ne reste que des amas granuleux et les éléments multipliés du tissu conjonctif, qui ont tout envahi. Le processus dégénératif et atrophique ne laisse que fort peu de fibres intactes, et supprime, pour ainsi dire, élément par élément, tout ce qui contribue au fonctionnement du cœur. Bientôt il ne reste plus assez de muscle pour que la contraction se produise; les mouvements deviennent désordonnés, les ventricules ne peuvent plus se vider complètement ou se vident en deux fois, la circulation se ralentit. Le sang, considérablement épaissi par l'infection, stagne dans les vaisseaux périphériques, le cœur se dilate, des caillots s'y forment et l'effort devient impuissant contre les obstacles accumulés. Le cœur s'arrête, une syncope survient et la mort est causée par la paralysie du myocarde.

IV

Nous abordons maintenant la quatrième partie de notre sujet, la mort par paralysie nerveuse diphthérique. Comme nous l'avons déjà dit plus haut, il y a des myélites et des névrites diphthériques tout comme il y a des myélites typhoïdiques. Le nombre des paralysies diphthériques localisées est extrêmement considérable, mais les paralysies viscérales mortelles sont incontestablement beaucoup plus rares, c'est certainement le mode de mort le moins commun dans la diphthérie. D'après les statistiques les plus consciencieuses, on trouve environ 12 morts sur 100 paralysies diphthériques, c'est-à-dire le neuvième, ou 2 ou 3 p. 100 diphthéries, car on compte un quart de paralysies sur un nombre total d'angines diphthériques. Ce chiffre est certes bien minime auprès de celui des morts par broncho-pneumonie. Les paralysies diphthériques frappent le voile du palais, la langue, le larynx. Elles entravent ainsi la déglutition et peuvent amener la mort par cachexie et inanition. Elles intéressent les muscles intercostaux, pectoraux, trapèzes, sterno-mastoïdiens, les muscles de Reissessen dans les bronches et tuent par asphyxie lente. Elles peuvent enfin produire la mort subite par asphyxie brusque, en favorisant les fausses routes des aliments vers le larynx, en arrêtant instantanément le diaphragme.

Si donc les paralysies viscérales diphthériques ne sont pas très fréquentes, elles ont du moins mille procédés pour atteindre le résultat fatal.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes des paralysies diphthériques localisées au voile du palais ou au pharynx, qui s'annoncent par le rejet des boissons par le nez, le nasonnement dans la parole, l'anesthésie, l'abaissement très appréciable du voile, les fausses routes vers le larynx. Nous ne parlerons pas non plus des paralysies oculaires qui s'accompagnent de ptosis, de paralysie de l'accommodation, d'inégalité pupillaire, de diplopies variées, voire même de cécité. Les membres et surtout les membres inférieurs, les muscles de la nuque, de la face, les viscères abdominaux, rectum, vessie, peuvent être atteints par la paralysie diphthérique, mais ces paralysies sont généralement fugaces et par conséquent peu dangereuses. Les paralysies mortelles sont généralement rapides. Au cours d'une angine ou pendant la convalescence, le malade est pris de nasonnement intense, de rejet des aliments par le nez, il devient rapidement anhélant, dyspnéique, ses traits s'effilent, se creusent, les téguments se cyanosent, se couvrent d'une sueur visqueuse, la température s'abaisse un peu, le pouls devient petit, filiforme. Puis surviennent des accès de suffocation, des lipothymies, et la mort termine la crise d'apnée. On observe quelquefois un accident fréquent dans la chloroformisation, la chute de la langue en avant ou en arrière sur le larynx par paralysie des hypoglosses. Naturellement, cet accident amène promptement la mort.

Citons, dans certains cas de paralysies diphthériques mortelles, l'abolition totale ou partielle des réflexes quand les lésions sont surtout médullaires, et des accès d'aphasie, d'amnésie produits par des lésions cérébrales.

Quand on pratique l'autopsie des malades ayant succombé à une paralysie diphthérique, on trouve rarement des lésions macroscopiques bien nettes. Le sang est sou-

vent noirâtre, visqueux, intoxiqué; la rate ramollie, les poumons congestionnés, les plèvres légèrement enflammées, le foie, les reins congestionnés, les séreuses du système nerveux remplies de liquide. Les lésions histologiques étudiées par M. Charcot, par M. Lépine, par M. Déjerine, présentent un intérêt beaucoup plus considérable. MM. Charcot et Lépine ont trouvé surtout des lésions de dégénérescence nerveuse périphérique. M. Déjerine a décrit les altérations suivantes :

Dans la moelle, lésions de myélite subaiguë, la substance grise seule est atteinte au niveau des cornes antérieures. Les cellules nerveuses sont claires, les fibrilles nerveuses ont disparu, les prolongements anastomotiques sont augmentés, la vascularisation est extrêmement intense. Les tubes sont moniliformes, privés de myéline, dégénérés. Sous la dépendance de ces lésions médullaires se font des dégénérescences périphériques, des lésions de névrite descendante par destruction des centres nutritifs. Dans les cas de paralysies bulbaires on trouve les mêmes lésions au niveau des noyaux d'origine des nerfs mixtes; souvent on note aussi de petits foyers hémorrhagiques, qui siègent sur le trajet des fibres blanches pédonculaires.

Mendel, dans un mémoire important (1), attribue la mort subite dans la diphthérie, à des hémorrhagies des centres nerveux. Nous ne partageons pas son opinion un peu exclusive; mais il est indiscutable que certaines morts sont survenues par ce mécanisme dans la diphthérie. Les malades dont Mendel rapporte l'histoire ont succombé rapidement à la suite d'hémiplégie. Le cerveau de l'un d'eux présentait un foyer hémorrhagique gros comme une cerise au niveau du segment interne du noyau lenticulaire.

La différenciation anatomo-pathologique des paralysies bulbaires et de la myocardite diphthérique est relativement aisée, mais cliniquement elle est tellement scabreuse qu'elle reste parfois impossible. Les caractères différentiels que nous signalons dans notre thèse sont les suivants : la mollesse du pouls, l'insuffisance de la contraction cardiaque, l'assourdissement des bruits, les intermittences, l'arythmie, la dilatation du cœur, la précoce apparition des syncopes sans asphyxie notable et enfin l'intensité du collapsus sont des signes capitaux de myocardite. La dyspnée excessive, l'asphyxie, la polyurie, les paralysies multiples du voile, du larynx, des paupières, de l'accommodation, des membres même, sont plutôt en faveur d'une paralysie bulbaire.

Quoi qu'il en soit et pour conclure, nous dirons seulement que la mort lente dans la diphthérie paraît plutôt amenée par la broncho-pneumonie en première ligne ou par l'intoxication générale du sang et de tous les tissus en seconde ligne. D'autre part, la mort subite est produite tantôt par la myocardite infectieuse, tantôt par la paralysie bulbaire.

SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE GAÏACOL

Par M. le docteur DIAMANTBERGER.

Dans un travail publié dans la *Gazette des hôpitaux* (2), nous avons enregistré des résultats très satisfaisants obtenus dans le traitement de la tuberculose pulmonaire à l'aide des injections de gaïacol.

Nous sommes heureux de constater que ce traitement a trouvé des nombreux adeptes, depuis la publication de notre travail, car un certain nombre de lettres nous est parvenu de la part des confrères, nous demandant des détails supplémentaires.

Après avoir fait usage d'une solution très faible de gaïacol dans l'huile de vaseline, et puis du gaïacol pur, nous nous sommes arrêté à une nouvelle formule, qui remplit toutes les conditions voulues et nous donne des résultats vraiment surprenants.

Nous injectons tous les jours, dans la région dorsale, lombaire ou fessière, une seringue de Pravaz remplie de la solution suivante :

Gaïacol pur.	50	grammes.
Huile d'amandes douces stérilisée à l'étuve.	50	—
Chlorhydrate de cocaïne.	1	—

M. s. a. in vitro nigro.

Chaque seringue contient à peu près 50 centigrammes de gaïacol et 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne. Cette dernière substance est nécessaire pour annihiler la douleur provoquée par la piqûre.

Pour éviter les réactions trop fortes, que nous avons remarquées chez la plupart des malades, au début du traitement, nous commençons par une demi-seringue tous les deux jours, pendant une ou deux semaines; puis une demi-seringue tous les jours, puis une seringue entière tous les deux jours, et enfin une seringue tous les jours. Au bout d'un certain temps, les malades supportent même deux seringues par jour.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891

11. M. BULA-LAFONT. De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine. — 12. M. PÉRISSON. Contribution à l'étude des paralysies et des amyotrophies dans la chorée de Sydenham. — 13. M. BRODU. Des troubles vésicaux et des altérations de l'urine symptomatique des affections rénales. — 14. M. MARTY. Du traitement des arthrites tuberculeuses par l'iodoforme. — 15. M. BACHELIER. Contribution à l'étude de la lithotritie à séances prolongées. — 16. M. LÉPINAY. L'Institut anatomique de la Faculté de médecine de Bordeaux. — 17. M. BARRET DE NAZARIS. Traitement des prolapsus génitaux par la colpopérinéorrhaphie et la colposyntomie combinées immédiatement après l'opération d'Alquié-Alexander. — 18. M. ROZIER. De la tuberculose testiculaire diffuse. — 19. M. BOURRUS. Étude sur les formes anormales de l'utérus gravide, leur influence sur la grossesse, l'accouchement et la délivrance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats pour le concours de chirurgien du Bureau central (deux places), au nombre de dix-huit, sont, par ordre alphabétique, MM. Albarran, Beurnier, Castex, Clado, Delbet, Demoulin, Guinard, Hartmann, Lejars, Lyot, Ménard, Potherat, Récamier, Rieffel, Rochard, Sébileau, Thiéry et Villemin.

— Par décision ministérielle, en date du 11 mars 1891, M. le médecin-major de deuxième classe Ferrand a été désigné pour occuper l'emploi de son grade à la direction du service de santé

---

(1) MENDEL. *Berlin. Klin. Wochens.*, 23 mars 1885.

(2) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1890, pp. 1230, 1317 et 1339.

du 5e corps d'armée et aux salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans.

— *Prix Corvisart.* — La question proposée pour le concours de 1891 est ainsi formulée : « Du diagnostic de la pleurésie et de la pneumonie aiguë. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barbrau (de Rochefort), Béliard (d'Ancenis), Castera (de Parteti), Flavard oncle (de Marseille), Lafayé (de Condé-en-Brie), Sainton (de Chinon) et Savourin (d'Angles-sur-Langlin).

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Hautefeuille commencera le cours de minéralogie le lundi 16 mars, à deux heures trois quarts, et le continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure. — Il traitera d'abord de la cristallographie et étudiera ensuite les principales espèces minérales.

M. J. Chatin, professeur adjoint, chargé du cours d'histologie, commencera ce cours le mardi 17 mars, à dix heures, et le continuera les mardis suivants à la même heure. — Il étudiera d'abord la cellule animale, puis traitera des principaux tissus considérés au point de vue de l'histologie zoologique.

M. le professeur Lippmann commencera le cours de physique le mardi 17 mars, à deux heures, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera de l'électricité.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 33. — MARDI 17 MARS 1891. 64e ANNÉE. MARDI 17 MARS 1891. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIERS-PARIS. — HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE. Fracture partielle longitudinale de la tête radiale. — THÈSES DE PARIS. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 16 mars 1891.

La Faculté de médecine a constitué une Commission composée de MM. Brouardel, Pinard et Grancher, pour étudier la réforme de l'Enseignement clinique, dont l'insuffisance actuelle est surabondamment démontrée. D'autre part, dans sa dernière séance, la Société médicale des hôpitaux a voté l'organisation de l'Enseignement pratique dans les hôpitaux, *sous le contrôle et la direction de la Faculté*.

La question peut paraître simple à ceux qui suivent de loin ces tendances réformatrices qui semblent enfin se faire jour à la Faculté. En réalité, elle est grosse d'orages, et féconde peut-être en graves surprises.

Nos lecteurs ont encore souvenir de ce que nous écrivions au sujet de l'Enseignement clinique à Paris. La Faculté, aujourd'hui, a compris que les réformes ne pouvaient plus être ajournées, et d'elle-même elle les sollicite.

Un de ses membres les plus autorisés et les plus justement estimés, M. le professeur Potain, vient de soumettre à la Société médicale des hôpitaux un projet de réforme. Ce projet, nous tenons à le donner dans ses grandes lignes, car il constitue le premier document écrit émané d'un des membres de la Faculté. Aussi, laissons-nous aujourd'hui la parole à M. le professeur Potain.

Lorsque la Convention installant l'École de santé, y créa la première chaire de clinique, l'École comptait trois cents élèves. Depuis lors, ce chiffre s'est progressivement accru au delà de quatre mille. Sans doute, on a augmenté le nombre des chaires de clinique, mais non pas à beaucoup près dans des proportions équivalentes : en sorte que les élèves admis à compléter leur éducation médicale par l'étude des malades, c'est-à-dire à faire leur stage, ont dû être répartis dans les différents services des hôpitaux. La plupart des chefs de ces services ont participé et participent encore, avec le zèle le plus louable, à l'éducation clinique des élèves qui leur sont confiés. Mais on se plaint avec raison que cette partie si importante de l'enseignement soit livrée aux hasards d'une répartition à peu près arbitraire, que rien n'y soit coordonné ; et que, au point de vue de l'organisation, *les choses demeurent peu différentes de ce qu'elles étaient il y a quatre-vingt-seize ans*.

Pour ma part, ayant, depuis de bien longues années, fait presque incessamment de l'enseignement clinique, d'abord particulier, puis bénévole, puis officiel, soit comme interne, soit comme chef de clinique, comme médecin d'hôpit[illegible] ag[illegible] ou comme professeur, j'ai eu mille occasions de songer aux questions multiples qui s'y rapportent, et de les envisager aux points de vue divers qui résultent pour chacun de la situation qu'il occupe ou des intérêts qu'il représente. J'ai donc cru devoir apporter à mes collègues le résultat de ces méditations successives, faites en des temps si divers : et c'est ce résultat que je veux consigner ici.

L'enseignement pratique, à quelque partie des sciences médicales qu'il affère, exige la répartition des élèves par groupes assez petits pour que chacun puisse non seulement voir et entendre, mais encore, à son tour, prendre part à l'action. De plus, chacun des groupes doit être dirigé par un homme capable de lui faire tirer de son travail tout le parti possible.

Ces règles, qui sont absolument générales, ont été plus ou moins heureusement appliquées dans presque toutes les parties de l'enseignement. Il en reste une, cependant, où elles n'ont pu l'être jusqu'ici que d'une façon très imparfaite ou pas du tout. Et c'est précisément la partie la plus importante de beaucoup, l'étude pratique de la médecine elle-même ; j'ai dit la clinique.

Si l'organisation de l'enseignement pratique de la pathologie est demeurée imparfaite, ce n'est point assurément que les éléments fassent défaut pour cet enseignement-là. Les nombreux malades réunis dans les hôpitaux de Paris sont pour lui une mine inépuisable de matériaux. Et, d'autre part, sans compter les membres de la Faculté qui, presque tous, y ont des services, l'ensemble des médecins des hôpitaux forme un personnel enseignant d'une valeur incomparable. Nulle part au monde on ne peut trouver un pareil ensemble. *Malheureusement toutes ces richesses sont en partie perdues ou, du moins, ne sont pas utilisées à beaucoup près comme elles pourraient l'être ;* faute d'une règle, faute d'organisation, faute d'une entente commune, faute surtout d'une répartition logique des élèves astreints au stage hospitalier.

Ce n'est point la Faculté qui répartit les élèves stagiaires dans les services auxquels ils sont attachés. L'administration, qui se charge de cette répartition, n'a, et ne peut avoir pour la faire, aucune règle qui se rapporte à la dispensation de l'enseignement. D'ailleurs, les médecins chargés des services ne sont en aucune façon tenus de donner aux stagiaires une direction d'étude ou un enseignement quelconque. Quelques-uns, sans doute, mettent à instruire la jeunesse qui les entoure le zèle le plus louable uni aux plus remarquables talents. Mais, tandis qu'un hasard favorable ou une inspiration heureuse aura conduit certains stagiaires dans ces services privilégiés, d'autres, moins heureux, tombant dans ceux dont les chefs, absorbés par des soins différents ou par des études particulières, ne peuvent donner leur attention aux élèves que d'une façon tout à fait accessoire, seront privés d'un enseignement si précieux, sans raison, sans logique aucune.

La répartition des stagiaires faite ainsi à peu près au hasard a une autre conséquence plus fâcheuse encore : c'est de mettre côte à côte dans un même service des élèves qui se trouvent à

des degrés très inégaux d'instruction médicale. Or, les choses qu'il faut enseigner à un élève qui débute, et celles qui conviennent à celui déjà plus avancé dans son instruction médicale, sont tout à fait différentes; différents aussi les procédés d'enseignement applicables aux uns et aux autres; si bien que les organisateurs de l'enseignement sous Corvisart avaient déjà sagement divisé les élèves en commençants, commencés et avancés.

Les inconvénients de ce mélange se font sentir plus que partout ailleurs dans les cliniques de la Faculté, où se trouvent souvent réunis : de jeunes élèves presque débutants que leur zèle seul ou la curiosité attirent, des stagiaires ayant un commencement d'instruction, les élèves du service pour la plupart beaucoup plus avancés, des médecins de la ville qui tiennent à ne pas rester éloignés des choses de la clinique hospitalière, enfin des étrangers déjà docteurs qui viennent compléter et perfectionner leur éducation médicale. Faire un enseignement qui s'adapte également bien à des esprits si inégalement préparés est chose rigoureusement impossible. On est excessif pour les uns ou insuffisant pour les autres, à moins de demeurer dans une [illegible] de [illegible]yenne qui ne convient tout à fait à personne.

L'examen des malades peut être utilisé pour l'instruction des élèves à quatre points de vue différents et en vue de quatre genres d'études distincts qui se doivent logiquement succéder : la pathologie, la séméiologie, la clinique proprement dite ou recherche du diagnostic et des indications, enfin les investigations, purement scientifiques, entreprises dans le but d'élucider des questions non encore résolues.

Tout d'abord, dans le malade qu'on met sous ses yeux et dont on lui fait constater les symptômes, l'élève ne peut guère voir autre chose que l'exemple d'une maladie dont il a entendu l'histoire dans le cours dogmatique ou dont il a pu lire la description dans les traités de pathologie. Cette fois, il la retrouve en quelque sorte vivante. Si cette description est encore présente à sa mémoire, ou si on la lui rappelle à ce moment-là, rien ne saurait la lui fixer dans l'esprit plus complètement et en traits plus ineffaçables. Comme une planche dans un livre, le malade devient une merveilleuse illustration du cours.

Cette façon d'enseigner la pathologie est, d'ailleurs, si profitable que beaucoup de personnes inclinent à penser qu'il conviendrait de la substituer aux cours théoriques de pathologie en supprimant complètement ceux-ci. Et il est vrai que les choses se font de la sorte en quelques pays. Pour ma part, je crois cette substitution radicalement mauvaise. Il s'en faut que la pathologie tout entière puisse passer sous les yeux de l'élève dans le cours des deux années de stage, et même dans un temps beaucoup plus long. Si l'on veut faire à l'hôpital un cours complet de médecine, on perdra beaucoup de temps à exposer oralement des faits dont on n'aura aucun exemple à montrer. Si, au contraire, on se borne aux faits qu'il sera possible de mettre sous les yeux des élèves, on pourra faire un excellent cours clinique, mais en tant que cours de pathologie, on n'aura qu'un enseignement tronqué et plein de lacunes. D'ailleurs, l'enseignement au lit des malades a ce défaut, capital au point de vue de l'enseignement dogmatique, qu'on n'y saurait disposer les objets dans un ordre absolument méthodique et régulier, puisqu'il faut bien se soumettre aux nécessités de l'assistance hospitalière ou plutôt aux hasards des entrées des malades.

Donc cela est de toute évidence : le cours de pathologie méthodique et complet doit être fait en dehors de l'hôpital, dans les amphithéâtres de la Faculté. Celui de l'hôpital reste un cours de démonstration pratique ; cours d'une extrême utilité, mais non pas substituable à l'autre.

Au demeurant, l'utilité de ce mode d'enseignement est si fortement sentie de tous côtés et par tout le monde, que c'est lui qui, presque partout, se donne ou exclusivement ou presque exclusivement, sous le nom d'enseignement clinique; et, s'il est préféré de tous, maîtres et élèves, c'est qu'il est, comme on le verra bien par la comparaison avec les autres, le plus simple, le plus à la portée des élèves et, en même temps, le plus facilement brillant, quand il est magistralement fait. Il s'en faut pourtant qu'il représente la partie la plus essentielle de l'enseignement clinique, de l'enseignement qui se doit faire à l'hôpital.

Le but suprême de celui-ci, c'est l'art de déduire des symptômes observés les indications diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques qui y sont implicitement contenues. Or cet art est très distinct de la connaissance des maladies et de leurs symptômes, connaissance que, d'ailleurs, il suppose préalablement acquise et que l'enseignement dont il était question tout à l'heure avait pour but de perfectionner. Les procédés intellectuels dont il use sont tout différents; on pourrait dire presque absolument opposés. Tout à l'heure, lorsqu'il s'agissait d'étudier la pathologie au lit du malade, le maître, ayant posé le diagnostic de la maladie, déroulait toute la série de ses symptômes, symptômes dont le malade apparaissait comme un exemple illustré. C'était œuvre d'analyse. Maintenant, c'est tout autre chose, c'est en quelque sorte l'inverse, qu'il va falloir faire. De la constatation successive des symptômes il faudra remonter au diagnostic de la maladie. Ce sera œuvre de synthèse. Et c'est cette synthèse que le médecin aura incessamment à faire dans la pratique, après avoir recueilli tous les signes. Il faudra les grouper en éléments morbides distincts, puis chercher les rapports variables et les influences réciproques multiples de ces éléments. Après cela seulement on pourra se croire en possession complète du cas pathologique ; de ce qui du moins est nécessaire pour établir les indications qu'il comporte. Quoi de plus différent, quoi de plus distinct que ces deux façons d'envisager et de pratiquer l'étude clinique? N'est-il pas certain que la seconde gagnera prodigieusement à se trouver précédée de la première? Comment autrement s'engager dans les difficultés du diagnostic différentiel? Comment, dans un cas embarrassant, établir la balance entre toutes les maladies auxquelles le groupe des symptômes prédominants se peut rapporter, à moins que chacune d'elles ne soit déjà également bien connue? Ainsi voilà deux parties distinctes de l'enseignement clinique qui ont à prendre place manifestement, l'une au commencement, l'autre à la fin de ces études.

Mais il en est une troisième, dont l'importance n'est pas moindre, et à laquelle il est absolument nécessaire de réserver toute la place qu'elle mérite. C'est la séméiologie.

La science des signes est indispensable au diagnostic, c'est à leur aide seulement qu'on le peut faire. L'élève doit absolument en posséder la technique avant d'aborder les études et exercices de diagnose. Il lui faut de plus connaître très exactement la valeur précise de chacun d'eux. Et cela exige une longue étude et très approfondie. Car tout signe a des significations multiples et différentes suivant les circonstances où on le rencontre et les caractères spéciaux qu'il peut revêtir.

Faire pour chaque signe l'étude de sa technique, c'est-à-dire des procédés à l'aide desquels on le constate et le mesure; celle de sa physiologie pathologique, c'est-à-dire des conditions pathogéniques qui lui donnent naissance, des phénomènes physiques ou chimiques qui concourent à sa production; celle enfin de sa valeur séméiotique, c'est-à-dire des maladies diverses dans lesquelles on le rencontre et des variations qu'il présente dans chacune d'elles; c'est faire de la séméiologie pure; c'est pourtant, comme on voit, embrasser la pathologie, la pathogénie et la clinique presque tout entières; mais les embrasser d'un point de vue spécial qui est précisément celui d'où il les faudra envisager plus tard dans la pratique. C'est enfin analyser de près et un à un tous les phénomènes dont on aura dans la suite à faire la synthèse rapide. C'est donc une étude de très considérable importance, délicate d'ailleurs, exigeant une attention soutenue et qu'il est nécessaire de faire à part et pour elle-même. Que si on la veut faire marcher de pair avec celle de la clinique de diagnostic, on entreprend une œuvre quasi impossible.

Ce point établi, reste à savoir encore quelle place il convient de donner à l'enseignement de la séméiologie dans la série des études cliniques. Manifestement elle doit précéder la clinique de diagnostic. D'autre part elle ne peut être entreprise avec fruit

qu'après que la pathologie sera devenue assez familière, puisque sa partie la plus importante consistera précisément à passer rapidement en revue, à propos de chaque symptôme, toute la série des maladies où il peut se rencontrer; travail qui ne peut se faire sans une connaissance suffisante de chacune d'elles. Donc la séméiologie devra prendre place entre les études de pathologie clinique et la clinique de diagnostic.

En résumé les élèves trouvent à étudier à l'hôpital trois choses principales : la pathologie, la séméiologie, et le diagnostic avec ses déductions pronostiques et thérapeutiques. Ces trois sujets d'étude doivent être abordés successivement et dans un ordre déterminé, afin de s'enchaîner avec méthode.

La durée du stage imposé aux élèves qui se préparent pour le doctorat est de deux ans. Cette durée est absolument insuffisante. Il faudra certainement l'augmenter. Déjà les règlements obligent les élèves qui sont en cours d'études pour obtenir le brevet d'officier de santé à un stage de trois années. Il serait absurde que les exigences fussent moindres à l'égard de ceux qui visent le doctorat.

Et, puisque les études cliniques, ainsi que nous l'avons vu, se composent de trois parties distinctes, qui se doivent succéder, chacune des trois années pourrait être consacrée à l'une des parties de la clinique : la première à la pathologie, la seconde à la séméiologie, la troisième à la clinique de diagnostic et d'indications.

Pour ces études cliniques les élèves devront être répartis en groupes assez peu nombreux pour que chacun y puisse avoir, à son tour, part active au travail d'examen et de constatation. On ne saurait d'ailleurs grouper utilement plus de 20 à 25 élèves autour d'un lit d'hôpital. C'est donc dans ces limites qu'il faudra se tenir pour la formation des groupes.

Or le nombre des élèves que l'administration de l'Assistance publique inscrit annuellement comme stagiaires est de 400 environ. Si le stage est porté à trois ans il sera de 600. Ces 600 élèves formeront donc 24 groupes à chacun desquels il faudra assigner un service spécial d'enseignement pendant un semestre chaque année. Comment ces services pourront-ils être organisés?

La Faculté possède déjà quatre services de clinique médicale. Comme ces services fonctionnent pendant toute l'année, ils peuvent fournir huit semestres, c'est-à-dire donner l'enseignement à huit groupes chaque année; en d'autres termes, à une promotion entière. Ce sera, si l'on veut, la dernière ou troisième année de clinique; chacun des groupes faisant 6 mois en médecine et 6 mois en chirurgie.

Il restera à répartir les 16 autres groupes, 8 de première et 8 de seconde année, dans les services où ils devront recevoir l'enseignement clinique approprié; et à désigner les chefs de service qui seront chargés de cet enseignement.

Si l'on veut que l'enseignement qu'il s'agit d'instituer porte tous les fruits qu'il peut et qu'il doit porter, il ne faudra pas manquer de se rendre bien compte de ce qu'on aura à demander aux hommes qui s'en chargeront. Il faudra qu'eux-mêmes sachent bien ce à quoi ils s'engagent. Manifestement il ne saurait être question de quelques leçons faites au hasard des circonstances, ni de quelques conversations familières au lit des malades. Rien ne peut se faire de sérieusement utile sans un enseignement réglé.

Je crois donc que tout professeur de clinique, quelle que soit la période du stage à laquelle appartiendrait son enseignement, devrait être tenu à faire chaque semaine deux leçons à l'amphithéâtre ou dans une salle de conférence appropriée. Pour la première année de stage : leçons de pathologie, d'après un ou plusieurs malades. Pour la seconde année : leçons de séméiologie, avec exemples tirés des malades actuellement en observation dans les salles. Dans les visites des autres jours le professeur aurait à faire constater par les élèves les faits énoncés dans la leçon et à leur faire subir des interrogatoires. Ces interrogatoires sont en effet pour eux chose éminemment profitable et surtout propre à tenir leur attention constamment en éveil. Il y a d'ailleurs grande utilité à ce que cet interrogatoire soit fait non pas au hasard, mais à tour de rôle et par appel; ce qui assure la présence des élèves à la visite.

Quelques personnes pensent que les leçons au lit du malade sont seules véritablement utiles, qu'on pourrait s'en tenir à elles et supprimer la leçon d'amphithéâtre. Pour ma part je suis d'un avis différent et je crois celle-ci tout à fait nécessaire. Voici pourquoi. Premièrement, dans notre pays du moins, il n'est pas facile d'énoncer devant un malade tout ce qui concerne sa maladie. Les questions de diagnostic et de pronostic sont particulièrement embarrassantes à traiter. Pour ménager l'impressionnabilité du malheureux patient, nous sommes obligés à une foule de circonlocutions et d'euphémismes, qui ne lui masquent pas toujours la vérité, mais qui entravent singulièrement notre discours et compromettent beaucoup la précision de notre enseignement. Il est pénible d'ailleurs pour le malade d'avoir à subir une longue conférence, fort incommode pour les élèves d'avoir à l'écouter dans la situation souvent gênante où ils se trouvent placés autour d'un lit. Enfin, il est à peu près impossible à ceux-ci de recueillir des notes sur ce qu'ils entendent : chose qui pourtant leur est utile et que la plupart aiment à faire. Dans ces conditions il faut bien se restreindre à l'indication très sommaire des points qu'il est le plus essentiel de relever à propos de chaque malade. Cela convient à merveille où l'on n'a qu'à rappeler aux élèves des choses qu'on leur a dites déjà et à leur en signaler l'application présente. Mais c'est tout à fait insuffisant si l'on doit introduire dans leur esprit des notions méthodiquement classées, accompagnées de démonstrations et de preuves.

Il ne faudrait pas du tout penser, en demandant à un médecin d'hôpital de faire l'enseignement que je viens de dire, qu'on lui propose simplement une sorte d'agrémentation de sa visite habituelle. C'est une besogne grosse et grave dont on le chargerait. Ou bien ce ne serait qu'un leurre, qu'une apparence d'enseignement régulier; rien de plus que ce qui se fait aujourd'hui. Et point ne serait besoin de tant d'agitation pour si peu de chose.

Si l'on admet le principe du roulement semestriel qui me paraît de beaucoup le meilleur, le personnel enseignant à recruter parmi les médecins des hôpitaux comprendra un nombre de maîtres égal à celui des groupes des deux premières sections de stagiaires; c'est-à-dire seize chefs de service.

Le recrutement de cette partie du corps enseignant se pourrait faire de bien des façons. La plus simple pour le moment me semblerait être de *laisser les médecins choisir eux-mêmes, et par rang d'ancienneté*, l'enseignement qui leur conviendrait le mieux, à supposer qu'il leur agréât d'en accepter un. Comme il faudrait éliminer tous ceux qui déjà sont professeurs à la Faculté et ceux des agrégés qui sont chargés de cours, soit comme suppléants, soit pour leur propre compte, le nombre des médecins des hôpitaux pouvant prendre part à l'enseignement clinique se trouverait par là notablement réduit. Il n'est pas douteux cependant qu'on ne trouve parmi eux tout le personnel nécessaire. Le mieux serait sans doute que l'engagement ne fût pris que pour un semestre. Si bien que, après chaque période de cours, chacun des médecins qui y auraient pris part aurait à déclarer s'il entend reprendre le même enseignement l'année suivante; et que, au cas où il ne le voudrait pas faire, la place devenue vacante pourrait être de nouveau proposée au choix de ses collègues.

La répartition des élèves dans les différents groupes de l'enseignement clinique se pourrait effectuer aussi assez simplement. Leur passage d'un stade à l'autre aurait lieu naturellement d'année en année, à la condition, bien entendu, d'avoir accompli le stade précédent. On laisserait sans doute aux élèves [illegible] de redoubler un ou plusieurs de ces stades, [illegible] n'en accomplissent pas moins ensuite tous [illegible] toutefois n'y aurait-il pas d'inconvéni[illegible] de substituer un semestre de chirur[illegible] cine dans le cas où leurs études s[illegible] ment dans une de ces directions.

Quant à la formation des groupes, c'est-à-dire à la détermination du service auquel chaque élève serait attaché pour un semestre, on en pourrait laisser le choix dans une certaine mesure aux élèves eux-mêmes : et cela de la façon suivante. Tous les stagiaires d'une même année pourraient être classés d'après leurs notes d'examen et d'après celles des chefs dans les services desquels ils auraient passé; suivant leur rang sur cette liste, ils auraient à choisir leur place dans un des services affectés à la période d'enseignement à laquelle ils appartiendraient, jusqu'à complément du nombre d'élèves assigné à chaque service, J'imagine qu'il serait bien de mettre en tête de la liste les vétérans, c'est-à-dire ceux qui voudraient redoubler l'un des semestres de leur stage. Ce mode de classement aurait le très notable avantage de donner aux notes d'examen un intérêt beaucoup plus grand que celui qu'elles ont à l'heure actuelle. Il intéresserait aussi singulièrement les élèves à se montrer attentifs et zélés dans les services auxquels il seraient attachés; puisque cela leur assurerait une latitude plus grande dans le choix des places qu'ils auraient à prendre dans la suite.

Je n'ai rien dit encore d'un point cependant capital de la question : de la rétribution des nouveaux professeurs. Par qui devraient-ils être payés? De quelle façon et dans quelle mesure? Je n'en ai rien dit et n'en dirai rien; pour ce motif je ne me connais ni qualité, ni compétence spéciale pour le faire.

Pourtant, il va sans dire qu'ils doivent être payés; car toute fonction réclame salaire. Sans doute, l'enseignement fait par les médecins des hôpitaux a toujours été, jusqu'ici, gratuit, étant bénévole. Mais nous avons vu les inconvénients graves de ce mode arbitraire et irrégulier de la dispensation de l'enseignement clinique. Du moment où l'on imposera aux hommes qui s'en chargeront, une direction, un programme, une mesure déterminée, il ne pourra plus être question de gratuité. J'ai montré avec insistance combien la besogne sera lourde si elle est consciencieusement accomplie. Il faudra bien que la rétribution soit en rapport avec les efforts consentis.

Demander aux élèves eux-mêmes la rétribution des maîtres comme cela a été proposé, ne me paraît pas chose possible. Outre que cela n'est point en rapport avec nos mœurs et nos coutumes, cela empêcherait absolument d'introduire l'obligation et la répartition méthodique des études cliniques. Or l'obligation est indispensable si l'on veut arriver à quelque résultat général et sérieux. Elle a été imposée pour tous les exercices pratiques. Et on l'abandonnerait pour le plus indispensable, le plus important de tous! Cela n'est pas admissible.

Je sais bien que la dépense à prévoir sera considérable. Mais les dépenses ne sont jamais excessives, qui représentent un bénéfice équivalent.

L'État, qui a fondé une École de médecine, doit aux 4000 élèves qu'il y admet actuellement des moyens complets d'instruction médicale théorique et pratique. Il importe donc au plus haut point que ce qui est accompli désormais pour toutes les autres branches des sciences médicales le soit pour la clinique à son tour. Une organisation régulière de cette partie des études s'impose. Tout le monde le sent. Il reste à le réaliser.

Comme M. le professeur Potain, nous jugeons nécessaire, urgente même, la réforme de l'Enseignement clinique. Mais nous ne voulons pas nous prononcer aujourd'hui sur la valeur du projet qu'il préconise. D'autres opinions vont se faire connaître, et permettront d'envisager la question sous ses différents aspects. Nous pourrons alors, pièces en mains, prendre parti dans cet intéressant débat.

---

attirons l'attention sur une très intéressante com[...]n de M. Burlureaux à la Société de dermatologie. [...]ngénieux instrument à air comprimé, il peut, [...]rolongée, introduire profondément sous la peau une énorme quantité d'huile créosotée : il injecte ainsi de 50 à 200 grammes d'huile, correspondant à 3 et 14 grammes de créosote pure. Quand les injections sont faites avec les précautions requises, lorsqu'on fait usage de produits bien purs, il n'y a aucun accident. Certains malades peuvent continuer à vaquer à leurs occupations.

L'huile est presque immédiatement absorbée dans la plupart des cas, et la créosote ne donne lieu qu'à des effets heureux chez les tuberculeux soumis à ce traitement.

La méthode hypodermique n'est pas chose nouvelle dans le traitement de la tuberculose, ce qu'il y a d'original dans le procédé actuel, c'est la lenteur de l'injection qui permet l'introduction d'une quantité réellement surprenante de liquide médicamenteux. Il nous semble y avoir là un principe riche en applications. On pourra varier beaucoup la nature des substances injectées. On pourra même tenter, de cette façon, une véritable alimentation artificielle par voie sous-cutanée. Du reste, dans un cas, M. Burlureaux a injecté, à titre d'aliment, 320 grammes d'huile.

Plusieurs médecins allemands se sont servis de la cantharidine en injection sous-cutanée. Ils sont très réservés dans leurs conclusions, et ils n'accusent que de légères améliorations. Il faut attendre encore pour savoir si la méthode de Liebreich peut être de quelque utilité. Elle ne paraît pas très agressive, en tout cas, aux doses indiquées : c'est déjà quelque chose.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Delorme.

Fracture partielle longitudinale de la tête radiale.

Bruns, qui a étudié les fractures partielles de la tête du radius après Hofmokl, n'a pu réunir que vingt et une observations; encore, dans le plus grand nombre des cas qu'il a colligés, s'agissait-il de lésions complexes intéressant à la fois le condyle externe, l'olécrâne et surtout l'apophyse coronoïde en même temps que la cupule radiale. Les signes de cette fracture ne sont pas encore bien établis et on n'est pas suffisamment fixé sur ses suites, c'est ce qui m'a engagé à publier cette observation.

Observation. — Mon blessé, soldat au 74e de ligne, H... (Amable), de Saint-Simon (Eure), fit, le soir du 20 novembre dernier, dans une casemate, une chute de sa hauteur. Le coude porta sur le sol, par sa partie postéro-externe. Au moment du choc, le blessé dit avoir entendu un craquement. Les mouvements du coude devinrent rapidement douloureux, surtout l'extension forcée, et un gonflement fut, en même temps, constaté sur la face interne de l'avant-bras et sur la région postéro-externe du coude.

J'examinai le blessé trois jours après l'accident; le gonflement ecchymotique recouvrait la presque totalité de la face interne de l'avant-bras, empiétant sur sa face antérieure. La partie postéro-externe du coude ne présentait qu'une ecchymose peu étendue, sans gonflement notable. Je trouvai chez lui les signes d'une entorse du coude : gêne des mouvements passifs et actifs de la jointure, douleur à la pression au niveau des insertions épitrochléo-épicondyliennes des ligaments latéraux; pas de mouvements de latéralité.

En faisant exécuter des mouvements de pronation et de supination et en cherchant à constater, par une pression exercée sur l'insertion cupulaire du ligament latéral externe, si ce ligament était rompu, je constatai une crépitation qui fixa mon attention sur la tête radiale. En pressant sur la partie externe de cette tête,

d'avant en arrière, je reproduisis cette crépitation avec la plus grande netteté. Elle était fournie par un fragment représentant le tiers externe environ de la cupule radiale, fragment qu'on pouvait assez aisément déplacer d'avant en arrière, en le saisissant entre le pouce et l'index. A l'état de repos, celui-ci avait si bien conservé ses rapports avec la tête radiale, qu'il ne donnait lieu à aucune déformation. Pendant son déplacement, la crépitation était des plus nettes; je la fis constater par tous les médecins stagiaires attachés à mon service. On la percevait encore, quoique moins accusée, en imprimant à la main des mouvements de pronation et de supination. Rien de semblable ne se constatait sur l'autre coude.

J'émis quelques doutes sur la consolidation de ce fragment mobile de la cupule qui n'avait conservé aucune attache avec le col. Bruns, sur sept observations de fracture longitudinale dans lesquelles on a noté les suites de cette fracture, a relevé trois fois l'absence de consolidation : le fragment isolé constitua un véritable corps étranger, et, dans un cas, Hueter fut obligé de pratiquer l'arthrotomie pour en faire l'ablation. Les suites furent plus simples chez mon blessé, car après un mois d'immobilisation du coude, dans un appareil ouaté, le fragment était complètement soudé. Une pression directe, même énergique, exercée sur la partie externe de la cupule et les mouvements de rotation de l'avant-bras, ne déterminaient plus de crépitation.

Les mouvements du coude reprirent et leur étendue et leur force.

Ces fractures peuvent être complètes ou incomplètes. D'après Bruns, les fractures incomplètes ont été observées cinq fois seulement, par Malgaigne, M. Verneuil, Lesser, Hodges (deux cas). Bruns en a produit expérimentalement.

Dans le cas de M. Verneuil, la fracture était en T. Une fissure transversale divisait la surface articulaire en une partie antérieure et en une partie postérieure; la partie antérieure était elle-même divisée en portion interne et externe par une fissure antéro-postérieure. Il y avait donc trois fragments en contact.

Dans les fractures complètes, il y a rarement de nombreux fragments. Le plus souvent, il n'y a qu'une seule esquille libre dans l'articulation ou une esquille rattachée au radius par un débris de capsule.

Ces fractures longitudinales du radius sont produites, le plus souvent, par des chutes sur la paume de la main, l'avant-bras étant dans l'extension.

Les fractures par choc direct, portant sur la tête radiale, comme chez mon blessé, sont plus rares. J'ai produit quelques-unes de ces fractures directes par projectiles, mais elles étaient comminutives. Quand la fracture est complète, les mouvements de pronation et de supination déterminent de la crépitation. Bruns ne nous a pas dit qu'on pouvait également la déterminer par des mouvements d'avant en arrière, en saisissant le fragment entre le pouce et l'index. Pinner, sur son blessé, n'a pas recherché la crépitation par ce moyen direct. Cependant ce signe était d'une grande netteté chez mon blessé; il serait utile d'en constater désormais l'existence.

Quand la fracture est incomplète, elle se révèle par un épaississement de la tête radiale, qui fait une saillie anomale, et par une douleur localisée (1).

(1) Powers (*New-York Med. Record*, 1888) vient de rapporter un nouveau cas de fracture longitudinale du radius observé sur un blessé qui avait fait une chute d'une hauteur de 10 pieds. La guérison fut obtenue en trente-sept jours, mais les mouvements de supination et de pronation restèrent impossibles. Ce résultat, d'après lui, avait été constaté 3 fois sur 4 dans des fractures simples.

THÈSES DE PARIS

Contribution à l'étude des paralysies alcooliques, par M. Carpentier.

Cette thèse provient de l'enseignement de M. Lancereaux. Voici les principales conclusions de cet intéressant travail :

La paralysie alcoolique a une prédilection marquée pour le sexe féminin. Elle atteint surtout les individus qui font usage de liqueurs contenant des essences. L'absinthe est la plus répandue; puis viennent le vulnéraire, l'anisette, le vermouth, le bitter, et en général toutes les boissons qu'on désigne sous le nom d'« apéritifs ».

Cette intoxication par les essences se révèle par des signes spéciaux, et en particulier par une hyperalgésie souvent généralisée, par l'exagération du réflexe plantaire, par des douleurs extrêmement vives dans les membres inférieurs.

La paralysie alcoolique, occupant les membres inférieurs d'une façon symétrique, est de beaucoup la plus fréquente; mais elle peut se limiter aux membres supérieurs, et parfois atteindre les quatre membres. Dans des cas très avancés, on peut observer une atrophie généralisée du système musculaire. Les lésions du côté des yeux sont multiples : l'amaurose par atrophie de la papille se rencontre dans quelques circonstances.

Le pronostic dépend surtout de la durée de la paralysie. Une amélioration très sensible et même la *restitutio ad integrum* est possible quand le début du mal est peu éloigné.

Le diagnostic doit être fait :

1° Quand il n'existe que des phénomènes paralytiques;

2° Quand il existe aussi des troubles de la coordination ou pseudo-tabes.

a. Quand la paralysie existe seule avec : les paralysies arsenicale, saturnine, mercurielle, par le sulfure de carbone.

b. Quand il s'y ajoute des troubles moteurs avec : l'ataxie locomotrice vulgaire, les pseudo-tabes de la diphthérie, de la variole, de l'intoxication mercurielle, le pseudo-tabes des névropathies.

Mercure et grossesse, par M. H. Stef.

Voici les trois conclusions principales auxquelles l'auteur est arrivé :

1° Dans l'hydrargyrisme toxique, le mercure peut devenir une cause d'avortement (caractère commun à beaucoup d'autres substances minérales, telles que plomb, arsenic, phosphore, etc.).

2° Dans l'hydrargyrisme thérapeutique, c'est-à-dire dans le traitement de la grossesse syphilitique, le mercure ne peut avoir qu'une heureuse influence sur la marche de la grossesse; il diminue les chances d'avortement et améliore l'état du fœtus.

3° Le mercure passe de l'organisme maternel dans l'organisme fœtal (fœtus et annexe), à travers le placenta.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mars 1891. — Présidence de M. Terrier.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES PAR LA MÉTHODE DE M. PÉAN

M. TERRILLON a pratiqué quatre fois l'hystérectomie vaginale comme traitement de suppurations pelviennes. Voici le résumé de ces quatre observations :

Première observation. — Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, qui était atteinte d'une volumineuse masse suppurée dans la fosse iliaque gauche, faisant saillie dans le vagin et en[...] complètement l'utérus. M. Terrillon fit une ponction [...] qui donna issue à 200 grammes de pus; puis il enleva l'[...]

les parties voisines. L'opération, assez facile, fut pratiquée le 9 février. La malade est actuellement guérie.

Deuxième observation. — Femme de trente-trois ans, portant une tumeur pelvienne suppurée qui, cinq mois auparavant, s'était ouverte par le vagin. M. Terrillon fit les ponctions dans les culs-de-sac et ouvrit ainsi trois poches, dont deux contenaient un liquide séreux et la troisième du pus. Puis il enleva l'utérus, comme dans le cas précédent. La malade est guérie.

Troisième observation. — Jeune femme de vingt-huit ans, portant deux tumeurs pelviennes, l'une à droite, volumineuse, l'autre à gauche, dure et grosse comme les deux pouces. L'utérus était enclavé. M. Terrillon fit une ponction vaginale dans le but de s'assurer s'il y avait du pus; puis il enleva l'utérus avec des lambeaux membraneux contigus et la petite tumeur dure qu'on sentait du côté gauche et qui n'était autre qu'une portion de l'utérus bicorne.

Quatrième observation. — Cette quatrième opération a été faite le matin même sur une femme atteinte d'une volumineuse collection purulente du côté droit. L'utérus enlevé, M. Terrillon s'est trouvé en présence d'une coque fibreuse épaisse, qu'il a pu enlever en entier et qu'il a remplie de gaze iodoformée.

M. Terrillon, n'ayant pratiqué que quatre fois cette opération, ne veut pas encore porter sur elle de jugement définitif. Toutefois, il la trouve très rationnelle et plus avantageuse, dans certains cas, que toutes les autres méthodes opératoires. Bien que la considérant comme une méthode d'exception, il croit qu'elle devra être préférée à la laparotomie, dans les cas de suppurations pelviennes cancéreuses et volumineuses, fistuleuses ou non, dans les hémato-salpinx et dans les salpingites atrophiques.

M. POZZI fait observer que l'hystérectomie vaginale n'a pas été seulement pratiquée pour les pyo-salpinx, mais aussi pour toute sorte de tumeurs salpingiennes. Il examine si cette opération, dont il n'a pas, d'ailleurs, d'expérience personnelle, peut être substituée à la laparotomie.

Il y a, dit M. Pozzi, trois variétés de pyo-salpinx, selon que la poche est libre, qu'elle est adhérente et énucléable, ou qu'elle est adhérente et non énucléable. Dans les deux premiers cas, l'hystérectomie vaginale, opération incomplète, est bien inférieure à la laparotomie qui est toujours simple, facile et permet de tout enlever. Dans les cas, au contraire, où l'extraction complète est impossible, l'hystérectomie ne donnera pas de meilleurs résultats que la laparotomie. M. Pozzi a pratiqué trente-neuf fois cette dernière opération et n'a eu que trois insuccès. Instruit par ces faits, il ne fera donc jamais d'emblée l'hystérectomie vaginale dans les cas de pyo-salpinx et n'y aurait recours que secondairement s'il avait échoué avec la laparotomie.

M. Pozzi ne croit pas non plus que les autres affections chroniques des trompes et des ovaires, telles que l'hémato-salpinx, la salpingite parenchymateuse chronique, les petits kystes folliculaires de l'ovaire, l'ovarite, l'ovarite chronique, etc., soient justiciables de l'hystérectomie vaginale. Dans ces cas, en effet, la laparotomie est toujours simple, bénigne et facile, et, bien mieux que l'hystérectomie, permet une ablation complète des parties malades.

A en juger par les [illegible] tomies; M. Bouilly compte 4 décès sur 33 laparotomies et M. Pozzi lui-même n'a eu que 3 décès sur 39 laparotomies.

COMMUNICATION

Fracture partielle de la tête du radius. — M. DELORME [illegible] une communication sur ce sujet. (Voir plus haut.)

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Double hypertrophie mammaire chez l'homme. — [illegible] CHARVOT présente un malade atteint de double hypertrophie [illegible]ammaire consécutive à une atrophie testiculaire bilatérale qui [illegible]ait été, elle-même, précédée des oreillons. M. Charvot a noté chez ce malade un changement complet de caractère, une absence absolue de désirs vénériens et l'impuissance.

Correction de cal vicieux. — M. LE DENTU présente un malade qui était atteint d'un cal vicieux de fracture de jambe. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans qui avait été atteint sept fois de fracture de jambe. Il en était résulté une déformation considérable de ce membre inférieur; il y avait une double angulation à angle droit, de telle sorte que ce malade pouvait à peine marcher et qu'il lui était impossible de monter les escaliers. M. Le Dentu pratiqua une résection dans la continuité, en ayant bien soin de ménager les vaisseaux, et obtint un redressement complet du membre. Ce malade marche aujourd'hui très facilement. Il a 12 centimètres de raccourcissement.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 12 mars 1891, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Pourtal, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— M. le docteur Guindey a été élu, hier dimanche, sénateur de l'Eure.

— Le prix de médecine navale, pour 1891, est décerné à M. le médecin de première classe de la marine Chevalier; une mention honorable est accordée à M. le médecin principal Ségard; et des témoignages de satisfaction accordés à MM. les médecins de première classe Jan, Bellot et David.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours, pour une place de médecin des hôpitaux, vient de se terminer par la nomination de M. Roque.

— Un Congrès international d'hygiène et de démographie se tiendra à Londres du 10 au 17 août 1891.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Simon (de Lunéville).

— M. le docteur Potherat, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration d'exercices opératoires, le mardi 17 mars 1891, à une heure précise, pavillon n° 3.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Yves Delage commencera le cours de zoologie, anatomie et physiologie comparée, le mardi 17 mars à trois heures et demie, et le continuera les samedis et mardis [illegible] des Mollusques [illegible]

M. Salet, maître de [illegible] un cours [illegible] 17 mars, [illegible] lieu à une heure et demie, ceux du [illegible] demie. — Il traitera des [illegible]

M. le professeur Gaston Bonnier commencera le cours de botanique le mercredi 18 mars, à dix heures et demie, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera de l'étude des principaux groupes de végétaux.

M. Riban, maître de conférences, chargé de cours, commencera un cours annexe de chimie analytique, le mercredi 18 mars (3, rue Michelet), à trois heures trois quarts, et le continuera les mercredis suivants à la même heure. — Il traitera du dosage et de la séparation des acides.

M. Munier-Chalmas, chargé du cours de géologie, commencera

N° 34. — JEUDI 19 MARS 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 19 MARS 1891. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIERS-PARIS. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. L'herpès vacciniforme (éruption syphiloïde des jeunes enfants). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. — CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

Paris, le 18 mars 1891.

Nous recevons de M. le docteur Després, chirurgien de l'hôpital de la Charité, député du VIe arrondissement, la lettre suivante :

Monsieur le directeur,

Quelques jours avant la mi-carême, il a été distribué dans le public des billets pour un spectacle particulier. Voici le *fac simile* du billet :

> HOSPICE
> DE LA SALPÊTRIÈRE
>
> BAL COSTUMÉ DE LA MI-CARÊME
>
> *JEUDI* 5 mars 1891, *à 8 heures du soir*,
>
> 2 *entrée* s M. X...
>
> *Le Directeur*,
> X...

La singularité du fait n'échappera à personne. Il y a un bal costumé qui, à ce qu'il paraît, est renouvelé tous les ans à cet hospice. Les folles, habillées les unes en homme, les autres en femme, dansent entre elles, dit-on, au son d'un orchestre complet. Le personnel laïque prend part à ce plaisir et au lunch qui suit.

Si cette petite fête avait lieu dans la journée, et si les folles seules se livraient à ce divertissement, il n'y aurait pas trop à redire, si ce n'est que l'on ne saisit pas bien l'utilité de cette mascarade pour l'amélioration de l'aliénation mentale, surtout si l'on considère que, pendant la fête, plusieurs folles prennent des attaques, qu'on les reporte toutes costumées à leur lit pour les déshabiller plus tard, quand le bal est terminé ; si ce n'est encore que, dans aucun hospice d'aliénés, ailleurs, et où il y a des sœurs, on n'agit de la sorte. Mais ce qui est énorme, c'est de faire le bal le soir de huit heures à minuit, à l'heure du repos des malades, et d'y convier des personnes étrangères au corps médical et au personnel de l'hôpital, ce qui est déjà trop ; c'est d'en faire un spectacle, un amusement pour les oisifs du dehors.

Le mal est grand dans les hôpitaux et il s'aggrave de jour en jour ; la détestable mesure du renvoi des sœurs hospitalières, les félicitations, même discrètes, que plusieurs personnes, haut placées, ont adressées au personnel laïque, ont produit leurs effets naturels. Ce personnel et ses amis se sont cru tout permis. Et M. le directeur de l'Assistance publique, qui s'est déclaré publiquement partisan de la laïcisation des hôpitaux, a laissé tout faire.

Les leçons, cependant, n'ont pas manqué dans ces derniers mois. Un infirmier de l'asile Sainte-Anne, asile d'aliénés dont les précédents ministres de l'Intérieur ont laissé renvoyer les sœurs de charité, a tué un fou et est en ce moment en prévention pour ce meurtre. Il y a quelques semaines, dans ce même asile, en plein jour, une folle s'est pendue à une pompe dans une cour commune et facile à surveiller. Enfin, hier, à l'hôpital Dubois, on allait enterrer une malade pour une autre, grâce à la négligence de la surveillante laïque de la salle. On dira peut-être que de tout temps il y a eu des laïques à l'hôpital Dubois, cela est vrai ; mais alors nous n'avions pas les élèves des écoles d'infirmières laïques avec bourses de 1200 francs, les surveillantes étaient d'anciennes bonnes infirmières dressées et instruites, le plus ordinairement, par des sœurs et habituées à la discipline. Et jamais pareille erreur n'avait été commise à l'hôpital Dubois, hôpital payant connu sous le nom de Maison municipale de santé.

On ne saurait trop le répéter, Monsieur le directeur, il n'est que temps de faire rentrer dans les hôpitaux, avec les sœurs hospitalières, la tenue, la moralité et l'économie.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr Armand DESPRÉS,
Chirurgien à l'hôpital de la Charité,
Député de la Seine.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie, appelée à voter sur les conclusions du rapport de M. Rochard, semble vouloir recommencer la discussion générale sur la dépopulation de la France. Malgré

tout l'intérêt que présente cette question, nous éviterons à nos lecteurs les redites et les répétitions qui se produisent toujours en pareil cas, et nous nous contenterons de signaler quelques incidents de cette discussion, tels, par exemple, que la proposition, faite par M. Guéniot, de rétablir les tours comme étant plus discrets et plus économiques que les bureaux secrets. Cette proposition a été combattue par M. Roussel, qui préfère de beaucoup le bureau secret au tour, comme laissant à la mère la possibilité de reprendre son enfant. En raison des vacances de Pâques, la suite de cette discussion est remise à la séance du 7 avril prochain.

Tout le reste de la séance a été consacré à la lecture de rapports.

Nous signalerons d'abord un rapport de M. Alphonse Guérin, sur une communication de M. Houzel (de Boulogne), relative à une résection du rectum pour un cancer annulaire (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1289). En terminant ce rapport, M. Guérin appelle tout particulièrement l'attention des médecins sur l'importance qu'il y a à faire de bonne heure le diagnostic de cancer du rectum, diagnostic qui, dans la plupart des cas, est fait trop tardivement, faute d'examen local suffisant.

M. Bouchardat a lu un rapport sur la vente des eaux minérales, dans lequel il conclut à la prohibition de la vente publique, en dehors des officines de pharmaciens, des eaux minérales dites purgatives, des eaux de La Bourboule et des eaux sulfureuses. Cette conclusion a été adoptée par l'Académie.

M. Maurel (de Toulouse) a adressé à l'Académie un mémoire sur la mensuration de la poitrine, son importance au point de vue du diagnostic des affections pulmonaires et sur un nouveau procédé de mensuration qu'il a imaginé. Le travail de M. Maurel a été l'objet d'un rapport élogieux de M. Dujardin-Beaumetz.

On trouvera enfin, au compte rendu, les conclusions du rapport de M. Proust au Comité consultatif d'hygiène, sur le choléra dans la mer Rouge. On y verra que la mortalité, dans cette dernière épidémie, a été très considérable, en particulier sur les pèlerins de la Mecque, qui sont morts dans l'effrayante proportion de 1 sur 5. M. Proust insiste sur ce fait que le pèlerinage de La Mecque est une menace constante pour l'Europe.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Polaillon, sur les titres des candidats au titre de membre associé étranger.

La liste de présentation porte : en première ligne, M. de Roubaix (de Bruxelles) ; en deuxième ligne, M. Spencer Wels (de Londres).

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

L'herpès vacciniforme (éruption vaccino-syphiloïde des jeunes enfants).

L'herpès vacciniforme est, parmi les affections cutanées de la première enfance, une des moins connues, une des plus importantes à bien connaître. C'est une des moins connues, car, bien que cette affection ne soit pas extrêmement rare, je ne crois pas qu'il en existe, à l'heure actuelle, plus d'une dizaine d'observations bien précises. C'est une des plus importantes à reconnaître, car, si vous n'êtes pas prévenus et de son existence et de ses caractères, vous la confondrez inévitablement avec la syphilis héréditaire. Je n'ai pas besoin d'insister sur les conséquences désastreuses de cette confusion, suspension de l'allaitement par crainte de contaminer la nourrice, soupçons et récriminations dans la famille et plus encore traitement mercuriel intempestif. Le changement de nourrice, le traitement mercuriel sont d'autant plus nuisibles que l'herpès vacciniforme survient souvent chez des enfants souffrant déjà de troubles digestifs et de diarrhée. Le diagnostic est donc des plus importants.

L'éruption de l'herpès vacciniforme offre, comme siège, trois régions principales, la région génitale (vulve et scrotum), le pourtour de l'anus, les deux tiers supérieurs de la cuisse. C'est au niveau des plis de la peau qu'elle se produit de préférence. L'éruption est, tout d'abord, constituée par une vésicule aplatie bien distincte des vésicules globulaires acuminées de l'herpès. Cette vésicule a les dimensions d'une lentille. Elle offre une coloration blanc grisâtre argenté. Pour vous résumer d'un mot ses caractères, elle ressemble complètement à une vésicule de vaccine au sixième jour.

Au bout d'une semaine environ, les vésicules se crèvent. Elles offrent au centre une ulcération arrondie, à la périphérie une collerette membraneuse épidermoïde. Puis les derniers débris de cette collerette disparaissent. Il ne reste qu'une papule exulcérée, rougeâtre, suintante, de forme circulaire, mais pouvant par fusion de plusieurs papules voisines devenir policyclique. L'identité d'aspect avec les syphilides papulo-érosives est alors absolue.

Cette éruption détermine de la douleur, du malaise, des cuissons, mais elle ne s'accompagne pas de fièvre. Son évolution se fait par un début brusque amenant d'emblée le gros de la maladie, début suivi de petites poussées successives. La durée est assez longue ; elle dépasse presque toujours un mois, atteint souvent six semaines et plus. Ces papules syphiloïdes sont plus rebelles et plus tenaces que les vraies papules syphilitiques.

Au point de vue de l'étiologie, cette affection apparaît surtout chez les jeunes enfants de deux à quatre mois. Elle succède souvent à des diarrhées persistantes. On peut donc supposer qu'elle est due à une série d'infections cutanées produites par des microbes d'origine intestinale. Mais ce n'est là qu'une hypothèse et la pathogénie exacte nous est encore inconnue. Cette affection a reçu les noms d'herpès vacciniforme, d'intertrigo papulo-vacciniforme (Besnier), de dermatite vacciniforme (Hallopeau), d'éruption vaccino-syphiloïde des jeunes enfants (Fournier), noms provisoires rappelant tels ou tels points de ses symptômes et de son évolution, mais qui ne peuvent indiquer sa nature encore inconnue.

Cette éruption vaccino-syphiloïde est assez facile à séparer d'autres affections cutanées de la première enfance : herpès, ecthyma, folliculites, syphiloïdes postérosives. Elle n'a ni les vésicules fines, globuleuses, acuminées, ni les excoriations rapidement cicatrisées de l'herpès. Elle n'a pas les petits abcès sous-épidermiques du volume d'une tête d'épingle qu'on observe dans les folliculites. Les érythèmes infantiles, syphiloïdes postérosives bien décrites par Sevestre et Jacquel, s'en rapprocheraient davantage. Mais ces lésions ont leur point de départ sur un fond érythémateux. Elles débutent par des vésicules petites, éphémères, crevant très vite et surtout n'offrant rien qui rappelle l'aspect de la vaccine. Les papules qui succèdent aux vésicules sont sèches et non suintantes. Les lésions siègent

aux fesses et envahissent moins les parties génitales. Les différences sont donc encore nettement tranchées.

Mais, en réalité, le diagnostic pratique important est le diagnostic avec les syphilides papuleuses. Si frappantes que soient les analogies d'aspect, il faut séparer complètement ces deux lésions. L'éruption vaccino-syphiloïde n'est pas une manifestation de la syphilis soit héréditaire, soit acquise. Elle survient presque constamment chez des enfants non syphilitiques. Dans un seul cas, elle a été observée chez un petit syphilitique, mais il n'y avait, dans cette association de deux affections bien distinctes, qu'une simple coïncidence.

En dehors des signes rationnels (commémoratifs, présence ou absence de manifestations syphilitiques sur d'autres points du corps), signes qui peuvent manquer, deux des caractères objectifs de l'éruption vous permettront d'éviter la confusion avec les éruptions dues à la vérole.

La poussée principale de l'herpès vacciniforme est, en effet, suivie de petites poussées successives. Si donc vous examinez bien un à un tous les éléments de l'éruption, vous trouverez parfois, à côté des éléments devenus papuleux, d'autres éléments ayant gardé l'aspect des vésicules argentées de la vaccine. Cet aspect suffit au diagnostic.

Votre examen peut être un peu tardif et ne pas vous montrer ces éléments vésiculeux. Mais tout au moins trouverez-vous quelques éléments, encore en voie de transformation, offrant avec l'ulcération du centre des vestiges périphériques de la collerette membraneuse épidermoïde, bien distincts des papules syphilitiques, papuleuses d'emblée sur toute leur surface.

Le traitement est d'une grande simplicité. Le point essentiel est d'éviter de donner mal à propos et inutilement le mercure. Cette faute évitée, pour indications générales, vous avez à combattre les troubles digestifs, à donner quelques calmants s'il existe de l'agitation. L'indication locale la plus importante consiste dans des soins de propreté minutieuse, changement des couches dès qu'elles sont souillées par les urines ou les matières fécales, bains fréquents à l'eau de son ou d'amidon, lotions avec la solution boriquée ou la liqueur de Labarraque étendue de six parties d'eau. Ces lotions faites, il faut bien assécher les érosions, non en les essuyant, ce qui serait douloureux, mais par simple tamponnement, et les recouvrir d'un petit pansement fait d'une poudre isolante (amidon, bismuth, oxyde de zinc), d'ouate hydrophile et surtout d'un taffetas imperméable. Ce pansement devra être renouvelé plusieurs fois par jour. Malgré ces soins, il arrive parfois que les érosions persistent. La poudre d'iodoforme constitue, dans ces formes tenaces, un moyen d'une grande efficacité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mars 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend une note de M. le docteur Duléry, médecin-major, sur la pneumonie érysipélateuse.

RAPPORTS

Résection du rectum. — M. ALPH. GUÉRIN fait un rapport sur une observation de M. le docteur Houzel (de Boulogne), relative à une résection du rectum pour un cancer annulaire (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1289).

M. le rapporteur, après avoir analysé l'observation de M. Houzel, dit que, si la guérison du cancer du rectum n'est pas fréquente, c'est que les chirurgiens sont très rarement consultés au début de la maladie, parce que la douleur, souvent nulle, n'éveille pas l'attention des malades. Il ajoute que les médecins ont aussi leur part de responsabilité dans l'issue funeste du cancer du rectum, en ne tenant pas suffisamment compte de la fréquence de cette maladie.

Quand on a lieu de soupçonner l'existence d'un cancer, il faut vaincre toute répugnance et faire une exploration qui peut être le salut du malade.

Si l'âge du cancer joue un grand rôle au point de vue de sa curabilité, son siège n'a pas moins d'importance : tant que le mal est borné au voisinage de l'anus, c'est-à-dire à une hauteur qui ne dépasse pas 5 ou 6 centimètres, on peut compter sur une guérison radicale, parce que l'on a de grandes chances d'extirper le cancer tout entier. Il n'en est pas de même quand le néoplasme s'est développé ou propagé au voisinage du sphincter. Outre qu'il est difficile de l'atteindre dans ses plus profondes racines, il s'infiltre plus facilement et plus vite dans les tissus voisins; là, aussi, il envahit plus promptement les ganglions qui, lorsqu'ils sont malades, ne permettent plus d'espérer une guérison radicale. Pour M. Guérin, si le cancer du rectum est susceptible d'être guéri par une opération, quand il siège dans la partie la plus musculeuse de cet organe, c'est que, pendant un certain temps, les vaisseaux lymphatiques passant, comme les veines, entre les fibres charnues du rectum, y subissent une constriction qui, quoique légère, suffit pour enrayer leur envahissement par la matière cancéreuse. Quoi qu'il en soit, le pronostic est infiniment moins grave pour le cancer qui siège au voisinage de l'anus que pour celui qui avoisine l'S iliaque.

Cette distinction n'a pas moins d'importance au point de vue du choix de l'opération.

Quand le cancer siège à quelques centimètres de l'anus, rien n'est plus facile que d'en pratiquer l'extirpation intégrale ; dans ce cas, M. Guérin incise les tissus, y compris le cancer, depuis l'anus jusqu'au-dessus de la limite supérieure du néoplasme. Cette incision faite, le rectum peut alors être attiré en bas et étalé. Pour ne pas être gêné par le sang, M. Guérin se sert de l'écraseur linéaire. Après l'incision verticale, il coupe en une fois le rectum transversalement, au-dessus du néoplasme qu'il peut, alors, détacher de haut en bas des tissus voisins.

Avant de couper le rectum transversalement au-dessus du sphincter, il s'assure que le mal ne s'étend pas jusqu'à l'anus. S'il y a doute, il n'hésite pas à extirper le sphincter et le pourtour de l'anus.

M. Houzel s'est servi du bistouri et des pinces à pression. Comme le cancer s'étendait en haut, il a cru devoir recourir à la résection du coccyx. C'est une pratique excellente.

L'opération de Kraske (de Fribourg) semble nécessaire, quand on se risque à opérer dans les cas où le cancer avoisine l'S iliaque ; elle seule permet d'explorer le mésorectum et d'enlever les ganglions, qui sont toujours envahis, lorsque le néoplasme siège en ce point.

La vente des eaux minérales. — M. BOUCHARDAT lit un rapport sur ce sujet, dont voici les conclusions :

La vente des eaux minérales naturelles françaises et étrangères, autorisée pour des tiers non pourvus du diplôme de pharmacien, ne paraît présenter aucun inconvénient, sauf en ce qui concerne :

1° Les eaux minérales purgatives françaises et étrangères ;

2° L'eau arsénicale de La Bourboule ;

3° Les eaux minérales sulfureuses.

Il serait utile de réserver la vente au public de ces diverses eaux minérales, aux seules personnes pourvues du diplôme de pharmacien français.

Mensuration de la poitrine. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit un rapport sur une communication de M. Maurel (de Toulouse) relative à un nouveau procédé de mensuration de la poitrine.

Pour mesurer les dimensions de la poitrine, M. Maurel se sert d'un appareil (stéthographe) composé d'une lame de plomb de 25 millimètres de large, de 2 millimètres d'épaisseur et de 55 centimètres de long, que l'on place dans une gaine sur laquelle est placée une graduation métrique, puis d'un compas d'épaisseur (stéthomètre), et, enfin, d'un papier métrique sur lequel est reporté le graphique obtenu par la mensuration de la poitrine.

Voici comment on procède pour faire cette mensuration : on mesure, avec le stéthographe, le diamètre de la poitrine au niveau de l'appendice xyphoïde et on en obtient le graphique par la forme que prend la lame de plomb appliquée rigoureusement sur le thorax ; la graduation métrique permet d'en avoir la longueur. Avec le stéthomètre on mesure le diamètre antérieur de la poitrine et on procède ainsi à droite et à gauche, en ayant soin chaque fois de reporter le tracé sur le papier quadrillé métrique et il suffit alors de mesurer les carrés contenus dans la ligne ainsi circonscrite pour avoir la superficie du thorax en un point donné.

Dans la seconde partie de son travail, M. Maurel a établi qu'à l'état normal, il fallait, à l'homme adulte, 3 centimètres carrés de section thoracique pour 1 centimètre de taille et 8 centimètres carrés de la même section par kilo de poids du corps.

Au-dessous de ces dimensions il y a étroitesse du thorax et insuffisance de l'hématose ; pour combattre les accidents qui pourraient en être la conséquence, M. Maurel conseille de prescrire une gymnastique respiratoire par des mouvements silencieux, des exercices oraux, etc.

Choléra. — M. PROUST donne lecture des conclusions du rapport qu'il a fait au Comité consultatif d'hygiène sur le choléra dans la mer Rouge. Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Le choléra de Camaran a été importé par un navire anglais venant de l'Inde ;

2° Le choléra de Hedjaz semble avoir été importé par la voie maritime ;

3° Le pèlerinage de La Mecque est une menace constante pour l'Europe ;

4° Les mesures prescrites à l'égard des pèlerins se rendant à La Mecque n'ont pas empêché le choléra de s'y développer ; il est donc nécessaire de perfectionner les moyens employés jusqu'ici ;

5° Les mesures de prophylaxie prescrites par le Conseil d'Alexandrie, au moment du retour des pèlerins, ont empêché cette année le choléra de gagner l'Égypte et l'Europe. Il y a donc lieu, non seulement de maintenir ce Conseil, mais encore de lui donner plus d'autorité et de le rendre réellement international. Il y a lieu également d'augmenter le nombre des lazarets de la mer Rouge et les moyens d'assainissement et de désinfection. »

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION

M. LE PRÉSIDENT donne lecture de la première conclusion du rapport de M. Rochard. Voici cette conclusion :

« Que les tours institués par le décret impérial du 19 janvier 1811, lequel est tombé en désuétude mais n'a pas été abrogé, soient remplacés par des bureaux ouverts dans lesquels le secret sera scrupuleusement observé. »

M. JAVAL propose de substituer aux dix conclusions du rapport de la Commission, cette proposition unique qu'il a déjà faite à l'Académie aussitôt après la lecture du travail de M. Lagneau :

« L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur les conclusions du mémoire de M. Lagneau, d'après lesquelles l'arrêt d'accroissement de la population reconnaît pour cause principale la diminution volontaire de la natalité, diminution causée uniquement par la situation faite aux familles nombreuses par les lois fiscales et militaires. »

Il reproche à la commission de s'être trop occupée du côté médical de la question et pas assez du côté démographique, de beaucoup le plus important.

M. LAGNEAU partage l'opinion de M. Javal et trouve que, dans cette discussion, l'Académie s'est trop occupée de la variole et de la vaccine qui ne sont qu'un point tout à fait secondaire de la question de la dépopulation. Relativement aux différentes causes de la mortalité, il signale la grande mortalité de nos jeunes soldats dans les colonies, en particulier au Sénégal ; il trouve immoral que le choix des hommes envoyés dans ces colonies soit tiré au sort, et il propose que l'Académie émette le vœu que, dans l'avenir, l'armée coloniale soit, autant que possible, composée de troupes indigènes.

M. GUÉNIOT, à propos de la première conclusion de M. Rochard, demande le rétablissement des tours, comme étant plus sûrement discrets et beaucoup plus économiques que le bureau secret.

M. ROUSSEL combat cette proposition en l'appuyant surtout sur cet argument, qu'avec le bureau secret, la mère, prise de remords ou jouissant d'une meilleure situation, peut facilement retrouver et reprendre son enfant.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ reconnaît, avec MM. Javal et Lagneau, que dans cette discussion la démographie doit occuper le premier rang. Mais il n'est pas nécessaire, pour cela, de supprimer les conclusions de la Commission. Il suffit de mettre avant ces conclusions la phrase qui, actuellement, les termine et qui résume fort bien l'opinion émise par M. Javal.

M. ROCHARD répond à M. Javal et s'applique à lui démontrer que si la Commission s'est occupée surtout du côté médical de la question, elle n'a pas non plus négligé le côté démographique. Il accepte, d'ailleurs, la proposition faite par M. Dujardin-Beaumetz, et qui semble devoir donner satisfaction à MM. Javal et Lagneau.

Cette proposition de M. Dujardin-Beaumetz est mise aux voix et acceptée. La rédaction suivante est donc adoptée :

« A la suite de la discussion soulevée par le mémoire de M. Lagneau, l'Académie appelle tout d'abord l'attention des pouvoirs publics sur celles de nos dispositions législatives qui peuvent entraver l'essor de notre population, en favorisant les restrictions volontaires qui diminuent notre natalité. Elle signale plus particulièrement celles qui concernent la transmission de la propriété, la répartition des impôts et la recherche de la paternité. »

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 mars 1891. — Présidence de M. BESNIER.

COMMUNICATIONS

Sur un cas de mort et un cas d'ophthalmie grave consécutifs à l'emploi de la lymphe de Koch. — M. HALLOPEAU. Le malade qui a succombé était atteint d'une lymphangiectasie suppurative d'origine tuberculeuse. Il a reçu cinq injections : la première, de 1 milligramme et demi ; la réaction générale a été modérée, la réaction locale presque nulle. Il s'est développé, à la suite de la dernière injection, un abcès très volumineux de la cuisse sur le trajet des lymphatiques dilatés. L'état général est devenu très mauvais ; le malade s'est cachectisé, il a fini par succomber deux mois après la dernière injection.

A l'autopsie, on a trouvé dans les poumons de nombreuses granulations miliaires en même temps que des lésions tuberculeuses anciennes. La production de l'abcès de la cuisse et la poussée de granulations miliaires paraissent devoir être attribuées à la lymphe de Koch.

Un second malade est un lépreux. Il a reçu deux inoculations de lymphe, la première de 1 milligramme, la seconde de 1 milligramme et demi. Elles ont été suivies d'une dyspnée angoissante, de vomissements, de douleurs persistantes au niveau

des nodosités lépreuses. Il s'est développé une double conjonctivite avec iritis. Du côté droit, on constate encore actuellement dans la cornée des foyers miliaires sous forme de points grisâtres qui offrent dans leur aspect beaucoup d'analogie avec les granulations de la tuberculose miliaire. S'agit-il de granulations tuberculeuses ou lépreuses? L'existence antérieure d'une iritis qui était, sans doute, de nature lépreuse, conduit à admettre que ces granulations intra-cornéennes sont également lépreuses. Sans doute, des bacilles étaient restés latents dans la cornée à la suite de l'ophthalmie survenue, il y a deux ans, et ils ont repris une nouvelle activité sous l'influence de la lymphe.

Déformation de la main. — M. DU CASTEL fait voir un malade dont la main gauche présente une hypertrophie assez singulière. La face dorsale est saillante, il se fait au poignet un brusque ressaut à la limite de cette hypertrophie. Les doigts sont volumineux, en fuseau, le pouce a peu de chose, l'index est un peu plus atteint, mais la lésion est au maximum à l'annulaire. Les extrémités osseuses sont augmentées de volume. Des vésicules se sont produites à plusieurs reprises; elles ont laissé des taches, de petites cicatrices. La main droite est à peu près normale. Le malade déclare avoir toujours eu cette déformation. Que faut-il en croire? Quelle est la nature de cette affection?

M. BESNIER. C'est là une hypertrophie indéterminée dans laquelle il paraît y avoir un élément trophique.

M. VIDAL. C'est de la pachydermie, dans le sens général du mot, avec angéiokératose (saillies vasculaires avec revêtement corné).

M. THIBIERGE a vu récemment un cas semblable. Il s'agit d'une affection congénitale à laquelle paraît s'être surajouté un élément trophique.

Pityriasis rosé et roséole syphilitique. — M. FEULARD fait voir une malade atteinte de pityriasis rosé, encore très net, chez laquelle existait simultanément, il y a quelque temps, une roséole syphilitique. La coïncidence des deux éruptions est intéressante à titre de curiosité, elle pourrait être, en pratique, une cause d'incertitude et même d'erreur.

Contagion hospitalière de la syphilis. — M. FEULARD, au nom de M. FOURNIER, présente un malade qui porte deux chancres au coude droit, un au coude gauche. Ces chancres sont, selon toute probabilité, le résultat d'une contagion qui s'est faite à l'hôpital alors que le malade était en traitement pour de l'eczéma des avant-bras.

M. BESNIER insiste sur la rareté de la contagion de la syphilis à l'hôpital, malgré l'emploi des ventouses, des abaisse-langue, des crayons de nitrate d'argent. Dans son service, il y a un crayon noir pour les syphilitiques, un crayon blanc pour les autres, cette précaution n'est pas prise partout. Cependant, la contagion hospitalière de la syphilis est chose très rare, il n'en a jamais vu dans son service. Elle est très rare aussi chez les infirmiers et les religieuses. Cela tient à ce que la syphilis ne se communique guère que par un contact direct; la transmission par l'intermédiaire d'instruments est plus difficile, peut-être parce que le virus perd ses qualités. Les médecins qui ont acquis une syphilis professionnelle l'ont généralement prise par inoculation directe sur une écorchure, une solution de continuité.

M. HARDY. Le spéculum devrait servir facilement de véhicule, il n'en est rien. La transmission instrumentale a été le fait de médecins auristes, de l'un d'eux surtout mort actuellement.

M. BESNIER. L'otologiste en question qui pratiquait le cathétérisme de la trompe d'Eustache avec une grande maëstria, faisait asseoir ses malades en rang sur un banc, et il passait le stylet de l'un à l'autre, rapidement, d'un tour de main. C'était évidemment là une condition particulièrement favorable à l'inoculation de l'un à l'autre.

M. LAILLER. Il est sorti de chez lui peut-être quarante cas de syphilis ainsi inoculée. Si l'on considère que ces cas en ont engendré d'autres, secondaires, on voit qu'il s'agissait d'une véritable épidémie due à la faute d'un seul. A Lourcine, j'ai vu un cas de contagion dû à l'usage d'une canule malpropre.

M. VERCHÈRE a vu un cas semblable à Saint-Lazare.

M. LE PILEUR. La contagion à Saint-Lazare est toutefois chose très rare; je n'en ai pas vu un seul cas en dix-neuf ans. Je ne tiens pas compte des cas de contagion directe de femme à femme, parfois observés, qui appartiennent à une autre catégorie de faits.

Sur un cas de kératodermie palmaire et plantaire occupant les orifices sudoripares. — MM. H. HALLOPEAU et PAUL CLAISSE présentent un malade qui porte à la plante du pied droit des saillies cornées qu'il a vu se développer à l'âge de douze ans et qui ont toujours persisté depuis; elles sont arrondies, dures, cornées et creusées d'une cavité que remplissent des concrétions cornées, irrégulières et comme rocheuses; on remarque, autour de ces saillies, des orifices dilatés qui appartiennent aux glandes sudoripares; les mêmes dilatations existent groupées en plaques plus ou moins étendues sous la malléole interne et à la partie interne de la plante du pied; les plus fines sont punctiformes; d'autres atteignent les dimensions d'un grain de millet ou de chènevis; on trouve tous les intermédiaires entre les plus petites dilatations et les orifices cratériformes qui ont été signalés au centre des plaques kératodermiques; il est manifeste que ces plaques sont constituées par la confluence de plusieurs de ces dilatations sudoripares. Le processus qui a donné lieu à la production de ces lésions paraît être partout le même : dilatation des orifices sudoripares, hyperplasie et kératinisation de l'épiderme qui les entoure, accumulation de substance cornée dans la cavité qu'ils circonscrivent. A la main droite, des callosités semblables à celles de la plante du pied et criblées d'orifices dilatés sont disposées en traînées sur les faces palmaires du médius et de l'index et paraissent répondre à des rameaux nerveux. Il s'agit là d'une variété de nævus; les auteurs admettent que le nævus, bien que lié à un trouble congénital dans la nutrition des tissus, peut n'apparaître que longtemps après la naissance, l'accumulation de substance cornée qui caractérise ces altérations est due au mode de réaction spéciale que présente l'épiderme des régions palmaire et plantaire; elle constitue une affection pénible par sa durée indéfinie, par la gêne souvent douloureuse qu'elle entraîne et par la dermite dont elle est parfois le point de départ.

Lichen simplex chronique. — MM. BROCQ et JACQUET. La maladie se présente aussi bien chez les hommes que chez les femmes; elle est fréquente surtout chez les arthritiques. MM. Brocq et Jacquet en ont observé dix cas en quelques mois. Le premier phénomène, c'est le prurit qui amène le grattage. Les lésions cutanées ne viennent que plus tard. Elles se montrent aux avant-bras, au creux poplité, à l'aine, à la nuque, sous forme de plaques auxquelles on peut distinguer trois zones concentriques. La zone externe est pigmentée, jaunâtre, ses bords sont mal définis, estompés. Dans la seconde zone, on trouve des papules disséminées, espacées, disposées à la surface d'une plaque de dermite; enfin, au centre, les papules sont agglomérées.

Ces papules sont du volume d'une tête d'épingle, jaunâtres ou grisâtres, souvent excoriées par le grattage. Quelques-unes ressemblent absolument aux papules du lichen plan. La lésion est tout à fait sèche.

Certaines plaques peuvent s'atténuer, puis disparaître, mais d'autres peuvent alors se développer. Les éléments cardinaux de cette affection sont le nervosisme constitutionnel, le prurit initial et la banalité même des éléments papuleux. Cet ensemble permet de reconnaître une dermatose spéciale, à laquelle on peut, avec M. Vidal, donner le nom de lichen simplex chronique qui ne prête à aucune confusion.

Des plaques semblables peuvent se produire secondairement à la surface de diverses affections cutanées prurigineuses, sous l'influence du grattage; il s'agit alors d'une sorte de transforma-

tion papillomateuse. Ces formes secondaires expliquent les confusions commises.

Avec le lichen simplex chronique primitif, pas de confusion possible : c'est le lichen circumscriptus des anciens auteurs.

Injections sous-cutanées d'huile créosotée. — M. BURLUREAUX (du Val-de-Grâce) fait une très intéressante communication sur une méthode qui permet l'injection sous-cutanée d'une dose énorme d'huile créosotée que l'hypoderme tolère admirablement. On peut injecter, grâce à un appareil spécial, à air comprimé, muni d'une aiguille en or, de 50 à 100 et même 200 grammes d'huile créosotée à 1 p. 14. Cela correspond à 3 à 14 grammes de créosote. Ces injections sont très bien supportées, à condition qu'on se serve de créosote rectifiée, distillée entre 200 et 210 degrés et ne renfermant pas d'acide phénique. La créosote est dissoute dans l'huile pure d'amandes douces ou d'arachides.

L'injection doit être faite lentement; l'appareil ne doit pas fournir plus de XL à L gouttes à la minute. L'opération dure ainsi quelquefois trois à cinq heures. Elle n'est pas douloureuse, elle est au moins très supportable. On choisit pour la piqûre tantôt la région fessière, tantôt les cuisses ou la région dorsale. Comme effet local, on ne constate qu'une rougeur érythémateuse, l'huile se résorbe habituellement sans laisser de trace appréciable. Une fois sur cinq environ, elle s'enkyste et ne disparaît qu'en cinq à quinze jours. Jamais il n'y a eu de suppuration. Rarement on a vu, au niveau de l'injection, des plaques dures, d'aspect sclérodermique. L'injection faite trop superficiellement détermine une mortification du derme de la dimension d'une pièce de 1 franc. La répétition des injections dans une même région peut amener un épaississement progressif de la peau qui rend difficile l'introduction de l'aiguille.

M. Burlureaux a actuellement pratiqué ainsi, ou fait pratiquer, sous sa direction, plus de 2500 piqûres. Dans un cas, il s'agissait alors de nourrir un malade artificiellement, il a injecté, en une seule séance, 320 grammes d'huile pure.

Synovite et périostite du tibia d'origine blennorrhagique. — M. OZENNE fait une communication sur ce sujet.

Pemphigus hydrargyrique. — M. PETRINI (de Bucharest) a vu une injection intra-utérine de sublimé provoquer l'apparition d'une éruption bulleuse.

La session générale annuelle de la Société aura lieu, à Saint-Louis, les 2, 3 et 4 avril.

A. M.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

CINQUIÈME SESSION (DU 30 MARS AU 4 AVRIL INCLUSIVEMENT)

Le Congrès se réunira à Paris, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Guyon. — La séance d'inauguration aura lieu le lundi 30 mars, à deux heures.

Communications annoncées au 1er mars (1)

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR

Première question : « Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée). » — MM. les docteurs P. Reclus (de Paris), Bazy (de Paris), E. Doyen (de Reims), Vaslin (d'Angers), Jeannel (de Toulouse), professeur Ollier (de Lyon), Picqué (de Paris), Victor Horsley (de Londres).

Deuxième question : « Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes. » — MM. les docteurs P. Reclus (de Paris), P. Segond (de Paris), Bazy (de Paris), Gustave Richelot (de Paris), E. Doyen (de Reims), Jeannel (de Toulouse), Bouilly (de Paris), Pozzi (de Paris), Jacobs (de Bruxelles), Spencer Wells (de Londres), Lawson Tait (de Birmingham).

Troisième question : « Des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique. » — MM. les docteurs Bazy (de Paris), E. Doyen (de Reims), P. Reclus (de Paris), Verneuil (de Paris).

QUESTIONS DIVERSES

Jules BŒCKEL (de Strasbourg). — Considérations sur la résection du genou, d'après 80 observations personnelles.

E.-J. MOURE (de Bordeaux). — De la thyrotomie dans le cancer du larynx.

HEYDENREICH (de Nancy). — De la résection du pubis dans la taille sus-pubienne, pratiquée pour ablation d'une tumeur vésicale.

P. RECLUS (de Paris). — Traitement des suppurations pelviennes.

THIRIAR (de Bruxelles). — Un cas de laparo-entérotomie, pour obstruction intestinale déterminée par un calcul intestinal.

E. DOYEN (de Reims). — 1° L'actinomycose de l'homme; 2° l'asepsie en chirurgie.

J. TOISON (de Douai). — De la trépanation du crâne par résection temporaire d'un lambeau ostéoplastique (procédé Wagner et procédé personnel de l'auteur).

LAVAUX (de Paris). — Pathogénie et traitement préventif de la fièvre urineuse.

MONPROFIT (d'Angers). — Laparotomie pour occlusion intestinale. Guérison.

VASLIN (d'Angers). — Opérations qui se pratiquent sur le squelette du pied, pour la réduction du pied bot varus équin congénital chez l'adulte.

POZZI (de Paris). — Des blessures de l'uretère dans les laparotomies.

PICQUÉ (de Paris). — Indications de la cholécystotomie.

Léon MONTAZ (de Grenoble). — 1° Sur les anévrysmes fessiers; 2° Contribution à la pathologie de l'os intermaxillaire.

A. BERTHOMIER (de Moulins). — Ostéomyélite des côtes; interprétation des signes sthétoscopiques.

A. BROCA (de Paris). — Sur les variétés et la cure radicale de la hernie inguinale.

P. SEGOND (de Paris). — Kyste séreux de la face postérieure de la vessie, extirpé au cours d'une hystérectomie vaginale.

TUFFIER (de Paris). — 1° Des résultats éloignés de la néphropexie pour rein mobile; 2° De l'incision hypogastrique dans les kystes hydatiques de l'espace rétro-vésical.

POIRIER (de Paris). — Exstrophie de la vessie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur F. Despagnet est nommé médecin oculiste du collège Rollin.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Voisard (de Vesoul).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

(1) Prière d'adresser au plus tôt les titres des communications à M. le docteur Pozzi, secrétaire général, librairie F. Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 35. — SAMEDI 21 MARS 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 21 MARS 1891. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Du périnée obstétrical, par M. E. BONNAIRE, accoucheur des hôpitaux. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

REVUE GÉNÉRALE

Du périnée obstétrical

I

SON AMPLIATION PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE

Par E. BONNAIRE, accoucheur des hôpitaux.

Le bassin est fermé à sa partie inférieure par un plancher musculo-aponévrotique, perforé chez la femme de trois ouvertures : le méat urinaire, la vulve et l'anus. Par son orifice vulvaire, il est destiné à livrer passage dans l'accouchement au produit de conception.

Vu par sa face supérieure, ce plancher offre la disposition d'un entonnoir très évasé, dont la concavité fait vis-à-vis à celle du diaphragme. Il résulte de là que la cavité abdominale se trouve limitée en haut et en bas par deux cloisons musculaires, en forme de voûtes, car le périnée peut être regardé comme une voûte renversée. En se contractant, ces deux voûtes s'aplanissent, tendent à se rapprocher l'une de l'autre, et restreignent, dans le sens vertical, la capacité de l'abdomen. C'est là un des éléments du phénomène de l'effort qui joue un rôle assez important dans l'expulsion du fœtus, pour qu'on ait comparé l'accouchement à la défécation. Mais, dans le cours de l'accouchement, le diaphragme n'est pas le seul antagoniste du périnée.

L'utérus gravide, modifié anatomiquement par l'hypertrophie et l'hyperplasie de ses fibres et, physiologiquement, par l'éveil de sa contractilité, forme, au moment de l'accouchement, un vaste sac sphéroïdal attaché aux parois et au plancher du bassin, à la façon d'un ballon retenu au sol par ses amarres. Son fond vient doubler la concavité du diaphragme : la résultante des forces qu'il développe en se contractant se dirige de bas en haut et tombe normalement sur le plan du périnée, conjointement et parallèlement à la résultante des forces produites par l'effort volontaire.

Lorsque le col est suffisamment dilaté pour livrer passage au fœtus et que la première période de l'accouchement est terminée, l'expulsion commence. L'utérus prend appui sur l'extrémité la plus élevée de l'ovoïde fœtal et, soutenu dans ses contractions par le concours de l'effort volontaire, il fait descendre la présentation, l'amène au contact du plancher pelvien et s'en sert, comme d'un bélier, pour étaler les éléments du périnée et ouvrir largement l'orifice vulvaire.

Selon leur degré de tonicité et de contractilité, les tissus résistent plus ou moins longtemps à cet assaut ; ils cèdent néanmoins peu à peu et on les voit obéir à l'ampliation.

Pour suivre des yeux les modifications de forme du périnée qui constituent la manifestation extérieure de ce phénomène, il convient de placer la parturiente dans le décubitus latéral. L'ampliation s'effectue d'arrière en avant. A chaque effort d'expulsion, on voit tout d'abord bomber de plus en plus et s'allonger d'arrière en avant le segment du périnée situé en arrière de l'anus. Le doigt, introduit dans le rectum, perçoit, à chaque impulsion exercée par la présentation, une oscillation du coccyx d'avant en arrière. Ces mouvements de rétropulsion s'effectuent tant dans les articulations intrinsèques du petit massif osseux que dans la charnière sacro-coccygienne. Ils cessent lorsque le coccyx a été refoulé en arrière de la pointe du sacrum. Dès lors, le détroit inférieur est largement ouvert d'avant en arrière pour livrer passage aux plus grands diamètres de la partie fœtale.

On voit ensuite l'anus s'entr'ouvrir peu à peu ; les veines hémorrhoïdales, dont la déplétion est entravée par la pression du fœtus, deviennent turgides et bordent l'orifice anal d'un bourrelet irrégulier et souvent très volumineux. Au fur et à mesure de la progression de la tête fœtale, la béance de l'orifice va en augmentant. Au moment où s'opère le dégagement, c'est un anneau large de 3 à 4 centimètres, au fond duquel forme un couvercle la muqueuse de la paroi antérieure du rectum.

En avant de l'anus, l'ampliation s'annonce par l'effacement de la rainure périnéale. La région se nivelle, puis bombe en tous sens, mais principalement d'avant en arrière ; les tissus se tendent et s'amincissent de plus en plus. A chaque nouvelle contraction, la voussure s'accroît pour rétrocéder partiellement dans les intervalles de repos. Alternativement propulsée par les forces expultrices et refoulée par la réaction élastique des tissus maternels, la tête obéit à un mouvement de va et vient qui se traduit par les oscillations dans la forme du périnée.

C'est surtout au moment où les téguments commencent à apparaître au fond du canal vulvaire que ces mouvements de la tête sont le plus manifestes. A chaque contraction, la vulve s'entr'ouvre, il semble que le dernier obstacle va être

vaincu, puis, la douleur passée, les grandes et petites lèvres se rapprochent de nouveau comme deux rideaux. C'est là ce qu'on a pittoresquement nommé la période de désespoir de l'accoucheur, par opposition avec le temps de dilatation du col auquel répond la période de désespoir de la parturiente.

Enfin la tête demeure définitivement engagée dans le canal vulvaire. Les parois latérales de ce canal s'allongent verticalement, tandis que sa limite inférieure, la commissure postérieure ou fourchette vulvaire, dessine un arc de cercle distendu en travers. Au moment précis où, le sous-occiput ayant pris appui sous la symphyse des pubis, les bosses frontales affleurent la commissure, la distension de la vulve est portée à son maximum et offre un périmètre de 33 à 35 centimètres, c'est-à-dire l'étendue de la circonférence sous-occipito-frontale de la tête du fœtus qu'elle engaine étroitement. En portant un ruban métrique de la pointe du sacrum au milieu de la fourchette vulvaire, on trouve une longueur de 18 à 23 centimètres. Le segment ano-vulvaire fait, pour la plus grande part, les frais de cette expansion, et ses dimensions passent de 2 centimètres et demi à 12 et 15 centimètres.

De nombreux éléments président à la régularité et à la rapidité de cette transformation plastique du périnée. La concordance plus ou moins précise des axes de l'utérus, du bassin et de l'ovoïde fœtal; l'énergie idiosyncrasique des muscles utérins; la vigueur et la docilité de la femme dans ses efforts volontaires; la variété de la présentation et son évolution à l'intérieur du bassin; le volume de l'enfant; la conformation de la filière pelvi-génitale et la qualité des tissus qui la ferment par en bas, tels sont les principaux facteurs qui peuvent influer sur l'évolution de ce phénomène.

Ce n'est pas sans un grand déploiement de forces que s'opère une telle modification dans le plancher du bassin. Schatz (1) a cherché à évaluer à l'aide de son tocodynamomètre la puissance dynamique développée par les contractions utérines et les efforts volontaires synergiques. Il a trouvé qu'il fallait, en moyenne, dans l'accouchement normal, un total de 17 à 55 livres pour amener l'expulsion du fœtus. Comme on le voit, l'écart est grand d'un chiffre à l'autre. Il peut être porté beaucoup plus loin encore : dans les applications de forceps, par exemple, la force déployée dans les tractions peut être légitimement portée à un maximum de 60 kilos.

On est donc en droit, d'après ce qui précède, d'assimiler le phénomène de l'ampliation à un véritable traumatisme. Le traumatisme est physiologique, lorsqu'après l'accouchement le périnée a conservé l'intégrité de ses tissus et récupère en entier la tonicité de ses éléments musculaires. Dans le cas contraire, il est pathologique.

Étude anatomique. — Envisagé au point de vue topographique, le périnée obstétrical se divise en trois régions. La région principale s'étend en surface de l'anus à la commissure postérieure de la vulve; elle répond à ce que les anatomistes ont coutume de considérer comme le périnée proprement dit. Si on l'examine en hauteur ou en épaisseur, suivant une coupe médiane dirigée d'avant en arrière, elle se présente sous la forme d'un triangle à bords curvilignes. Le bord antérieur de ce triangle répond au tiers inférieur du canal vagino-vulvaire; le bord postérieur est formé par la paroi antérieure du rectum; la base, par le raphé médian cutané; le sommet est situé au point d'adossement immédiat des parois du rectum et du vagin. On désigne sous le nom de corps périnéal l'ensemble des tissus qui occupent l'aire de ce triangle. Sa longueur de haut en bas mesure environ 4 centimètres; sa base est longue de 2 centimètres et demi au niveau de la peau; à 1 centimètre environ au-dessus de celle-ci, on trouve la dimension antéro-postérieure maxima; celle-ci est de 3 centimètres à 3 centimètres et demi et répond à une ligne étendue de la fosse naviculaire de la vulve à la face profonde du muscle sphincter externe.

(1) Schatz. *Arch. f. Gyn.*, vol. III, p. 58.

Sous l'influence des pressions que lui fait subir l'ovoïde fœtal, le massif triangulaire du corps périnéal se transforme en une gouttière curviligne, longue, large et mince, limitée par deux parois parallèles. La paroi inférieure est constituée par la peau, le rebord antérieur de l'anus et la paroi antérieure du rectum; l'autre, supérieure, est formée par la muqueuse de la vulve et du vagin. Entre les deux sont étalés les muscles, aponévroses, tissu cellulaire, vaisseaux et nerfs de la région. A l'enveloppe, répondent tous les traumatismes cruentés; quant au contenu, il peut, suivant les cas, être le siège de lésions communiquant avec l'extérieur, ou d'effractions purement interstitielles.

Les deux autres régions sont situées de part et d'autre de la précédente. L'une, en arrière, s'étend de l'anus à l'articulation sacro-coccygienne; l'autre, antérieure, est le périnée vulvaire; elle se limite en haut et en avant au pubis, en bas et en arrière à la fourchette de la vulve, et, dans la profondeur, au collier que forme autour du vagin le muscle releveur de l'anus.

Berry-Hart (1) et Barnes (2) réduisent le périnée obstétrical à deux segments, l'un pubien, l'autre sacré. Le premier comprend la vulve, l'urèthre, la vessie et le tissu cellulaire circonvoisin. O. Ranney (3) y rattache même, à titre de partie intégrante, l'utérus flanqué de ses annexes. Le segment sacré répond aux régions ano-vulvaire et rétro-anale. Le vagin sépare l'un de l'autre ces deux segments; il s'insinue entre eux en dessinant un S italique très allongé, et en formant un angle de 60 degrés avec l'horizon. Au cours de l'expulsion du fœtus, ces deux régions se comportent à la façon de deux valves mobilisées en sens inverse. Tandis que l'antérieure est entraînée en haut, la postérieure est refoulée en bas, de telle sorte que le fœtus passe entre les deux, selon la comparaison de Barnes, à la façon d'une personne qui, pour franchir une porte à deux battants, tire à elle un des vantaux, tandis qu'elle repousse l'autre pour pénétrer entre les deux.

Pour se rendre un compte exact de la nature, du degré et du siège des résistances que doivent vaincre les forces expultrices au niveau du plancher pelvien, on doit recourir à l'analyse anatomique des éléments constituants de ce plancher, et disséquer celui-ci de sa face profonde sous-péritonéale, à sa face superficielle cutanée, dans l'ordre même selon lequel s'étagent les obstacles qui retardent l'issue du fœtus.

Deux couches musculaires, lâchement engainées de minces aponévroses, se superposent pour constituer le plancher périnéal.

(1) Berry-Hart. *Edinburgh Med. Journ.*, juillet 1883.
(2) Barnes. *Traité théorique et clinique d'obstétrique*, trad. Cordes, 1886, p. 19.
(3) O. Ranney. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1883, p. 225.

La couche musculaire profonde est constituée par les deux muscles releveurs de l'anus, prolongés en arrière par les deux ischio-coccygiens. En raison de leur disposition en entonnoir, ouvert largement en avant pour laisser passer le vagin et étroitement, en arrière, pour le rectum, et surtout de la connexion intime de leurs fibres sur la ligne médiane, les quatre muscles doivent être considérés comme formant un septum unique, destiné à rattacher le périnée aux parois de l'excavation pelvienne. Le rôle de cette couche profonde est de telle importance dans le phénomène de l'ampliation, qu'on nous excusera d'insister ici sur sa description anatomique et sur son action physiologique.

Le premier auteur qui ait eu la conception précise de ce diaphragme musculaire est Paul Dubois. « Au point de vue de la part qu'ils prennent à l'accomplissement des excrétions fécale et urinaire, dit cet auteur (1), la description collective de ces quatre muscles est déjà convenable, parce que leur action est toujours simultanée et a un but et un effet communs. Au point de vue de leurs autres usages et, en particulier, du rôle qu'ils remplissent à l'égard de l'accouchement, cette communauté nécessaire et constante d'action est plus évidente encore et ce motif me paraît justifier suffisamment le parti que j'ai adopté. » Nombre d'auteurs depuis se sont ralliés à cette manière de voir et ont brodé sur le thème de P. Dubois. Pour ne citer que quelques noms, Savage, Berry-Hart et Barbour, Barnes, en Angleterre, Sims, Emmet, Garrigues, Skene, Parry, Dickinson en Amérique, Metterschiantz en Russie, Hildebrant, Hegar, Freund et Schatz en Allemagne, enfin, MM. Budin, Varnier, et tout récemment MM. Farabeuf et Varnier se sont attachés plus particulièrement à l'étude de cette question. Ces deux derniers auteurs, dans leur remarquable travail (2), substituent la dénomination plus précise de muscle releveur coccy-périnéal à celle de muscle releveur de l'anus et ischio-coccygien.

Chacune des moitiés de ce septum musculaire s'attache à la concavité des parois pelviennes, suivant une ligne étendue en biais, d'avant en arrière et de haut en bas. Cette ligne part de la face postérieure du pubis, à 3 centimètres et demi au-dessous du bord supérieur de l'os; de là, elle se continue par la bandelette pubio-sciatique, épaississement de l'aponévrose de l'obturateur interne, et répond ensuite à l'épine sciatique et au petit ligament sacro-sciatique. Elle offre une disposition semi-lunaire, et passe, par sa partie moyenne, à 5 centimètres au-dessous de la ligne innominée.

Les fibres musculaires convergent en dedans sous forme d'éventail. Les antérieures embrassent à angle droit, comme d'un collier, les bords latéraux et la face postérieure du vagin. Les unes se fixent aux parois de ce canal, les autres s'entrecroisent avec celles du côté opposé. Les fibres latérales, d'une part, s'entremêlent avec celles du rectum et du sphincter externes, d'autre part, s'attachent au raphé fibreux ano-coccygien. Enfin les postérieures se fixent à la face antérieure du coccyx.

L'épaisseur du muscle va en augmentant d'avant en arrière. Comme l'a établi Schatz, en 1883 (3), son extensibilité et l'étendue de son ampliation suivent une marche inverse. Cette disposition tient à ce que les fibres sont d'autant plus longues qu'elles sont plus antérieures et à ce que leurs insertions médianes sont aussi souples en avant qu'elles sont fermes en arrière. On peut, à ce point de vue, diviser le diaphragme musculaire profond en trois systèmes : ischio-coccygien, pelvi-ano-coccygien et pubio-périnéal, qui s'emboîtent concentriquement d'arrière en avant.

Le système ischio-coccygien épais, à fibres courtes et demi-tendineuses (Farabeuf), grâce à ses insertions médianes osseuses, forme un segment très peu extensible. Aussi l'ampliation du périnée se réduit-elle presque en ce point à la rétropulsion du coccyx. Elle fait défaut quand il existe une ankylose de cet os et cette anomalie entraîne un excès de distension complémentaire et préjudiciable des segments musculaires anté-jacents.

Attaché en dedans à un raphé fibreux et au pourtour de l'anus, le système moyen est déjà beaucoup plus dépressible. Le déplissement de ses fibres se traduit par la projection de l'anus en avant et par la surdistension de cet orifice.

Le système antérieur, essentiellement charnu, sans interposition d'aucune travée fibreuse, est le plus distendu et le moins résistant. Il constitue le siège d'élections le plus commun des ruptures musculaires interstitielles ou cruentées.

Par sa tonicité, le muscle releveur de l'anus est l'agent principal des mouvements de va et vient qu'exécute la tête fœtale au cours de l'ampliation. Une fois la boutonnière vaginale franchie, la partie fœtale cesse de rétrocéder entre les efforts d'expulsion. Un auteur allemand, Werth (1), attribue ces mouvements alternatifs non au refoulement élastique, mais à l'entraînement direct de la tête, saisie entre les faisceaux antérieurs du muscle, d'abord par la voûte, puis par la base du crâne, et déplacée de bas en haut par les contractions du releveur. La facilité avec laquelle on arrive à glisser la main et les cuillers du forceps sur les côtés de la tête, infirme cette manière de voir.

En dehors de tout état pathologique, on observe parfois un développement anomal de ce diaphragme musculaire, soit en totalité, soit seulement dans ses faisceaux antérieurs. On reconnaît cette disposition par le toucher vaginal. Le doigt, recourbé en crochet, rencontre, à 2 ou 3 centimètres en arrière de l'orifice vaginal, un bourrelet épais, dont on peut augmenter le relief et la consistance, en invitant la femme à serrer comme à la fin de la défécation (Budin). Ce bourrelet peut être asymétrique comme nous l'avons observé récemment. Il s'agissait d'une femme atteinte de coxalgie ancienne, avec atrophie osseuse et musculaire de tout le côté malade du bassin. Du côté sain, on trouvait toute la partie inférieure de l'excavation comblée par une masse molle et résistante, qu'à sa disposition et à ses contractions, nous reconnûmes constituée par le releveur de l'anus très hypertrophié. Envoyée à la Maternité, en prévision de dystocie, cette femme ne fit pas mentir l'ancien adage concernant les boiteuses; elle accoucha précipitamment en chemin de fer et se présenta à l'hôpital avec son enfant perdu dans son pantalon.

Les choses ne marchent pas toujours aussi heureusement et souvent on a à compter avec cette hypertrophie au moment de l'accouchement. Il peut arriver qu'à cet état anatomique réponde une contracture accompagnée ou non d'hyperesthésie (vaginisme supérieur) [Sims, Budin]. Si, avec une telle disposition, la coarctation des parois vaginales peut être portée au point de gêner l'intromission ou

(1) P. Dubois. *Traité complet de l'art des accouchements*, 1849, p. 117.
(2) Farabeuf et Varnier. *Introduction à l'étude clinique, etc.*, 1891.
(3) Schatz. *Arch. f. Gyn.*, vol. XII, p. 298.

(1) Mueller. *Handbuch der Geburtsch.*, vol. I, p. 398.

le retrait du pénis (penis captivus), on conçoit que l'obstacle devienne beaucoup plus grand lorsqu'il s'agit d'une tête fœtale. Comme le fait observer M. Budin (1), on vient à bout de cet élément de dystocie non par la section musculaire qui, dans certains cas, a pu entraîner la mort, mais par la narcose chloroformique poussée à dose chirurgicale. Au besoin, on termine l'accouchement à l'aide du forceps. Le passage du fœtus joue, en pareil cas, un rôle curateur en effectuant la dilatation forcée de la sangle musculaire contracturée.

L'étage inférieur du périnée est beaucoup moins important que le précédent dans l'étude de l'ampliation. Nous n'en indiquerons que très succinctement la composition anatomique.

Au-dessus de la peau et des deux fascias du tissu cellulaire qui la double, existe une carcasse aponévrotique, formée de trois feuillets, à l'intérieur de laquelle sont compris les muscles superficiels, les vaisseaux et nerfs. Ces trois aponévroses superposées sont dites profonde, moyenne et superficielle. Toutes se fixent au sommet et sur les côtés du triangle osseux ischio-pubien, et se terminent en arrière en se fusionnant suivant une ligne transversale étendue d'un ischion à l'autre au-devant de l'anus. Fendues sur la ligne médiane pour livrer passage au canal vagino-vulvaire, elles se réduisent à deux minces bandelettes confondues en dedans avec la paroi de ce canal.

L'aponévrose profonde se prolonge en arrière du confluent commun sous forme d'un revêtement celluleux qui tapisse la face inférieure du releveur de l'anus. Elle s'accole à l'aponévrose moyenne dont la séparent seulement les vaisseaux et nerfs honteux internes. Entre les aponévroses moyenne et inférieure, sont placés les muscles, que de faibles expansions celluleuses séparent incomplètement.

Ces muscles sont, d'avant en arrière : les ischio-caverneux qui entourent d'une demi-gouttière les corps caverneux et s'insèrent, d'une part, à l'ischion et à la branche ischio-pubienne et, d'autre part, à l'enveloppe fibreuse des corps caverneux. Dans l'ampliation vulvaire, ces muscles jouent le rôle de coussins destinés à prévenir un heurt trop violent des parties molles entre la tête fœtale et la fourche osseuse. Plus en dedans se voient les deux bulbo-caverneux, dont l'ensemble forme le constricteur du vagin ou constrictor cunni. Confondus à leurs deux extrémités de façon à former un second collier au-dessous du releveur coccy-périnéal, ils s'insèrent sur le clitoris et sur le ligament suspenseur. Ils se confondent en arrière l'un avec l'autre et tous les deux envoient des expansions aux transverses et au sphincter anal. Leur face interne repose sur les bulbes du vagin, et leur face externe est séparée des muscles ischio-caverneux par un espace celluleux triangulaire, riche en vaisseaux sanguins. Comme le releveur de l'anus, ils peuvent devenir le siège d'une contracture douloureuse (vaginisme inférieur), qui peut, elle aussi, retarder l'expulsion fœtale. En arrière du constrictor cunni, ces deux transverses forment un septum étendu d'un ischion à l'autre, ils prennent leurs insertions fixes sur ces tubérosités. Ils se dissocient sur la ligne médiane en trois faisceaux : l'antérieur se confond avec le constricteur du vagin ; le moyen s'entrelace avec son homologue du côté opposé ; le postérieur se jette sur le sphincter externe de l'anus.

Enfin, le sphincter externe de l'anus forme une virole à l'extrémité terminale du gros intestin. Plus épais et plus haut en avant qu'en arrière, ce muscle se relie au coccyx par l'intermédiaire du raphé coccy-anal et, en avant, se confond en partie par un échange de fibres avec le transverse et le constricteur de la vulve. De son entrecroisement avec ce dernier muscle, résulte une disposition d'ensemble en forme de 8.

De chaque côté de l'anus, au-dessus de la peau, entre la face inférieure du releveur de l'anus et la paroi pelvienne tapissée par l'obturateur interne, existent deux amas de tissu cellulo-adipeux comblant les espaces triangulaires pelvi-rectaux. Ce tissu cellulaire communique, par les échancrures sciatiques, avec le tissu cellulaire de la fesse ; l'expansion produite par l'ampliation du périnée détermine un reflux de ce tissu cellulaire au dehors du bassin.

Comme le plan musculaire profond, mais à un degré bien moindre que celui-ci, le plan superficiel lutte contre l'ampliation par sa tonicité et sa contractilité. Les effets de sa contractilité se perçoivent parfois, chez les femmes à musculature robuste, sous forme de trémulations rapides, fronçant en divers sens, comme d'une sorte de grimace, les téguments distendus.

La portion vagino-vulvaire du périnée, comprise dans la boutonnière musculaire, n'oppose que l'élasticité de ses tissus au passage du fœtus. Chez les primipares, l'entrée du vagin est en partie fermée par une cloison membraneuse, l'hymen, qui n'est autre qu'une dépendance de la paroi même de ce canal (Budin). Ce diaphragme, bien que fissuré d'habitude par les rapprochements sexuels, a conservé une grande résistance au moment de l'accouchement. Aussi ne peut-il, dans les conditions normales, participer à l'ampliation qu'en éclatant. Parfois il oppose un obstacle à l'expulsion qu'on ne vainc que par l'incision (Budin). Il est exceptionnel de le voir céder sans se rompre. Stoltz et Budin ont pourtant signalé des faits de cette nature. Lorsque la tête a déplissé la partie inférieure du vagin, elle refoule au-devant d'elle l'anneau hyménal. Arrêtée en ce point, elle mobilise en avant, avec elle, tout le périnée antérieur. D'oblique qu'elle était, en bas et en arrière, la vulve ainsi entraînée se trouve dirigée en haut et en avant. La commissure postérieure se distend à l'excès, et se limite par un bord tranchant. Sous le pubis, au contraire, le méat urinaire et le tubercule antérieur du vagin s'entassent derrière le clitoris sous forme d'une masse turgide et violacée. Enfin, l'anneau hyménal se rompt et le cuir chevelu apparaît taché d'une mince couche de sang. L'occiput puis le sous-occiput prennent place sur le pubis. A ce moment, comme pour donner plus de jeu à la fourchette vulvaire, la région vestibulaire subit un mouvement de retrait sur la nuque du fœtus. La tête se défléchit, et la commissure postérieure, après avoir franchi péniblement la voussure frontale du fœtus, se rétracte d'emblée ou par à-coups, en balayant la face pour venir se loger dans le sillon sous-mentonnier.

La tête sortie, tout n'est pas fini pour le périnée : suivant la comparaison que répètent dans leurs cours M. Tarnier et ses élèves, le fœtus traverse le détroit inférieur et le canal vulvaire à la façon d'un enfant qui s'insinue entre les barreaux parallèles d'une grille. Là où les grands diamètres antéro-postérieurs de la tête ont passé doivent passer les grands diamètres transversaux du tronc, c'est-à-dire les épaules. Une fois la tête au dehors, le temps de rotation interne des épaules amène le diamètre bis-

(1) Budin. *Obstétrique et gynécologie*, 1886, p. 361.

acromial du fœtus dans le diamètre droit du détroit inférieur, vis-à-vis du grand axe de la vulve. Le fœtus tourne de côté comme l'enfant place ses épaules de champ dans l'interstice de la grille. Pour franchir la gouttière périnéale et l'anneau vulvaire, le diamètre bis-acromial obéit à un mécanisme identique à l'artifice qu'on emploie, quand on fait passer, en biais, un bâton trop grand à travers un cerceau trop étroit. Une extrémité pénètre d'abord dans l'anneau, l'autre ne vient qu'ensuite. L'épaule antérieure se dégage la première en avant et au-dessous du pubis. Alors la postérieure parcourt d'arrière en avant la gouttière périnéale, franchit la fourchette et, derrière elle, achève de se dégager le bras y attenant.

Effractions du périnée. — Indépendamment de la déchirure de l'hymen qui doit être considérée comme un phénomène physiologique, quand elle se limite strictement au diaphragme membraneux, le périnée peut être lésé dans tous ses éléments soit isolés, soit associés. Nous nous bornerons à l'étude des traumatismes de l'enveloppe cutanéo-muqueuse, et de son contenu musculaire, laissant, à dessein, de côté les lésions spéciales, telles que le thrombus de la vulve et du vagin, l'étranglement et l'inflammation des hémorrhoïdes, les paralysies sphinctériennes, l'arthrite sacro-coccygienne (coccygodynie).

Les effractions périnéales prennent naissance dans l'accouchement spontané ou dans le cours des interventions obstétricales.

Leur étiologie doit être recherchée :

1° Dans les anomalies des voies d'expulsion maternelles;
2° Dans les anomalies de la force expultrice;
3° Dans les anomalies de la présentation fœtale;
4° Dans les manœuvres de l'accouchement artificiel.

1° *Anomalies des voies d'expulsion.* — Certaines malformations du bassin prédisposent aux ruptures du périnée, en dirigeant la présentation fœtale de façon vicieuse à la surface du plancher musculaire. Comme le remarque M. Doléris, les antéversions et latéroversions du bassin ne jouent aucun rôle à ce point de vue. En effet, les rapports de direction restent les mêmes entre le plancher et les axes de l'excavation pelvienne quelles que soient l'inclinaison et l'attitude imprimées du bassin.

Bien autrement importantes sont les viciations qui ont leur siège dans l'excavation pelvienne ou au détroit inférieur. A ce titre, il faut signaler la rectitude et la longueur exagérée du sacrum; l'excès de longueur et le rapprochement des branches ischio-pubiennes; la déformation dite en entonnoir du bassin cyphotique; la disposition anomale de la symphyse du pubis, désignée sous le nom de barrure, et qui consiste en un excès de hauteur avec inclinaison en bas et en arrière de la symphyse. En de telles conditions, la tête a peine à contourner le bord inférieur de la barrière pubienne et l'occiput ne trouve point, entre les branches ischio-pubiennes, l'espace suffisant pour venir s'accoler au ligament sous-pubien. Ce n'est qu'au prix d'un creusement très profond du périnée postérieur que la tête peut franchir le détroit inférieur. Il en résulte une surdistension des tissus, et ceux-ci peuvent éclater soit entre l'anus et la vulve, soit au niveau de la fourchette vulvaire.

La cause principale des ruptures du périnée doit être cherchée dans les dispositions anatomiques anomales ou dans la qualité défectueuse des tissus maternels.

Le défaut de largeur et l'excès de longueur du périnée, ainsi que l'orientation de la vulve trop en avant, offrent des conditions défavorables pour l'ampliation. A un périnée court, répond un canal d'expulsion facile à creuser et aisé à franchir pour le fœtus et inversement.

La rigidité des tissus est, de tous les facteurs de l'effraction périnéale, celui qu'on rencontre le plus souvent. Il y a défaut d'extensibilité naturelle ou par altération pathologique. L'état de primiparité, conjointement avec l'âge de la parturiente, joue ici le rôle principal. Selon l'expression de M. Pajot, chez les primipares âgées, les tissus deviennent coriaces. A partir de trente ans, les pièces du coccyx se soudent entre elles, et nous avons vu comment cette ankylose pouvait troubler l'expansion du segment ischio-coccygien du périnée. Chez les primipares trop jeunes, les tissus manquent de tonicité et de résistance suffisantes et le périnée s'étoffe mal sous la pression exercée par le fœtus.

Les modalités d'altérations pathologiques sont multiples. Nous citerons parmi les plus importantes : l'infiltration œdémateuse par dyscrasie générale ou par troubles circulatoires locaux; les ectasies veineuses; la surchage adipeuse; une friabilité des tissus spéciale aux femmes lymphatiques chez lesquelles, à la suite d'écoulements leucorrhéiques abondants, on voit les téguments se recouvrir de végétations accompagnées d'érythème; une sorte d'imbibition septique qu'on observe dans les cas où, le fœtus étant retenu dans l'utérus à l'état de putréfaction, des écoulements putrides baignent le canal vagino-vulvaire; l'étroitesse congénitale de la vulve par atrésie totale ou par la présence de brides et de diaphragmes; l'excès de résistance de l'hymen; enfin, l'existence de tissus inodulaires du fait de traumatismes anciens.

Les cicatrisations vicieuses nuisent à l'ampliation du périnée de deux manières différentes : ou bien, elles ferment entièrement la vulve d'une barrière inextensible et rendent l'accouchement impossible, à moins que le chirurgien ne lève l'obstacle par une incision, ou encore que le fœtus ne passe en arrière, grâce à une rupture centrale du périnée; on bien, elles détruisent la souplesse des tissus sans entraîner de rétrécissements apparents. On peut dire, à ce point de vue, que les ruptures du périnée s'appellent entre elles; s'il s'agit d'une déchirure ancienne qui n'a pas été réunie, les bords indurés de la plaie se prêteront mal à l'expansion et se déchireront; s'il y a eu réunion secondaire, le bourgeonnement aura donné naissance à un tractus cicatriciel plus ou moins épais qui jouera, vis-à-vis des tissus sains, le rôle d'un écran s'opposant à la répartition symétrique et uniforme du déplissement des fibres musculaires.

Anomalies des forces expultrices. — Pour effectuer l'expulsion dans des conditions régulières, les contractions utérines doivent être suffisamment fortes, longues et espacées, accompagnées d'efforts volontaires proportionnés et bien rythmés. Sous cette double impulsion, les tissus du périnée s'effacent lentement avec des temps de repos et sans saccades. Il s'en faut que la totalité des forces déployées par la parturiente se propage exclusivement au plancher pelvien : avant de creuser la gouttière périnéale, la partie fœtale doit frayer sa route dès son entrée dans la filière pelvi-génitale et aplatir, sur les parois du bassin, le capiton de parties molles qui en forme le revêtement interne. Si le bassin est trop spacieux, ces frottements deviennent nuls; la tête est poussée d'emblée sur le plancher périnéal,

et celui-ci, surpris de la sorte par la violence de l'attaque, n'a pas latitude de s'étaler peu à peu et éclate. Un excès d'énergie des contractions utérines peut, dans le cas où le bassin est de spaciosité normale, entraîner les mêmes effets. Ainsi s'explique le danger pour le périnée des accouchements précipités.

A un point de vue tout différent, la lenteur et la langueur des contractions utérines peut compromettre l'intégrité des tissus maternels. Tant que la tête fœtale demeure arrêtée dans l'excavation pelvienne sans atteindre le périnée, celui-ci ne court aucun risque. Mais il n'en est plus de même quand, au cours de l'ampliation, la tête demeure en détresse sur le plancher pelvien. Avec le temps, la surdistension prolongée des tissus détermine un véritable surmenage des muscles, dont les effets se feront sentir après l'accouchement et se manifesteront de façon variable. Tantôt il n'en résultera qu'une paralysie transitoire des sphincters; tantôt la flaccidité des muscles sera durable, et le périnée demeurera réduit à l'état d'une poche cutanéo-muqueuse garnie de tissus atrophiés et dégénérés. Plus ordinairement, les accidents dus à la compression prolongée se traduisent par le sphacèle localisé aux points trop longtemps ischémiés; suivant le siège, il survient dans les suites de couches des fistules vésico-vaginales, recto-vaginales ou même médio-périnéales (ruptures centrales secondaires; Duncan).

Anomalies du côté du fœtus. — Ces anomalies ont trait au volume total, à la configuration et à l'orientation des diverses présentations, aux procidences des membres. En ce qui concerne l'accouchement normal, c'est-à-dire la présentation du sommet, deux opinions divergentes sont en présence, au sujet du volume du fœtus. Les uns considèrent qu'une tête fœtale expose davantage aux déchirures en franchissant trop rapidement la gouttière périnéale. A ce propos, Mekerttschiantz (1) a compté que, dans 65 p. 100 des cas de déchirures, la tête était de dimensions au-dessous de la moyenne. Pour d'autres (Winckel, Schrœder), les grosses têtes font éclater les tissus par surdistension. Il convient d'être éclectique, les deux manières de voir étant exactes. Bien plus que le volume absolu de la tête, son degré de consistance, dont dépendent le volume relatif et la forme de la présentation au moment du dégagement, doit être pris en considération. On sait que, dans la lutte qu'elle engage avec la tonicité des parois du canal pelvi-génital, la tête subit une déformation plastique. Ce phénomène a pour but de transformer le globe céphalique en un corps cylindro-conique et de présenter aux segments successifs du canal d'expulsion des diamètres fœtaux réduits. Cet amoindrissement relatif s'effectue grâce à la présence des sutures et fontanelles et à la souplesse des plaques osseuses. On conçoit, dès lors, qu'une tête, même petite, franchisse la vulve avec plus de dommage qu'une grosse tête malléable, si elle offre des sutures trop étroites, des fontanelles comblées par des os wormiens, ou des os trop compacts.

Nous n'avons pas à nous occuper plus longuement de la présentation du sommet, lorsqu'elle obéit normalement aux différents temps du mécanisme de l'accouchement.

Dans la présentation de la face, les conditions de l'ampliation sont moins favorables pour le périnée. La rotation faite, la tête défléchie se dégage en se fléchissant et franchit la vulve suivant des diamètres plus grands que dans les présentations du sommet. Torggler (1) fait remarquer que la circonférence sous-mento-occipitale, au passage de laquelle répond le maximum de distension de la vulve, est de 4 à 5 centimètres plus étendue que la circonférence sous-occipito-frontale, de la présentation du sommet.

La tête sortie, le périnée est demeuré intact ou, au contraire, il a été entamé. Dans l'un et l'autre cas, mais surtout dans le dernier, même si l'effraction a été minime, tout risque n'a pas disparu pour les tissus maternels. Les épaules tournent, l'antérieure se dégage au-devant des pubis et demeure inoffensive dans cette évolution; la postérieure, ensuite, creuse de son moignon la gouttière périnéale, et, selon les cas, fait éclater la fourchette en l'accrochant, ou aggrandit sur son passage l'effraction préexistante. Le fœtus, comme dit M. Pajot, déchire le périnée en deux temps, comme le marchand, pour diviser une étoffe, donne d'abord un coup de ciseaux et tire ensuite les deux chefs en sens inverse.

Les conditions de l'ampliation varient dans la présentation du siège, suivant qu'il s'agit des variétés complète ou décomplétées. Si la présentation est complète, la grande réductibilité de la partie fœtale formée de plusieurs pièces pelotonnées les unes sur les autres, l'épaisseur des parties molles qui établissent un coussin élastique autour des saillies osseuses, assurent des garanties pour l'intégrité du périnée au moment du dégagement. Il arrive, cependant, que la saillie d'un talon ou d'un genou mal placé donne lieu à une effraction localisée. Malgré son tassement effectué au cours du transit à travers le bassin, le siège complet demeure assez volumineux pour préparer le passage de la tête venant derrière. Celle-ci trouve donc l'ampliation toute faite quand elle atteint le périnée, et elle franchit la vulve tout aussi heureusement que lorsqu'elle vient première, à condition, toutefois, qu'elle soit bien dirigée et qu'elle ne sorte pas avec un ressaut brusque.

Le siège est-il décomplété mode des pieds ou mode des fesses, le fœtus se trouve disposé en forme d'un cône dont la base répond à la tête. Il franchit la filière pelvi-génitale, comme un bouchon conique s'enfonce dans le goulot d'une bouteille. Les difficultés de l'ampliation vont en augmentant avec les progrès de l'expulsion ou de l'extraction. Les conditions deviennent ici d'autant plus fâcheuses, que la vis à tergo naturelle se réduit presque exclusivement aux efforts volontaires de la mère lorsque la tête arrive au plancher du bassin, et qu'il devient souvent nécessaire de distendre la vulve avec le doigt ou le forceps, sur les côtés du fœtus, pour terminer l'extraction. En outre, l'obligation dans laquelle on se trouve d'opérer vite pour préserver l'enfant de l'asphyxie, nécessite une ampliation artificielle rapide du périnée, et par conséquent dangereuse.

Moins favorable encore que la précédente est la variété décomplétée mode des fesses. En cette attitude du fœtus, les membres inférieurs sont relevés de chaque côté du tronc et, selon l'expression de Tarnier, jouent le rôle de deux attelles mettant obstacle à l'inflexion latérale du rachis. Ainsi transformé en une tige rigide, le tronc s'accommode mal à la courbure du canal pelvi-génital; le siège descend en ligne droite, atteint le périnée dans son segment le plus postérieur, et là enfonce les tissus sur place. Ce n'est qu'au prix d'un grand déploiement de forces que la présentation arrive à l'orifice vulvaire. La fesse postérieure

(1) Mekerttschiantz. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXVI, hft. 3.

(1) Torggler. *Centralbl. f. Gyn.*, 1886, n° 14.

entraîne au-devant d'elle une calotte de parties molle qu'elle fait éclater souvent à partir de la fourchette vulvaire. Parfois le siège n'avance pas et le périnée se rompt en son centre.

Par elle-même, la présentation de l'épaule n'exerce aucun traumatisme sur le plancher pelvien. L'accouchement spontané, avec des dimensions fœtales et pelviennes normales, est impossible, et il est peu de lois en obstétrique qui comportent d'aussi rares exceptions que celle-là. Le pronostic de la présentation de l'épaule se réduit donc, au point de vue qui nous occupe, à l'influence offensante pour le périnée des interventions obstétricales : version ou embryotomie.

Pour que les conditions eutociques de l'ampliation périnéale se trouvent réalisées au mieux, il faut que la présentation obéisse au mouvement de rotation interne qui ramène derrière le pubis la partie qui doit se dégager la première. Absolument indispensable dans la présentation de la face, cette rotation est presque indifférente pour les présentations du siège, hormis les cas où l'on est obligé de procéder à l'extraction dans la variété décomplétée mode des fesses, et ceux dans lesquels on ne peut ramener en avant l'occiput de la tête dernière.

De toutes les causes d'effraction du périnée qui dépendent du fœtus, il n'en est pas de plus commune que le défaut ou le vice de rotation de l'occiput, dans les présentations du sommet. S'il y a défaut de rotation dans les positions obliques antérieures, au moment du dégagement, l'occiput prend appui sur l'une des branches ischio-pubiennes, tandis que la face glisse de côté sur la commissure vulvaire. Les irrégularités du nez et des maxillaires déterminent ainsi une pression asymétrique sur les tissus et donnent lieu à des déchirures latérales. La plupart des lésions extra-médianes du périnée n'ont pas d'autre cause qu'un retard dans la rotation ou un dégagement de la tête en position légèrement oblique.

Le défaut ou le vice de la rotation dans les positions postérieures est autrement préjudiciable pour les tissus maternels. Comme l'a établi Cazeaux (1), le mécanisme du dégagement est régi par cette loi : lorsqu'une tige droite et inflexible aura à franchir un canal courbe, elle le franchira d'autant plus facilement que ce canal sera moins courbe et moins long et la tige droite plus courte. Or, dans les positions occipito-postérieures non réduites, au lieu d'avoir à franchir la portion du canal qui répond aux quatre centimètres de la hauteur du pubis, ainsi qu'il arrive lorsque la rotation s'est effectuée en bonne direction, l'occiput doit parcourir, avant de se dégager, tout le plancher périnéal fortement allongé, c'est-à-dire une gouttière qui atteint jusqu'à 25 centimètres de longueur. De plus, la tige inflexible que forme la présentation, au lieu de se réduire à la tête seule, comme dans les positions antérieures, se trouve représentée par la tête et le thorax immobilisés l'un sur l'autre par le contact du menton avec le sternum. Pour que l'accouchement ait lieu, il faut que la tige se brise, ce qui n'est pas possible, ou qu'elle s'incurve, ce qu'elle fait en partie grâce aux déformations plastiques de la tête; que la courbure périnéale se redresse ou se déchire; c'est cette dernière éventualité qu'on observe le plus habituellement. L'effraction se produit en ce cas selon le même mécanisme que dans la présentation du siège décomplétée mode des fesses.

(1) Cazeaux. *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 1841, p. 324.

Les irrégularités de surface inhérentes à chaque présentation : saillies du visage dans les présentations de la face et du sommet; saillies des talons et des genoux dans la présentation du siège; saillies des acromions et des coudes dans le passage du tronc, influent puissamment sur la production des déchirures périnéales par la distension inégale qu'elles impriment aux tissus. Il est dès lors aisé de concevoir que l'action offensante due aux irrégularités de contour de la présentation sera portée beaucoup plus loin, lorsqu'il existera une procidence d'un ou de plusieurs membres s'avançant au-devant ou sur le côté de la partie fœtale à laquelle ils ne se rattachent pas naturellement. Charpentier a insisté en particulier sur le rôle que joue la présence du coude prolabé à côté de l'extrémité céphalique, en labourant la gouttière pelvienne, dans la pathogénie des ruptures centrales du périnée.

Déchirures du périnée dans les opérations obstétricales. — Au cours des interventions obstétricales le périnée est exposé au traumatisme, soit dans le temps où l'accoucheur introduit sa main nue à l'intérieur des voies génitales ou dans le temps où il conduit les branches d'un instrument sur les côtés de la présentation fœtale, soit au moment où le fœtus, entraîné artificiellement au dehors, effectue l'ampliation des tissus sur son passage.

Si l'on songe que ces interventions sont plus souvent des opérations d'urgence que des opérations de choix, qu'on n'agit, sauf dans les cas où l'intérêt du fœtus seul est en jeu, que chez des femmes fatiguées par un travail prolongé; que fréquemment le périnée, déjà surmené, est infiltré ou que la muqueuse qui revêt le canal d'expulsion a été dépolie et est devenue rigide, du fait des écoulements irritants ou des injections antiseptiques réitérées, on comprend que l'ampliation du plancher pelvien s'effectue dans des conditions bien moins favorables lorsqu'il y a accouchement artificiel.

Les effractions produites par l'accoucheur se divisent au point de vue pathogénique en :

1° Inévitables;
2° Imputables à l'impéritie de l'opérateur;
3° Imputables à la défectuosité de l'instrument employé.

1° Lorsqu'il existe une atrésie des voies génitales, une altération des tissus maternels; lorsqu'on ne peut corriger artificiellement une mauvaise présentation ou une position défectueuse; lorsqu'il importe d'effectuer une extraction très rapide d'un enfant en danger de mort, il peut être impossible de sauvegarder l'intégrité du périnée. Toute l'habileté de l'opérateur doit, en ce cas, s'appliquer à limiter et à diriger l'effraction inévitable.

2° Le traumatisme accidentel est imputable à l'impéritie de l'accoucheur, lorsqu'il résulte de manœuvres violentes ou maladroites : par exemple, lorsqu'une tête est mal saisie et attirée au dehors en mauvaise direction, sans laisser aux tissus le temps de s'assouplir graduellement. Aussi, peut-on dire d'une façon générale, que les opérations obstétricales, qui ont pour but d'extraire le fœtus *per vias naturales*, sont, à l'inverse des opérations chirurgicales, d'autant mieux conduites, qu'elles sont exécutées avec plus de lenteur, de douceur et de circonspection.

3° A côté des mauvais opérateurs, les mauvais instru-

ments. Qu'ils aient pour but de réduire le volume du fœtus par le morcellement et le broiement, ou qu'ils scient employés pour extraire l'enfant, en respectant son intégrité, les instruments, quelque rationnellement construits qu'ils soient, peuvent toujours être dangereux, par ce fait seul qu'ils sont formés de tiges métalliques très résistantes et qu'ils sont appelés à transmettre à l'intérieur des voies génitales les forces souvent considérables que déploie l'accoucheur.

Sans vouloir faire ici le procès détaillé de différents types d'embryotomes destinés au morcellement du fœtus, au point de vue de leur nocivité pour l'organisme maternel, nous dirons seulement que tous ceux qui nécessitent la mise en jeu de forces violentes et saccadées, qui sont exposés à déraper brusquement, qui comportent des crêtes ou des saillies non cachées par des gaines protectrices sont dangereux à la fois pour l'utérus, le vagin et le périnée. Pour prendre un exemple, le crochet mousse à décollation, actuellement usité en Allemagne, doit être considéré, à ce titre, comme mauvais.

Dans le domaine de la céphalotripsie, nous voyons que la plupart des anciens instruments, formés de tiges longues et épaisses, afin de porter des bras de leviers puissants dans l'utérus, exposés à mal saisir la tête, à déborder son périmètre et à déraper brusquement, peuvent léser les parties profondes des voies génitales. Par le broiement excentrique et incomplet qu'ils exécutent, et surtout par le défaut de coaptation des esquilles osseuses qu'ils laissent pointer à travers les téguments du crâne, ils transforment la tête en un disque irrégulier avec saillies qui dilacère la gouttière périnéale ou la fait éclater par ampliation asymétrique. A ces divers points de vue, le basiotribe assure mieux la sauvegarde des tissus maternels que tous les céphalotribes ou cranioclastes, jusqu'ici imaginés.

Pour ne pas parler des crochets mousses et des lacs, dont les indications vont chaque jour en se restreignant, le type des instruments qui, à titre égal, ont égard aux intérêts de l'enfant et de la mère, est constitué par le forceps. Si, dans les traumatismes maternels dépendant de son application, la part de l'impéritie de l'accoucheur est grande, on ne saurait méconnaître celle qu'il convient d'attribuer à la construction et au mode d'action de l'instrument.

Des trois temps que comporte l'application du forceps : introduction, préhension et extraction de la tête, le premier doit toujours être inoffensif pour le périnée, quel que soit le modèle d'instrument employé.

Le second temps, dont la bonne exécution dépend surtout de l'application exacte des cuillers et de la fixité de leur contact à la surface de la tête, peut, dans certaines circonstances, déterminer des lésions du périnée. Telles les applications sur la tête arrêtée transversalement au détroit supérieur dans les bassins aplatis, ou sur la tête profondément engagée en position occipito-postérieure. Pour bien saisir la tête, dans le premier cas, d'une oreille à l'autre, c'est-à-dire dans la direction du diamètre antéro-postérieur du bassin, il est nécessaire de déprimer considérablement le périnée dans la direction du coccyx avec les manches de l'instrument. Dans le temps de traction, jusqu'à ce que le détroit supérieur soit franchi, ce contact brutal s'exagère et, s'il n'a pas déchiré les tissus, il les contusionne et les rend impropres à subir sans dommages l'ampliation ultime. En ce qui concerne la protection du périnée, la saisie oblique par rapport à la tête et par rapport au bassin permet d'appliquer l'instrument avec un refoulement moindre des tissus maternels en arrière.

Dans les positions occipito-postérieures, la tête ne peut exécuter son mouvement de rotation, l'occiput en avant, qu'à condition d'être bien fléchie. On doit donc procéder à la flexion artificielle à l'aide du forceps, et pour cela placer les cuillers autant que possible dans la direction de la circonférence occipito-mentonnière. On n'arrive à faire coïncider l'axe des cuillers, avec les deux côtés de cette circonférence, qu'au prix d'un refoulement excessif du périnée. Encore échoue-t-on toujours partiellement, si on n'a soin, au préalable, de fléchir la tête directement avec la main, en la faisant tourner l'occiput en avant, comme le conseillait Flamant (1) et comme l'a conseillé récemment M. Loviot, ou si on ne fait pas usage d'un forceps à courbure périnéale sur les branches de préhension. A plusieurs reprises, dans les applications du forceps, en position occipito-postérieure, nous avons pu constater que le périnée offrait déjà une plaie béante, entamé avant que la tête vînt affleurer l'orifice vulvaire.

Quelles que soient la présentation et la position, c'est dans le temps de traction que se multiplient les risques que court le plancher pelvien. A ce point de vue, en créant son forceps qui permet de tirer à toute hauteur exactement dans la série des axes de la filière pelvi-génitale, annihilant ainsi toute déperdition des forces nuisibles pour les tissus maternels, M. Tarnier a fait, de l'application de cet instrument, une opération inoffensive et facile à conduire. C'est le forceps des ignorants, a-t-on dit : on n'en pouvait faire de meilleur éloge, les opérations ayant pour but non de faire valoir le brillant de l'opérateur, mais de sauvegarder les opérées.

Nous ne voulons pas dire, assurément, qu'un accoucheur rompu à la pratique, ayant bien précisé dans la tête et dans les mains la notion des axes suivant lesquels il convient de tirer, ne pourra, dans les cas ordinaires, extraire le fœtus à l'aide de l'ancien forceps, sans endommager la mère. Mais il n'en sera pas toujours ainsi dans les cas défavorables. Que de fois, pour notre part, n'avons-nous pas vu apporter, à l'hôpital, des femmes dont le périnée, dans son segment sacré comme dans son segment pubien, avait été largement dilacéré par le forceps de Levret ! Sans parler des arrachements du col, des perforations de la voûte vaginale produits par la plus coupable et la plus brutale des maladresses, nous avons pu observer toute une gradation de lésions variant depuis le paraphe simple ou double tracé par le bec des cuillers derrière les pubis et sur le plancher du bassin, jusqu'à l'éclatement du périnée, anus et rectum compris, déterminé par le passage d'une tête mal saisie, mal dirigée et mal tirée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mars 1891. — Présidence de M. Terrier.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES PAR LA MÉTHODE DE M. PÉAN

M. Routier n'a pas pratiqué l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppurations pelviennes ; mais il tient à comparer les cas de M. Segond avec les cas analogues qu'il a traités par la

(1) Flamant. *Mémoire pratique sur le forceps*, 1816, p. 66.

laparotomie. Il fait tout d'abord observer combien le diagnostic précis de la nature des lésions est difficile et combien il est aisé de confondre des salpingites simples avec des pyo-salpingites. Dans le même laps de temps où M. Segond a pratiqué ses 23 hystérectomies, M. Routier, du 8 août au 31 décembre 1890, a pratiqué 22 laparotomies qui peuvent ainsi se diviser au point de vue de l'affection : 12 pyo-salpinx, 4 hémato-salpinx, 1 hydro-salpinx, 5 salpingites parenchymateuses. M. Routier n'a eu à déplorer aucun décès.

Parmi les pyo-salpinx, il en est deux chez lesquelles les résultats obtenus par la laparotomie laissent à désirer ; dans l'une, il s'agissait d'une pyo-salpinx double et la poche purulente du côté gauche communiquait avec la vessie. M. Routier a dû se contenter d'ouvrir cette poche, d'en suturer les parois à la paroi abdominale et d'appliquer un drain ressortant par le vagin. Dans ce cas, l'hystérectomie vaginale eût peut-être donné de meilleurs résultats. Chez la seconde malade, il y avait deux poches purulentes qui purent être enlevées. Mais la malade fut prise, quelques jours après l'opération, d'une poussée d'urticaire qui la fit se gratter au voisinage de sa cicatrice, sur laquelle il survint un petit abcès qui fut bientôt suivi d'un phlegmon de la paroi abdominale, que M. Routier fut obligé d'inciser largement. Cette malade est maintenant guérie. Dans ce cas encore, l'hystérectomie vaginale aurait, sans doute, évité cette complication. Enfin, M. Routier admet également que cette opération semble nettement indiquée dans les cas de suppurations diffuses.

Sur les quatre cas d'hémato-salpinx, il en est un dans lequel la malade eut une hémorrhagie le vingtième jour. Cette hémorrhagie était due à la présence d'un petit fibrome intra-utérin que M. Routier put énucléer assez facilement. Il est évident que, dans ce cas, l'hystérectomie vaginale eût permis de guérir en même temps les deux affections.

Les cinq cas de salpingites parenchymateuses furent des cas simples, faciles. Une seul fois, M. Routier fit la castration bilatérale; dans les quatre autres cas, il n'enleva les annexes que d'un seul côté, laissant en place les ovaires à petits kystes après avoir ponctionné ceux-ci au thermocautère. Dans un de ces cas, il fut obligé de faire consécutivement une hystérectomie vaginale pour une néoformation inflammatoire d'une corne utérine. Cette femme a encore des règles exagérées, souffre beaucoup et il faudra enlever les annexes qui ont été laissées.

Dans l'hystérectomie vaginale, M. Routier pense qu'il y a lieu de redouter les hémorrhagies consécutives. La seule malade qu'il ait perdue à la suite de cette opération, pratiquée pour cancer, est morte d'hémorrhagie. Toutefois, il croit que l'hystérectomie vaginale, telle que l'a décrite M. Segond, est indiquée dans tous les cas où la laparotomie est impossible. Même dans ces cas, M. Routier pense qu'il pourrait y avoir avantage à faire une laparotomie exploratrice préalable.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'a pas fait l'hystérectomie dans les conditions indiquées par M. Segond. Il avait déjà été très frappé par les communications de M. Péan qui a été moins explicite que M. Segond. Il y a, tout d'abord, une conclusion intéressante à tirer de ces faits au point de vue de l'anatomie pathologique, c'est que la localisation des suppurations pelviennes dans les trompes et les ovaires a fait son temps et qu'il est bien nettement démontré aujourd'hui, contrairement à la théorie soutenue par Jules Guérin, que ces suppurations ne restent pas localisées dans les trompes et peuvent aussi exister dans le tissu cellulaire. Ce sont précisément les pelvi-métrites ou les pelvi-péritonites suppurées qui remplissent bien les conditions de l'opération vantée par M. Segond. S'il n'avait proposé l'ablation de l'utérus que pour ces cas, M. Lucas-Championnière n'aurait rien dit et aurait accepté cette manière de voir. Mais M. Segond a généralisé ce mode d'intervention avec et après M. Péan. C'est contre cette généralisation à des cas tout différents que s'élève M. Lucas-Championnière. Or, il a cherché ces cas bien nets dont il vient de parler et qui paraissent les plus favorables à l'hystérectomie vaginale et il n'en a pas trouvé d'assez nets pour intervenir de cette façon. Ces suppurations pelviennes ne sont donc pas si communes, et il y a lieu d'être frappé du nombre relativement considérable les cas dans lesquels M. Segond est intervenu. Cela tient évidemment à ce qu'il a peut-être un peu trop généralisé ce mode d'intervention. Il semble, d'après lui, que chaque fois qu'on a affaire à une lésion suppurative quelconque, la laparotomie donne de mauvais résultats. Tel n'est pas l'avis de M. Lucas-Championnière, qui cite un certain nombre de cas où il a obtenu de fort bons résultats même de la simple ouverture par la fosse iliaque. Il insiste sur les avantages qu'il y a à agir par cette voie. Quant à l'ablation directe, par la laparotomie, des trompes, des ovaires suppurés, des abcès enkystés latéraux de l'utérus, c'est, selon M. Lucas-Championnière, une excellente méthode; il est inutile d'en chercher une autre. Dans ces cas, il enlève trompes et ovaires, nettoie bien la cavité et ferme sans jamais drainer. Il n'a eu, dans ces cas, qu'un seul décès, resté jusqu'ici inexplicable. C'est donc là une opération qui donne des résultats satisfaisants et qui ne présente pas de difficultés. Dans ces sortes de suppurations, avec le procédé préconisé par M. Segond, on ne détruit pas les adhérences. Or, c'est là un fait très important que la destruction des adhérences au point de vue des accidents intestinaux graves, dont elles peuvent devenir la cause. C'est là un grand bénéfice de l'opération faite par la voie abdominale.

Relativement aux suites, il semble avéré qu'elles sont bonnes après l'hystérectomie vaginale, mais elles sont également très bonnes avec la laparotomie. On peut même dire que c'est dans ces cas de lésions suppuratives que la laparotomie donne les meilleurs résultats immédiats. C'est donc là un fait commun à toutes les opérations pratiquées dans le but de détruire ces poches suppurées. Quant aux suites éloignées, on ne peut savoir encore ce qu'à ce point de vue donne l'hystérectomie vaginale. L'avenir seul permettra de juger cette question. On voit parfois, avec d'autres méthodes analogues, survenir des accidents éloignés. M. Lucas-Championnière cite l'exemple d'une malade à laquelle il a fait l'opération de Porro, l'ablation de l'utérus et des annexes, et qui, cependant, a présenté des accidents hémorrhagiques éloignés. Il est probable qu'on verra de semblables accidents se produire à la suite de l'hystérectomie vaginale.

M. Lucas-Championnière fait observer, en terminant, combien, contrairement à ce que voulait Trélat quand il disait qu'il fallait toujours faire un diagnostic précis, il est difficile, souvent impossible, en présence d'une affection abdominale, de porter un diagnostic parfait. On peut établir des indications opératoires, des nécessités opératoires, mais il est, le plus souvent, bien difficile de se prononcer exactement sur la nature de la lésion.

Or, en raison même de ces difficultés, la laparotomie est une précieuse ressource, parce qu'elle peut toujours n'être qu'exploratrice. Il n'en est pas de même pour l'hystérectomie vaginale. Le ventre ouvert, vous pouvez toujours ne rien enlever ; l'utérus enlevé, on peut avoir à regretter de l'avoir fait.

M. TERRIER n'a pas d'expérience personnelle de l'opération préconisée par M. Segond. Il ne pourra donc la discuter que sur la lecture des observations publiées par son collègue. Théoriquement, M. Terrier préfère l'ablation de l'utérus à l'ouverture simple, vantée par M. Bouilly dans ces cas de collections purulentes. Que se passe-t-il dans ces cas ? On ouvre le ventre, on ne voit rien, on détache des adhérences, on entreprend des manœuvres difficiles, pénibles, dangereuses, on arrive parfois à enlever les trompes et les ovaires et, souvent, après cette intervention, on voit les malades succomber à des hémorrhagies ultérieures. Dans ces cas, on peut défendre l'opération de M. Péan, mais ce n'est que bien exceptionnellement que M. Terrier a rencontré des cas où cette opération eût été nettement indiquée.

M. Terrier aborde la critique des observations présentées par M. Segond. Il y a d'abord, dit-il, cinq opérations dans lesquelles M. Segond a enlevé l'utérus et les ovaires pour des salpingites catarrhales doubles non suppurées. Or, on peut faire cette opération, par la laparotomie, en vingt minutes. Je ne comprends donc pas, dans ces cas, l'hystérectomie vaginale qui peut demander

deux et trois heures. Nous avons pour ces faits une opération très bonne; je ne vois pas pourquoi M. Segond a cherché mieux. Dans deux autres observations, il s'agissait de rétroversion utérine, avec ovaires scléro-kystiques; ces deux hystérectomies, pratiquées par M. Segond, ont été suivies de guérison. Ici encore, je ne comprends pas l'hystérectomie et je préfère la fixation de l'utérus à la paroi abdominale ou l'hystéropexie.

Dans les observations de M. Segond, je relève six cas de doubles pyo-salpingites suppurées. M. Segond, dans ces cas, a pu enlever les ovaires, parce qu'il s'agissait de pyo-salpingite sans pelvi-péritonite; or, je n'aurais pas eu l'idée d'enlever l'utérus, chez ces malades, pour arriver à enlever les trompes et les ovaires suppurées, j'aurais préféré enlever seulement les ovaires et laisser l'utérus. Je ferai la même réflexion à propos d'une observation de double hémato-salpinx, avec collection purulente à gauche. S'il n'y a pas de pus autour des annexes, je préfère la laparotomie.

Enfin j'arrive au point principal, au point véritablement important de la communication de M. Segond, c'est-à-dire aux cas de pyo-salpingites suppurées, avec pelvi-péritonites. Dans ces conditions, l'opération de M. Péan est parfaitement indiquée. Mais c'est une opération difficile. M. Segond, dans plusieurs cas, a dû laisser des adhérences et se contenter d'une opération incomplète. L'intervention est toujours difficile dans ces cas, aussi bien par la voie abdominale que par la voie vaginale. M. Segond a publié sept observations de doubles pyo-salpingites suppurées, avec pelvi-péritonites, et sur ces sept cas, il compte trois morts et quatre guérisons. De quelque habileté que soit doué le chirurgien, il faut bien reconnaître que c'est là une grave opération, qu'elle soit faite par le ventre ou par le vagin. Toutefois, dans ces cas, il est indiqué d'intervenir par une voie ou par l'autre. Théoriquement, l'hystérectomie vaginale semble préférable; c'est une affaire d'expérimentation.

Dans deux cas, il s'agissait de pelvi-péritonite suppurée rétro-utérine, avec fibromes interstitiels; l'hystérectomie vaginale est ici acceptable, bien qu'encore discutable.

Enfin quand, après l'ablation des annexes par la laparatomie, il persiste de la suppuration, il n'y a certainement plus autre chose à faire qu'à enlever l'utérus. C'est ce que M. Segond a fait dans un cas et il a bien fait. Ici, l'opération qu'il défend est très nettement indiquée.

En résumé, pour les doubles salpingites catarrhales avec ovaires scléro-kystiques, il faut intervenir par la voie abdominale.

Pour les doubles pyo-salpingites, sans pelvi-péritonites de voisinage, comme pour les hémato-salpinx, on peut discuter s'il vaut mieux agir par la voie abdominale ou par la voie vaginale. Pour moi, j'aurais plutôt de la tendance à choisir la voie abdominale. Je changerai peut-être d'avis.

Pour les pyo-salpingites doubles, avec pelvi-péritonites suppurées, cela n'est plus discutable, il vaut mieux recourir à l'hystérectomie vaginale. J'accepte complètement ici la manière de voir de MM. Péan et Segond.

Enfin, quand les annexes ont été enlevées et qu'il reste de la suppuration, il n'y a plus d'autre ressource que d'enlever l'utérus.

M. REYNIER est convaincu que l'opération préconisée par M. Segond peut rendre de grands services dans certains cas qui ont été nettement indiqués par M. Bouilly. C'est, dans ces cas, une opération de choix. Mais M. Segond va plus loin et propose l'hystérectomie vaginale dans tous les cas où il y lésion bilatérale. M. Reynier ne partage pas cette opinion et pense que les indications de l'hystérectomie vaginale sont beaucoup plus restreintes. Sur trente-deux laparotomies qu'il a pratiquées, M. Reynier n'a eu à déplorer que deux morts, l'une par schock chloroformique, l'autre à la suite d'une pyo-salpingite adhérente exceptionnellement grave : sur les trente-deux cas, il n'y en avait qu'un seul où, suivant M. Reynier, l'hystérectomie eût été indiquée.

COMMUNICATIONS

Grossesse extra-utérine. — M. TUFFIER communique l'observation d'une malade qu'il a opérée avec succès d'une grossesse extra-utérine. (Comm. M. Terrillon.)

Épilepsie jacksonnienne; trépanation. — M. VERCHÈRE relate l'observation d'un malade qui était atteint d'attaques d'épilepsie jacksonnienne et qu'il a guéri par une large craniectomie pratiquée au niveau du centre moteur du pouce où se produisait l'aura épileptique.

PRÉSENTATIONS

Synovite à grains rhiziformes. — M. PRENGRUEBER présente un malade qui était atteint d'une synovite du poignet très étendue d'origine bacillaire. Il lui enleva la synoviale en totalité et mit complètement à nu les tendons. L'opération a été pratiquée il y a deux ans et il n'y a pas de trace de récidive. En outre, le malade a conservé l'intégrité absolue de tous ses mouvements.

Appendicite avec corps étranger. — M. SCHWARTZ présente un appendice iléo-cæcal, dont il a fait récemment l'excision. Il s'agissait d'une appendicite simple, sans suppuration, déterminée par la présence d'un corps étranger, un calcul fécal gros comme un grain de citron. M. Schwartz avait porté le diagnostic d'appendicite avec corps étranger probable. Il fit une laparotomie latérale, le malade a parfaitement guéri.

Tumeur congénitale de la fosse temporale. — M. KIRMISSON présente un enfant qu'il a déjà présenté, à l'âge de six mois, en 1883, et qui était atteint d'une tumeur de la fosse temporale sur la nature de laquelle il n'a pas été possible de se prononcer. Cette tumeur n'a pas augmenté, mais a envoyé un prolongement sous-conjonctival qui en nécessite l'ablation. M. Kirmisson fera connaître la nature de cette tumeur et le résultat de l'opération.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les médecins de Berlin ont décidé que dorénavant leurs cochers porteraient le chapeau blanc avec une croix rouge sur le devant, afin d'indiquer au public, en cas d'accident, la présence d'un praticien et d'assurer par là aux victimes de ces accidents des secours médicaux aussi prompts que possible.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jacquin (de Metz).

— Nous recevons le premier numéro de la *Revue des sciences naturelles de l'Ouest*, paraissant à Paris, 14, boulevard Saint-Germain, tous les trois mois. Cette revue a pour objet de mettre en relation tous ceux qui, dans l'Ouest de la France, s'occupent des questions du domaine des sciences naturelles. Laissé un peu dans l'ombre, l'Ouest mérite qu'on s'intéresse à ses savants et aux recherches qu'ils y poursuivent chaque jour. La *Revue*, dont chaque fascicule comprendra environ 80 pages, s'efforcera de faire connaître les travaux des spécialistes de cette région et sera exclusivement consacrée à des articles ayant trait surtout aux anciennes provinces de Bretagne, Anjou, Maine, Poitou, Aunis et Saintonge.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Baillon commencera le cours d'histoire naturelle médicale le lundi 6 avril 1891, à onze heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Les céphalées dans l'enfance. — THÉRAPEUTIQUE. — MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 23 mars 1891.

La Chambre des députés vient de voter la loi sur l'exercice de la médecine. Il est important pour tous les médecins de bien connaître le texte adopté par le Parlement, afin que les objections, s'il y a lieu, puissent se produire au moment de la discussion devant le Sénat. Ce texte, le voici :

ARTICLE PREMIER. — Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État.

ART. 2. — Toutefois, les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, et ceux dans les conditions déterminées par l'article 4 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine sur le territoire de la République.

Ils seront soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis le cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales et obstétricales.

Un règlement d'administration publique en dressera la liste.

ART. 3. — Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

ART. 4. — Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé, pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur, et obtenir le diplôme d'officier de santé.

ART. 5 — L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou de dentiste délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État et suivant un règlement d'études délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique.

ART. 6. — Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste justifiant, par la production de sa patente, d'une année d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie.

ART. 7. — La dispense de brevet prévue par l'article précédent sera également accordée à ceux qui, étant présents sous les drapeaux au moment de la promulgation de la présente loi, justifieront d'au moins un an de pratique comme dentistes dans un régiment ou un hôpital militaire.

ART. 8. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une faculté de médecine, une école de plein exercice, ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'État.

Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de première et de deuxième classe, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventôse an XI, ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs.

Les unes et les autres auront le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République dans les conditions de la présente loi.

ART. 9. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations varioliques.

ART. 10. — A partir de la promulgation de la loi, les médecins, les dentistes et sages-femmes venant de l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, ou de sage-femme, ou le brevet de dentiste, dans les conditions prévues aux articles 1, 5, 8.

Des dispenses pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, elles ne porteront sur plus de trois épreuves.

ART. 11. — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent, sans avoir subi tous les examens, être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

ART. 12. — Les étudiants étrangers, qui postulent le diplôme de docteur en médecine visé à l'article premier de la présente loi, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Les diplômes et certificats d'études qu'ils ont obtenus à l'étranger peuvent être déclarés par les autorités compétentes équivalents aux diplômes exigés par les règlements pour l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur médical.

ART. 13. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

ART. 14. — Les docteurs en médecine, les officiers de santé, les dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le délai d'un

mois, à partir du jour où ils ont fait élection de domicile, de faire enregistrer leur titre à la préfecture ou à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre, dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent également, et dans les mêmes conditions, faire enregistrer leur titre.

Art. 15. — Il est établi chaque année, dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et les lieux de réception des médecins, des dentistes visés par les articles 5 et 6, et des sages-femmes.

Ces listes sont affichées chaque année, dans la première quinzaine de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises au ministre de l'Intérieur, de l'Instruction publique et de la Justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'Intérieur.

Art. 16. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de sage-femme ou dentiste avec celle de pharmacin est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'a pas d'effet rétroactif.

Art. 17. — L'action des docteurs en médecine, des officiers de santé, des dentistes et des sages-femmes pour leurs honoraires se prescrit par cinq ans.

Les créances privilégiées sur la généralité des meubles, stipulées au troisième paragraphe de l'article 2101 du Code civil, y figureront désormais dans les termes suivants :

3° Les frais quelconques de dernière maladie, quelle qu'en ait été l'issue.

Art. 18. — A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884.

Art. 19. — Les fonctions de médecins et chirurgiens experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine, français ou naturalisés français.

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811, en ce qui touche les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes, les frais de transport et de séjour et la qualité d'experts qu'ils doivent conserver devant les tribunaux.

Art. 20. — Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu, sous les peines portées à l'article 27 de la présente loi, de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous son observation et n'engageant pas le secret professionnel. La liste de ces maladies sera dressée par arrêté du ministre de l'Intérieur, après avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Un règlement d'administration publique fixera le mode de déclaration desdites maladies.

Art. 21. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, ou qui, n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 7, 8, 9, 10 et 13 de la présente loi, prend part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareils ;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7 et 8 de la présente loi ;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi ;

4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 6 ci-dessus.

Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Art. 22. — Le délit d'exercice illégal de la médecine, de la chirurgie, de la pratique des accouchements ou de l'art dentaire, sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du procureur de la République.

Les médecins, dentistes, sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, intéressés à la poursuite, pourront la provoquer et se porter partie civile.

Art. 23. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive l'amende sera de 500 à 1000 francs. Le coupable peut, en outre, être puni d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.

L'exercice illégal de l'art des accouchements ou de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, de 100 à 500 francs. Un emprisonnement de six jours à un mois peut aussi être prononcé.

Art. 24. — Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, l'amende sera de 1000 à 2000 francs ; en cas de récidive, elle sera de 2000 à 3000 francs et le délinquant sera, en outre, passible d'un emprisonnement de trois mois à un an.

L'usurpation du titre de sage-femme ou de dentiste avec exercice illégal de la profession, sera punie d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1 000 francs, et, en outre, la peine de l'emprisonnement de six jours à quinze jours pourra être prononcée.

Art. 25. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine, quiconque fait précéder ou suivre son nom de la quatité de docteur en médecine sans en indiquer l'origine, à moins que ce titre ne lui ait été délivré par le gouvernement français.

Art. 26. — Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 20 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs.

Art. 27. — Quiconque exerce la médecine, l'art des accouchements ou l'art dentaire sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 14 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

Art. 28. — Pour tous les cas, il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour un des délits prévus et punis par la présente loi.

Art. 29. — L'exercice simultané de la médecine, de l'art des accouchements ou de l'art dentaire avec la pharmacie est puni d'une amende de 100 à 500 francs.

En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1000 francs, et les délinquants pourront, en outre, être condamnés à un emprisonnement de quinze jours à trois mois.

Art. 30. — Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article 29.

Art. 31. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 21, 22, 24, 25, 26, 27 et 29 de la présente loi.

Art. 32. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies, sans préjudice des dispositions spéciales édictées par les lois, décrets et règlements qui visent l'exercice de la médecine sur leurs territoires respectifs.

Art. 33. — Sont et demeurent abrogés : la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi de germinal an XI, le troisième paragraphe de l'article 2101 du Code civil, le dernier paragraphe de l'article 2272 du même Code en ce qui concerne seulement les médecins, et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi.

Art. 34. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme, qui est condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante ;

vient à employer pour maintenir le sous-nitrate de bismuth dans les véhicules aqueux : ses recherches comparatives ont porté sur la gomme arabique, la gomme adragante, le sirop de sucre et la glycérine : d'après lui, c'est à cette dernière substance qu'il faut donner la préférence, et la proportion à employer est de quatre parties de glycérine pour une partie de sel de bismuth. (*Pharmaceutical Journal.*)

Eau créosotée dans la tuberculose pulmonaire. — Depuis les découvertes de Bouchard et de Grimbert sur la valeur thérapeutique de la créosote dans le traitement de la tuberculose, un grand nombre de préparations ont été tour à tour préconisées. Les unes, sous la forme pilulaire ou capsulaire, ont le grand inconvénient de mettre la créosote presque pure en contact avec la muqueuse gastrique, et de produire ainsi des phénomènes irritatifs et douloureux, qui font rapidement cesser l'usage du médicament. Les autres préparations prennent la forme de solutions. Une des formules les plus simples et les meilleures est celle que donne le docteur Th. Zaeslein dans la *Semaine médicale*. Cette formule la voici :

Créosote de goudron de hêtre . 5 grammes.

Dissoudre dans :

Alcool . . . . 20 —

F. s. a. — Verser de xxx à xc gouttes de cette solution dans 700 à 1 500 grammes d'eau pour obtenir « l'eau créosotée ».

Le liquide doit être introduit dans une bouteille en quantité telle qu'il ne dépasse pas les trois quarts du contenant. En agitant fortement la bouteille, on obtient la dissolution parfaite de la créosote dans l'eau.

On commence par xxx gouttes de solution de créosote pour 700 grammes d'eau; on augmente ensuite progressivement le nombre des gouttes de créosote en augmentant aussi la quantité d'eau.

La quantité totale d'eau créosotée doit être prise, par verrées, dans l'espace de vingt-quatre heures.

Cette eau offre sur les autres préparations de créosote (capsules, pilules, solutions huileuses et alcooliques) l'avantage d'être parfaitement bien supportée, même par les estomacs les plus délicats et à jeun.

Du tellurate de potasse contre les sueurs nocturnes des phthisiques. — Le *Journal de médecine de Paris* analyse, d'après le *Wiener Klin. Woch.*, un travail du docteur Neusser.

Après avoir récapitulé un certain nombre d'observations, de date plus ou moins ancienne, relativement à l'action du tellure sur l'organisme vivant, l'auteur rapporte ses propres expériences faites sur des phthisiques à l'aide de cette substance. Il a pu s'assurer ainsi que le tellurate de potassium exerce une influence favorable sur les transpirations nocturnes des phthisiques dans un grand nombre de cas. Le médicament a été administré sous forme de pilules contenant chacune 2 centigrammes de sel. Chez la plupart des malades (leur nombre s'élève à environ cinquante), cette dose fut suffisante pour amener, au bout de très peu de jours, sinon une disparition totale, du moins une diminution très considérable de la sueur nocturne. Dans un petit nombre de cas, toutefois, il parut s'établir, au bout de huit jours en moyenne, une sorte d'accoutumance au médicament; la dose fut alors doublée et le plus souvent avec des résultats favorables.

Parmi les malades ainsi traités, plusieurs notèrent une augmentation de l'appétit; chez d'autres, le médicament parut exercer une action légèrement narcotique. A petites doses, le tellurate de potassium ne provoqua jamais l'apparition de phénomènes toxiques quelconques; à des doses plus considérables, on constata, au bout d'un certain temps, des nausées et une certaine diminution de l'appétit. Le seul inconvénient qui résulte de cette médication est une odeur alliacée de l'haleine chez certains malades.

M. Combemale, professeur agrégé à la Faculté de Lille, et M. G. Dubiquet, son interne, viennent de publier un travail qui confirme en tous points les conclusions du médecin viennois. C'est du tellurate de soude et non du tellurate de potasse, que notre confrère de Lille fait usage. C'est un sel amorphe, de couleur blanche, peu soluble dans l'eau froide, mais soluble dans l'eau chaude et dans l'alcool. La dose varie de 2 à 5 centigrammes. La formule employée a été la suivante :

Tellurate de soude. . . . . 2 centigrammes.
Julep alcoolisé . . . . 60 grammes.

A prendre en une fois, en se couchant.

Ainsi administré, et surtout si l'on atteint les doses de 4 et 5 centigrammes, le tellurate de soude ou de potasse donnerait des succès dans 90 p. 100 des cas. Ce serait donc le meilleur des antisudoraux connus.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Arrêtés modifiant et fixant les conditions d'admission à l'internat de l'infirmerie de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

I

Le ministre de l'Intérieur,

Vu l'arrêt du 18 décembre 1888, fixant de manière générale l'organisation du service médical à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare;

Sur la proposition du conseiller d'État, directeur de l'administration pénitentiaire,

Arrête :

Article premier. — Le cadre du personnel médical comprendra, outre les trois internes dont le concours a été précédemment prévu, un égal nombre de collaborateurs faisant fonction d'internes dans les mêmes conditions générales, de manière à assurer le fonctionnement constant de tous les services, sans accroître les charges du budget.

Art. 2. — La situation des internes et la durée de leurs services dans l'une et l'autre infirmerie seront ultérieurement fixées par arrêté ministériel.

Art. 3. — Le conseiller d'État, directeur de l'administration pénitentiaire, et le préfet de police sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 28 février 1891.

Constans.

II

Le ministre de l'Intérieur,

Vu l'avis du préfet de police;

Vu l'arrêté ministériel du 12 décembre 1888, fixant de manière générale l'organisation du service médical de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare;

Vu l'arrêté du 28 février 1891, modifiant l'article 2 de l'arrêté du 12 décembre 1888;

Sur la proposition du conseiller d'État, directeur de l'administration pénitentiaire,

Arrête :

Article premier. — Il sera procédé par voie de concours pour l'admission aux postes d'internes collaborant au service médical de l'infirmerie spéciale de la maison de Saint-Lazare.

Art. 2. — Tous les candidats devront avoir la qualité de Français, être pourvus d'au moins douze inscriptions dans une Faculté de l'État et être âgés de moins de vingt-huit ans.

Les docteurs ne pourront concourir.

Chaque demande de participation au concours sera adressée au ministre de l'Intérieur, qui fera connaître si elle est agréée.

La demande sera accompagnée de l'acte de naissance du candidat, de l'indication de ses titres scientifiques ou hospitaliers.

Art. 3. — Le jury du concours se compose de trois membres

et d'un suppléant nommés par arrêté ministériel, sur une liste de présentation que dressera le préfet de police, et choisis parmi les personnes appartenant aux corps scientifiques ci-après désignés, savoir :

Les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et professeurs agrégés des facultés de médecine de l'État, les médecins et chirurgiens accoucheurs des hôpitaux de Paris, les médecins et les chirurgiens titulaires de Saint-Lazare.

Art. 4. — Le président sera désigné par arrêté ministériel parmi les membres du jury.

Les épreuves comprendront :

1° Une composition écrite qui portera sur un sujet d'anatomie et de pathologie, et pour laquelle il sera donné deux heures. Ce sujet sera pris par tirage au sort entre six questions arrêtées par le jury su début de la séance, tenues secrètes et closes sous enveloppes distinctes;

2° Une épreuve orale sur un sujet concernant les maladies vénériennes (leçon de dix minutes après dix minutes de réflexion).

Pour l'épreuve écrite, la note maxima sera de 30 points, elle sera de 20 points pour l'épreuve orale.

Art. 5. — Le conseiller d'État, directeur de l'administration pénitentiaire, et le préfet de police sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 2 mars 1891.

Constans.

III

Le ministre de l'Intérieur,

Vu l'article 2 de l'arrêté en date du 12 décembre 1888, fixant de manière générale le cadre du personnel de l'infirmerie normale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare;

Vu l'article 4, décidant que les conditions du concours à ouvrir pour l'admission à l'internat seront fixées par arrêté ministériel;

Vu l'arrêté du 28 février 1891 modifiant l'article 2 de l'arrêté du 12 décembre 1888;

Vu l'avis du préfet de police;

Sur la proposition du conseiller d'État, directeur de l'administration pénitentiaire,

Arrête :

Article premier. — Un concours est ouvert pour l'admission à l'internat de l'infirmerie normale et de l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

Le concours s'ouvrira, dans ledit établissement, le 19 mai.

Il est destiné à provoquer la désignation de six candidats pour être admis et faire fonctions dans les conditions dont il sera fourni avis explicatif.

Art. 2. — Il sera procédé à ce concours, conformément à l'arrêté du 2 mars 1891, inséré au *Journal officiel* du 17 du même mois.

Les conditions du concours seront portées à la connaissance du public sous forme d'avis et par voie d'affiches.

Art. 3. — Le conseiller d'État, directeur de l'administration pénitentiaire, et le préfet de police sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 2 mars 1891.

Constans.

IV

CONDITIONS DU CONCOURS

MM. les étudiants qui désireront prendre part au concours se feront inscrire au ministère de l'Intérieur (direction de l'administration pénitentiaire, cabinet du conseiller d'État, directeur), rue Cambacérès, n° 11, de dix heures à quatre heures, et y déposeront leurs pièces et titres.

Le registre d'inscription sera ouvert le 23 mars, à dix heures, et sera clos définitivement le 18 avril, à quatre heures.

Les candidats qui seront admis à concourir recevront, avant le 19 mai, avis de la décision les concernant.

Tout candidat devra justifier de la qualité de Français et il devra être pourvu d'au moins douze inscriptions prises dans une Faculté de l'État. Il devra être âgé de moins de vingt-huit ans et n'être pas reçu docteur en médecine. Il devra joindre à sa demande l'extrait de son acte de naissance, l'indication de ses titres scientifiques ou hospitaliers, ses états de service, s'il y a lieu, et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

Aussitôt après la clôture de la liste d'admission, il sera procédé à la constitution du jury, et cinq jours plus tard il sera donné communication de la liste des membres aux candidats admis qui en feront la demande, 11, rue Cambacérès.

Tous liens de parenté ou d'alliance entre quelqu'un des concurrents et quelque membre du jury devraient être signalés à l'administration en vue de la modification de ce jury.

Le concours consistera d'une part :

1° En une composition écrite qui portera sur un sujet d'anatomie et de pathologie, et pour laquelle il sera donné deux heures. Ce sujet sera choisi, par tirage au sort, entre six questions arrêtées par le jury, au début de la séance, tenues secrètes et closes sous enveloppes distinctes.

2° D'autre part, en une épreuve orale sur un sujet concernant les maladies vénériennes (leçon de dix minutes après dix minutes de réflexion).

Pour l'épreuve écrite, la note maxima sera de 30 points; elle sera de 20 points pour l'épreuve orale.

Tous renseignements sur la situation faite aux internes seront fournis à la direction de l'administration pénitentiaire (cabinet du conseiller d'État et directeur, et 2e bureau) et à la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 mars 1891, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Keraudren, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— Par décision ministérielle, en date du 18 mars 1891, M. le médecin aide-major de première classe Lombard a été désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

— Par décision ministérielle, en date du 19 mars 1891, M. Batut, médecin aide-major de première classe au 8e cuirassiers, a été désigné pour le 11e régiment d'artillerie, par permutation avec M. Benoit, dit Becker, médecin aide-major de deuxième classe.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Béchade (d'Angoulême), Chalvet (de Crest), Clin et Vignolo (de Paris) et M. Eustratiadès, interne à l'hôpital de Cette.

— Nous signalons à nos lecteurs la publication d'un journal scientifique la « Revue de l'École d'Anthropologie », dirigée par les professeurs de cette École. Les premières livraisons contiennent les leçons de MM. André Lefèvre : « Du Cri à la Parole », et M. Laborde : « Les Fonctions intellectuelles et instinctives »; une chronique préhistorique de M. de Mortillet et une revue complète de tous les faits scientifiques pouvant intéresser les anthropologistes.

La « Revue de l'École d'Anthropologie » paraît chez l'éditeur Félix Alcan, par livraisons mensuelles de 32 pages ornées de gravures, au prix de 10 francs par an.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Fauconnier, agrégé, commencera les conférences de chimie médicale, le lundi 6 avril 1891, à une heure et demie de l'après-midi (grand amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

26

SIROP DU DOCTEUR DUFAU

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie.

Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.

DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.

Hydropisies, affections du cœur, albuminurie.

et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

Dose : Deux à quatre cuillerées de sirop par jour, à prendre à jeun de préférence, dans un verre d'eau froide ou chaude.

Boisson très agréable. Prix : **3** fr. le flacon.

PHOSPHURE DE ZINC (GRANULES TROIS CACHETS)

4 milligr. (1/2 milligr. de Phosphore actif).

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé ($PhZn^3$). On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Anémie, Rachitisme, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgie et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhées, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.

Dose : Un, puis deux granules à chacun des principaux repas. Prix : **3** fr. le flacon.

33

CHLORHYDROPEPTINE

Strychnos ignatia, pepsine et HCl.

Excitant digestif complémentaire souverain dans les dyspepsies provenant du manque d'acide chlorhydrique ou de l'excès d'acides organiques, — les plus fréquentes de toutes.

Dose : Une cuillerée à café dans un verre de boisson habituelle au milieu des deux principaux repas.

Prix : **2** *fr.* **50** *le flacon.*

COIRRE et Cie, 79, r. du Cherche-Midi, Paris.

15

PAPIER VARNEY

Révulsif à base de capsicine

EN FEUILLES ADHÉSIVES, SOUPLES, INALTÉRABLES

Action rapide et continue déterminant, sans douleur ni éruption, un afflux sanguin avec vive rougeur et simple chaleur.

Supérieur aux autres révulsifs dont il n'a pas les sérieux inconvénients.

Souverain dans les Rhumes aigus ou chroniques, Bronchite, Grippe, Catarrhe, Angines et généralement toutes les irritations de la gorge ou de la poitrine, ainsi que les Douleurs névralgiques ou rhumatismales, sciatique, lumbago, etc.

Mode d'emploi : Appliquer directement le papier sur la peau, sans mouiller, et l'y tenir un instant jusqu'à adhérence. La sensibilité n'étant pas la même dans toutes les régions, ni chez toutes les personnes, l'action prolongée peut devenir trop vive, et dans ce cas on enlève le révulsif, ou on le place à côté, selon l'effet déjà obtenu ou qu'on désire obtenir. Ou bien l'action s'épuise, alors on la ranime par la pression de la main et quelques frictions au-dessus des vêtements ; au besoin, remplacer par un nouveau papier. On augmente enfin l'énergie du **Papier Varney** en le chauffant très légèrement avant son application, mais sans le faire couler.

Nota. — S'abstenir de toucher les muqueuses, les yeux, le nez, les lèvres, avec les doigts imprégnés du principe actif. Si cet accident se produisait, laver à l'eau froide.

Prix : **1** *fr.* **50** *la boîte dans toutes les phies.*

COIRRE et Cie, 79, r. du Cherche-Midi,. Paris

64

DRAGÉES DE FER TROUETTE

à l'albuminate de fer et de manganèse

SOLUBLE

Dose : Prendre en mangeant, à chaque repas, de **2 à 6 Dragées de Fer Trouette**, suivant l'âge du malade.

Prix du flacon de 100 dragées : **3 francs.**

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

Gros : E. Trouette, 15, r. des Immeubles-Industriels.

16

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'Aconitine et au Quinium calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles, ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires.*

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

Dose : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

22

APIOL DES DR JORET & HOMOLLE

L'**APIOL** est le spécifique des désordres menstruels, *Aménorrhée, Dysménorrhée, Métrorrhagies,* qui dépendent surtout d'un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. Mais ce produit est souvent falsifié. L'APIOL pur, le seul dont l'efficacité ait été constatée, notamment à l'hôpital de la Pitié, est celui des inventeurs, les *Drs JORET* et *HOMOLLE.*

Dose : 1 caps. (20 centigr.) matin et soir pendant 5 à 6 jours, à l'époque présumée des règles.

MÉDAILLES AUX EXPOSITIONS UNIVERSELLES

Londres 1862, — Paris 1889

Dépôt général : Phie Briant, 150, rue Rivoli.

241

VIANDE ET QUINA

VIN AROUD AU QUINQUINA

ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Aliment-médicament d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, pour 30 grammes : 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.

Doses : 2 cuillerées à bouche avant chaque repas.

Prix : **5** *francs.*

Se vend chez Ferré, pharmacien à Paris, 102, rue de Richelieu, successeur de Aroud, et dans toutes les pharmacies de France et de l'Etranger.

77

OREZZA

Eau minérale acidule ferrugineuse gazeuse

contenant le *Fer sous sa forme la plus assimilable* contre

ANÉMIE, CHLOROSE, GASTRALGIES,

et toutes maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

23

AFFECTIONS DU CŒUR

Inflammations des bronches et des poumons et Troubles de la circulation tendant à l'hydropisie.

SIROP DE JOHNSON

Aux Pointes d'Asperges, à la Scille et à la Digitale (Extrait de Pointes d'Asperges composé).

Préparé selon la formule du profr BROUSSAIS

(60 ANNÉES DE SUCCÈS)

Médicament autorisé par le *Gouvernement.*

Echons *gratis* à MM. les médecins, sur demande adressée à GALBRUN, pharmacien de 1re classe, 4, rue Beaurepaire, à Paris, où l'on trouve aussi

LES VÉRITABLES

PILULES ANGÉLIQUES D'ANDERSON.

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris. Collin et Cie, 49 r. de Maubeuge. (Éch. fo).

109

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre.

REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

55

BROMURE DE CAMPHRE DU DR CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « au **Bromure de Camphre,** sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique* et un « *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées** du **Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.* »

Chaque Capsule du Dr Clin renfme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renfme 0,10 } Camphre pur

Gros : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — Détail : *Dans les bonnes Pharmacies.*

93

PERLES DE GAÏACOL

DU Dr CLERTAN

Il peut être avantageux, dans certains cas, de remplacer la créosote par le *Gaïacol*, qui la constitue dans la proportion de 60 à 90 p. 100. On a ainsi un agent défini et, de plus, doué d'une odeur aromatique agréable. Les résultats obtenus sont les mêmes que ceux que donne la créosote. Le *Gaïacol* convient particulièrement aux phthisies lentes qui exigent un traitement de longue durée.

Chaque perle de gaïacol du Dr Clertan contient cinq centigr. de gaïacol, en solution dans l'huile de faîne.

Dose : 3 à 4 par jour. *Prix :* **2** *fr.* **50** *le flacon.*

Maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris.

22

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

60

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

51

KÉPHIR LAIT DIASTASÉ

FOURNISSEUR DES HOPITAUX DE PARIS

Compagnie Parisienne du Képhir

54, rue des Petites-Écuries, Paris

22

PILULES DE QUASSINE FRÉMINT

cont. chacune 0,02 de quassine amorphe pure, TONIQUE, AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF, DIURÉTIQUE,

Très efficace contre *anorexie, dyspepsie, coliques hépatiques et néphrétiques, cystites;* dose : de 2 à 6 par jour avant les repas. Le flac., 3 fr. 18, rue d'Assas, Paris, et les Phies.

Frémint

77

Guérison de l'asthme PAR LE **PAPIER FRUNEAU**

le seul récompensé à l'Exposition universelle 1889.

40 ans de succès. Toutes phies. E. Fruneau, Nantes.

22

LE VRAI **FER QUEVENNE** *seul approuvé par l'Acad. de médec.*, guérit la **chloro-anémie** sans avoir les inconvénients des sels de fer. Fl. fo, 14, r. Beaux-Arts, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital des Enfants-Malades. Les céphalées dans l'enfance. — Thèses de Paris. — Académie de Médecine. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La plus grande partie de la séance a été occupée par une seconde communication de M. Béchamp sur l'aigrissement et la coagulation spontanée du lait de vache. La conclusion générale à tirer des faits exposés jusqu'ici par le professeur de Montpellier, c'est que les antiseptiques ne tuent pas les germes ou les microzymas du lait, mais qu'ils en modifient seulement la fonction. Dans une troisième partie, qu'il communiquera prochainement, M. Béchamp doit faire connaître les conséquences que l'on doit déduire de ses expériences au point de vue médical. Nous attendons la fin de cet important travail pour en donner le résumé.

Il ne nous reste plus qu'à signaler deux rapports : l'un de M. Duplay, sur une observation communiquée récemment par M. Kirmisson et relative à un cas de pied plat valgus douloureux guéri par l'opération d'Ogston, c'est-à-dire la résection cunéiforme de l'articulation astragalo-scaphoïdienne (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 96); l'autre de M. Le Roy de Méricourt, sur un nouveau traitement de la fièvre jaune par l'abaissement de la température du corps des malades. Pour obtenir ce résultat, M. le docteur Garcia (de Santiago) enferme ses malades dans une caisse à doubles parois, appelée chambre polaire, et progressivement refroidie jusqu'à 0 degré.

Enfin l'Académie a nommé deux nouveaux membres associés étrangers : MM. Deroubaix (de Bruxelles) et Spencer Wells (de Londres).

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. Simon.

Les céphalées dans l'enfance (1).

(Conférence recueillie par M. le docteur Plicque, ancien interne des hôpitaux.)

II

IV. Céphalées d'origine nerveuse. — Les céphalées d'origine nerveuse peuvent tenir simplement à une *surexcitation, à un énervement* de l'enfant placé dans un milieu défavorable. Vous connaissez tous ces familles où la vie n'est qu'une agitation perpétuelle, où les moindres incidents sont dramatisés, où l'enfant est de bonne heure un personnage jouant un rôle dans toutes les péripéties de la comédie mondaine, surexcité par l'attention dont il est l'objet. Dans d'autres cas, l'excitation de l'enfant sera due moins à la vie mondaine qu'aux préoccupations, aux discussions dont sont agitées les familles, préoccupations et discussions dont il subit le contre-coup. Ces céphalées d'agitation surviennent d'ordinaire le soir; elles déterminent de très vives souffrances que l'enfant décrit avec un luxe exagéré d'expressions et de comparaisons. Elles déterminent de l'anorexie au repas du soir, de l'insomnie, de l'agitation nocturne. Le seul moyen de les faire cesser est de soustraire l'enfant au milieu d'énervement dans lequel il vit.

Trop souvent aussi, ces céphalées ne sont que le prélude d'une névrose plus grave, l'hystérie, l'épilepsie, la chorée. Il est pour vous de la plus grande importance, dans ces névroses graves, d'instituer un diagnostic et de faire un traitement aussi précoce que possible.

La *céphalée dans l'hystérie naissante* se présente d'ordinaire sous forme de points, de douleurs névralgiques pongitives. Il est bien rare qu'il n'y ait pas en même temps des irradiations dans les yeux, le cou, une sensation de pesanteur ou de boule dans le pharynx et le bas-ventre. La sensibilité est excessive, la lumière, le bruit, le moindre attouchement éveillent l'hyperesthésie; l'anesthésie par contre ne s'observe que dans l'hystérie confirmée. Le caractère même des petits malades, comédiens d'instinct, menteurs fieffés, voulant à tout prix se rendre intéressants, suffirait presque au diagnostic.

Dans le traitement, l'hygiène morale, l'éducation, l'isolement dans un milieu calme et raisonnable, tiendront le premier rang. L'hydrothérapie sera donnée sous forme de douches courtes (douze à quinze secondes) et tièdes, avec les ménagements qu'exige l'hyperesthésie. Les bains froids l'été, la gymnastique sans fatigue, la marche à pied, le massage seront également utiles. L'électricité, dans les cas particulièrement rebelles, a été employée avec succès sous forme de courants galvaniques peu intenses ou d'électricité statique faible. Les toniques sont d'un emploi plus banal; le fer, en particulier, réussit d'ordinaire assez mal. Comme antispasmodiques, les bromures sont inférieurs à la valériane, à l'aconit, à l'antipyrine. La valériane peut être administrée en infusion, en lavement et sous forme de valé-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 323.

rianate d'ammoniaque ; l'aconit sera d'ordinaire prescrit sous forme de pilules d'aconitine ; pour l'antipyrine, il est inutile de dépasser 30 à 50 centigrammes.

La *céphalée de l'épilepsie* débute d'ordinaire vers l'âge de quatre ou cinq ans, sous forme d'accès brusque, durant une heure à deux, s'accompagnant souvent d'un certain étonnement cérébral. Elle constitue pendant quelque temps et à elle seule l'attaque du morbus comitialis. Ces attaques sont parfois au nombre de deux à trois dans la même journée ; elles reviennent à intervalles plus ou moins espacés ; la fin du mal de tête est souvent marquée par une urination abondante. Les enfants sont lourds, apathiques, indifférents, parfois même hostiles et grossiers. Leur regard est éteint, leurs mouvements tout d'une pièce, souvent par impulsions brusques. Ils n'ont rien des manières prétentieuses, des allures coquettes des petits hystériques.

Un traitement précoce par la belladone et le bromure de potassium est ici de haute importance. Conseillez d'éviter les émotions, les fatigues intellectuelles. Conseillez surtout les précautions vis-à-vis du froid. Ces enfants cérébraux sont sensibles aux moindres variations de température ; ils doivent toujours être, quels que soient les caprices de la mode, très chaudement vêtus.

La *céphalée de la chorée* est moins importante, car elle précède des accidents moins graves et les précède de moins loin. Dans cette céphalée, c'est l'antipyrine poussée graduellement à de hautes doses, 4 et 6 grammes, qui vous donnera les meilleurs résultats. La céphalée cède d'ordinaire et ne reparaît pas quand on suspend la médication, alors même qu'on voit renaître certains troubles moteurs. Le chloral et le bromure m'ont toujours paru moins efficaces que l'antipyrine, tant contre la céphalée que contre la chorée qui en est la cause.

V. Céphalées chez les enfants de souche rhumatismale ou goutteuse. — Ces céphalées d'origine rhumatismale ou surtout goutteuse sont loin d'être communes dans l'enfance ; à l'hôpital, vous ne les verrez pour ainsi dire jamais ; en ville même, leur observation reste assez exceptionnelle, mais leur importance est grande, si leur fréquence est peu considérable. Souvent, en effet, elles s'accompagnent de phénomènes congestifs intenses et simulent complètement la méningite. J'ai vu, avec M. Barthez, chez un enfant de dix ans, qui s'était, à diverses reprises, plaint de douleurs de tête auxquelles on n'avait attaché qu'une faible importance, survenir brusquement une céphalalgie horrible, des nausées, des vomissements, de la photophobie, de l'hyperacousie, des mouvements désordonnés avec une température de 38°5. L'agitation était telle que nous n'avons pas hésité à donner des doses énormes de bromure de potassium, 10 et 12 grammes par jour, sans avoir, d'ailleurs, grand espoir. En trois jours, tous ces accidents se dissipaient aussi rapidement qu'ils étaient venus. Chez une jeune fille de quinze ans, ayant présenté plusieurs poussées rhumatismales avec endocardite légère, neurasthénique, souffrant souvent de la tête, j'ai vu récemment survenir, bien qu'avec une intensité moindre, des phénomènes congestifs analogues. Ici le bromure échoua totalement, le salicylate de soude et le colchique triomphèrent au contraire de ces accidents singulièrement tenaces et pénibles.

Quels sont, en dehors des antécédents de famille, les caractères qui vous permettront de soupçonner ces céphalées? Les manifestations douloureuses sont d'ordinaire mobiles, multiples et disséminées. En même temps que la céphalée, il existe des névralgies, des arthralgies, des douleurs des muscles et des gaines synoviales. Je viens de vous signaler la forme congestive fluxionnaire des accidents. Mais l'indice le plus important vous sera fourni par l'examen des urines. Celles-ci se troublent par le refroidissement ; elles renferment une proportion souvent énorme d'urée, de phosphates, d'oxalates et surtout d'urates. Vous trouvez, dans l'histoire de l'enfant, divers symptômes qui indiquent bien ce travail excessif auquel est soumis le filtre rénal. L'enfant a de temps à autre des sueurs profuses, des diarrhées colliquatives et fétides, parfois des vomissements, tous phénomènes dus à une insuffisance rénale momentanée.

Le traitement consistera donc tout d'abord à combattre ce ralentissement de la nutrition. L'alimentation sera modérée et réglée ; elle comprendra, pour une large part, les légumes verts non acides ; l'exercice, le travail seront imposés en dépit d'une certaine tendance à la nonchalance corporelle et intellectuelle ; l'exercice au grand air est particulièrement favorable. L'hydrothérapie est d'ordinaire mal tolérée, mais les bains de vapeur, les bains d'air chaud, les frictions sèches, les affusions chaudes sont utiles. Les laxatifs légers, les eaux alcalines faibles, l'eau de Vals (Saint-Jean), l'eau de Condillac méritent d'être également conseillés. Dans les formes congestives mêmes, le bromure, dont le pouvoir décongestif est incontestable, peut, à hautes doses, donner de bons résultats. L'antipyrine et le sulfate de quinine ont également une certaine valeur. Mais si ces médicaments échouent, vous réussirez souvent en employant alternativement, pendant une semaine chacun : 1° le salicylate de soude à faibles doses, 25 à 30 centigrammes par jour ; 2° le colchique, x à xv gouttes de teinture par jour. Pour mieux assurer la tolérance stomacale, il est bon de donner ces médicaments aux repas. Dans les formes très intenses, une application de sangsues aux apophyses mastoïdes pourrait être utile.

VI. Céphalées par anémie et par intoxication. — Les céphalées par anémie et par intoxication sont d'une fréquence extrême, mais ce sont peut-être celles dont le diagnostic précis offre le plus de difficulté. Dans les anémies en particulier, vous trouverez d'ordinaire des facteurs étiologiques complexes : mauvaise hygiène, manque d'air, nourriture mal choisie agissant en même temps qu'une croissance exagérée. Les hémorrhagies de la puberté, épistaxis ou ménorrhagies, peuvent exercer une influence directe sur l'appauvrissement du sang et réclament un traitement à part. Le point le plus important dans le diagnostic si délicat des céphalées anémiques, est de ne pas confondre la chlorose vraie, si fréquente à la puberté, avec la fausse chlorose des débuts de tuberculose. Cette fausse chlorose, elle aussi, donne souvent des céphalées intenses, alors que tous les autres symptômes : fièvre, amaigrissement, toux, sont encore indistincts. Le fer, l'hydrothérapie, ces spécifiques de la chlorose, nous seraient ici plus qu'inutiles ; non seulement ils ne soulageraient pas la céphalée, mais fort souvent ils provoqueraient des accidents de congestion pulmonaire et des hémoptysies graves.

Les intoxications qui peuvent provoquer les céphalées sont très nombreuses ; les plus importantes à connaître au point de vue pratique sont, d'une part, l'impaludisme et les auto-intoxications urémiques dans l'albuminurie ; de

l'autre, les intoxications par le charbon et surtout par divers médicaments pris en excès.

L'impaludisme joue un rôle considérable et souvent méconnu dans toutes les affections de l'enfance. A Paris même et plus encore dans les environs de Paris, vous le rencontrez à chaque instant. Les céphalées qu'il provoque sont loin d'affecter toujours le caractère intermittent; leurs paroxysmes sont le plus fréquemment irréguliers. La douleur finit même souvent par devenir presque continue. Comme phénomènes concomitants, vous noterez d'ordinaire un certain état de frisson et de pâleur, suivi bientôt de chaleur des mains et d'une légère transpiration; pendant cet accès, les enfants offrent des troubles singuliers du caractère, mélange d'apathie et d'irritabilité extrême. Chez les enfants d'un certain âge, vous pourrez parfois constater l'hypertrophie de la rate, mais il ne faut point compter sur ce symptôme impossible à apprécier chez les tout jeunes enfants. D'ordinaire ce n'est guère que les résultats fournis par le sulfate de quinine qui préciseront votre diagnostic. A la dose de 50, 60, 80 centigrammes et même 1 gramme en vingt-quatre heures, vous le verrez dans ces intoxications palustres triompher presque instantanément de céphalées horribles, simulant souvent la méningite au début. Pour éviter les rechutes, c'est encore au fer, au quinquina, à l'arsenic, qu'il faudra vous adresser. Les enfants, une première fois frappés, restent pendant très longtemps sensibles à la moindre réinfection palustre.

Les céphalées de l'albuminurie offrent une importance pronostique extrême. Bien souvent, en effet, elles ne sont chez l'enfant que le prélude et parfois le prélude peu éloigné d'une attaque d'éclampsie. Elles offrent le caractère gravatif, s'accompagnent de somnolence dans la journée, contrastant avec l'inquiétude, l'agitation de la nuit. Il est bien rare qu'il n'y ait point quelques troubles respiratoires et une légère dyspnée. Examinez alors toujours l'urine en l'absence même de toute bouffissure, en l'absence de tout antécédent pouvant expliquer l'albuminurie. Employez immédiatement les frictions sèches, les bains d'air chaud, les laxatifs, la digitale, le chloral. Si le mal de tête persiste, n'hésitez pas, quelle que soit l'anémie apparente de l'enfant, à faire appliquer deux ou plusieurs sangsues derrière l'oreille. Cherchez, avant tout, à prévenir l'accès d'éclampsie.

Les céphalées dues à l'intoxication lente par l'oxyde de carbone et l'acide carbonique, intoxication fréquente à la suite de modes de chauffages défectueux, doivent être toujours soupçonnées. Leur seul traitement consiste à en supprimer la cause. Les céphalalgies médicamenteuses sont, elles aussi, bien fréquentes et bien importantes. Je les ai vues survenir avec des doses modérées en apparence d'iode, d'opium, de digitale et surtout de belladone. Les intolérances sont extrêmement fréquentes; elles se relient souvent à un trouble de l'excrétion rénale. La céphalée n'est pas d'ordinaire le seul symptôme; les hallucinations, la dilatation pupillaire pour la belladone, le catarrhe oculo-nasal pour les préparations iodées, la constipation pour l'opium, les troubles cardiaques pour la digitale contribueront à vous mettre sur la voie de l'intolérance. Celle-ci constatée, le traitement se trouve fixé du même coup.

VII. Céphalées par lésions des organes des sens. — Les céphalées dues à des lésions des organes des sens constituent la dernière classe dont je veuille vous parler avant d'aborder l'étude des céphalées de la méningite. Ces causes, pour la plupart d'ordre chirurgical, ne sont pas moins importantes à rechercher que les causes d'ordre médical et, dans tous les cas douteux, vous ne pourrez porter de diagnostic qu'après l'examen minutieux de l'œil, du nez, du naso-pharynx et de l'oreille.

Du côté de l'œil, toutes les ophthalmies chroniques, les conjonctivites, les kératites, les iritis peuvent amener des céphalées coïncidant d'ordinaire avec des névralgies sus-orbitaires. Contre ces maux de tête, en attendant que le traitement ophthalmologique ait pu supprimer la cause, vous possédez deux bons moyens palliatifs : le sulfate de quinine à haute dose, comme moyen interne; les onctions sur les régions sourcilières et palpébrales avec une pommade à la belladone et à la jusquiame, comme moyen externe. D'autres céphalées, d'origine oculaire, sont dues à de simples troubles de la réfraction. Vous pourrez soupçonner et vous devez rechercher ces troubles quand vous verrez les petits malades prendre pour lire ou pour travailler des attitudes forcées, froncer le sourcil, cligner les yeux pour pouvoir lire. L'hypermétropie est, de toutes les anomalies de la réfraction, celle qui amène le plus fréquemment ces céphalées; viennent ensuite l'astigmatisme et, plus rarement, la myopie. Le seul traitement qui réussisse est alors l'emploi de verres appropriés.

Du côté du nez, les polypes muqueux, les coryzas chroniques, l'ozène sont une cause incontestable de céphalées. Il me semble pourtant qu'on a parfois exagéré le rôle des lésions nasales; les hypertrophies légères de la muqueuse des cornets, les déviations de la cloison ont-elles vraiment toujours l'importance qu'on leur a donnée et méritent-elles d'être traitées avec l'énergie opératoire qu'on déploie parfois? N'admettez le rôle de ces lésions minimes qu'en l'absence de toute autre explication et après un examen minutieux de tous les autres organes.

Du côté du naso-pharynx, les végétations adénoïdes paraissent avoir une action plus certaine. Mais cette action est souvent, en grande partie, indirecte et liée aux lésions de l'oreille, que ces végétations déterminent souvent par compression de la trompe d'Eustache. Les otites s'accompagnent, en effet, de céphalées parfois horribles. Dans les otites suppurées surtout, l'acuité de ce symptôme peut inspirer des craintes extrêmes; on redoute de suite une propagation de l'inflammation aux méninges. Cette grave complication est heureusement assez rare, tout au moins dans les otites de l'enfance. Rien de plus commun que de voir des suppurations de l'oreille tenaces, prolongées, s'accompagnant de douleurs de tête excessives et ne se compliquant pas de méningites. Le traitement de ces otites suppurées n'en doit pas moins, bien entendu, être fait avec la plus grande énergie.

Pour en finir avec cet ordre de cause, je dois enfin vous signaler les corps étrangers du nez et de l'oreille. Vous savez combien ces corps étrangers sont fréquents dans l'enfance. Bien souvent, l'enfant ne parle pas sur le moment de l'accident qui lui est arrivé. Quand il vient à souffrir de la tête, à plus forte raison a-t-il oublié le corps étranger, dont l'introduction remonte souvent à plusieurs mois. Vous ne pouvez donc guère compter, pour le diagnostic, que sur l'examen direct.

VIII. Céphalées du début de la méningite et des lésions cérébrales. — J'arrive, hélas! à l'étude des céphalées singu-

lièrement plus graves et singulièrement plus rebelles à toute thérapeutique, les céphalées des méningites et des lésions cérébrales. Parfois le diagnostic n'est que trop évident : l'enfant est un hydrocéphale, un microcéphale, ou il présente la déchéance organique et intellectuelle de la sclérose cérébrale ; les céphalées ne sont qu'un épisode dans cet état lamentable ; vous n'avez qu'à chercher à calmer la douleur de votre mieux. Mais dans le cas de méningite, au début, le diagnostic reste toujours plus douteux et vous ne devez jamais l'admettre qu'en désespoir de cause, après avoir épuisé toutes les autres hypothèses, tous les autres modes de traitement.

En outre de la céphalée, les changements de caractère, qui devient alternativement acariâtre et apathique, l'anorexie absolue sans enduit de la langue, sans troubles digestifs notables, la constipation opiniâtre, l'amaigrissement, l'air vieilli, la pâleur, la fièvre irrégulière, surtout variable d'un moment à l'autre, constitueront les bases de votre diagnostic, qui, néanmoins, loin d'être définitif, est inattaquable. Les parents, eux-mêmes, quand ils ont eu déjà le malheur de perdre d'autres enfants de ce terrible mal, ne s'y trompent point et restent sourds à toutes les paroles d'espoir que vous pourrez leur prodiguer. Ces céphalées du début de la méningite sont d'ailleurs extrêmement variables ; bien souvent, elles restent assez légères, assez fugaces et complètement disproportionnées avec la gravité de l'affection qu'elles annoncent. Elles viennent souvent par bouffées irrégulières, en même temps que les légers accès de fièvre. Un de leurs caractères les plus importants est peut-être le désir de repos, de tranquillité, d'immobilité, dont elles s'accompagnent. La moindre lueur, le moindre bruit, le moindre mouvement paraissent insupportables. Il y a, dans cet état de fièvre à marche irrégulière, d'apathie souffrante, quelque chose de spécial et qui, pourtant, je dois vous le rappeler encore, se retrouve, jusqu'à un certain point, dans l'impaludisme. L'usage du sulfate de quinine vous servira de pierre de touche ; si ce précieux agent thérapeutique ne modifie en rien ce triste aspect de votre petit patient, vous devrez vous rendre à l'évidence. Cet échec vient confirmer toutes vos craintes. Devez-vous abandonner la lutte ? Les lésions méningées des syphilis héréditaires ne sont pas très fréquentes chez l'enfant. Cependant, c'est à cette dernière chance de salut qu'il faut vous rattacher, le traitement spécifique ayant parfois réussi.

Peut-être aussi aurez-vous exceptionnellement ce bonheur qu'il ne s'agisse point encore de la tuberculose elle-même, mais d'une de ces poussées congestives qui, si souvent, la précèdent. L'emploi alternatif du bromure et de l'iodure, le calomel, la dérivation faite au moyen de sangsues aux apophyses mastoïdes, et surtout par un moyen bien ancien, bien démodé : la révulsion, soit cutanée, soit plus profonde, et surtout prolongée, à la nuque, peuvent encore donner un répit momentané. C'est à l'hygiène la plus sévère, à la suppression rigoureuse de toute excitation, qu'il faut vous adresser pour tâcher de transformer ce répit en trêve durable. Ces congestions prémonitoires jouent un grand rôle au début des méningites tuberculeuses ; elles sont bien souvent plus qu'un symptôme du début même de l'affection ; elles sont une des conditions qui précèdent et favorisent ce début. En traitant avec énergie le premier symptôme qui les révèle, la céphalée, vous ferez donc parfois plus que triompher d'un simple malaise, vous êtes en droit de penser que vous contribuez à prévenir une affection mortelle. Mais vous avez vu combien le traitement de ce symptôme variait suivant la cause. Si vous négligez de rechercher cette cause, si vous vous contentez d'une médication purement empirique et symptomatique, non seulement vous échouerez fréquemment, mais ces traitements, prescrits au hasard, seront parfois, vous l'avez vu, plus nuisibles qu'utiles.

THÈSES DE PARIS

La phthisie des alcooliques, par M. Th. de la Batie.

Cette thèse a été faite sous les inspirations de M. Lancereaux, dont tout le monde scientifique connaît la haute valeur et la compétence spéciale pour toutes les questions qui touchent à l'alcoolisme. Les idées suivantes, soutenues par l'auteur, sont tout entières tirées de l'enseignement du nouveau médecin de l'Hôtel-Dieu :

L'alcoolisme est une cause préparatoire de la tuberculose pulmonaire. Les buveurs intoxiqués par l'absinthe et les amers sont surtout prédisposés à la phthisie.

Cette action nocive de l'alcool et des huiles essentielles est si puissante qu'elle détermine la phthisie, non seulement chez les sujets exempts de la tare héréditaire, mais encore chez ceux qui sont quelquefois prémunis contre la tuberculose par des affections telles que l'impaludisme et le rhumatisme. Les abus alcooliques favorisent l'éclosion de la tuberculose, en troublant profondément les phénomènes de la nutrition.

Les lésions sont constamment représentées par des granulations tuberculeuses. Celles-ci débutent presque toujours par le sommet du poumon droit et à sa partie postérieure. Après le poumon, les séreuses viscérales sont le plus souvent atteintes.

L'évolution est rapide. La forme de tuberculose miliaire aiguë s'observe quelquefois. En général, la durée de cette phthisie, dont le pronostic est toujours grave, est de quelques mois seulement.

Des différents types de diabète sucré, par M. E. Boutard.

C'est encore de l'école de M. Lancereaux que sort le travail que nous analysons.

Reproduisant les idées du maître, l'auteur a établi que le diabète n'est pas une maladie univoque, mais un syndrome, lié à des états pathologiques très différents, que nous sommes loin de connaître tous.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut distinguer trois espèces ou types principaux : le diabète gras ou constitutionnel ; le diabète maigre ou pancréatique ; le diabète nerveux. Cette division est importante à établir au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Quelques considérations sur le régime des brightiques, par M. Stcherbanoff.

Il n'y a pas un traitement du mal de Bright ; de même qu'il y a des formes cliniques, il y a aussi de véritables formes thérapeutiques : à chaque classe de cas, il faut un régime spécial. Les indications du régime se tirent de l'état local et fonctionnel, et surtout de l'état général.

L'albuminurie n'est pas le seul trouble fonctionnel dont il faille tenir compte. L'excrétion de l'urée peut surtout servir à évaluer l'intensité du mouvement de désassimilation ; elle constitue plutôt un moyen d'évaluer la résistance du malade, qu'un élément de pronostic pour l'avenir de la lésion rénale elle-même.

Néanmoins l'albuminurie est un élément d'appréciation de premier ordre. Elle indique, dans la plupart des cas, l'étendue et le degré de l'altération rénale ; elle ne suffit pas, à elle seule,

pour déterminer exactement la profondeur de cette altération; elle peut même manquer dans des cas à lésions graves, mais, quand elle existe, l'expérience prouve que les fluctuations sont en rapport étroit avec les variations des accidents.

Tout en tenant compte des indications fournies par l'état général, on peut affirmer que tout traitement qui ne diminue pas l'albuminurie est un traitement insuffisant : que tout traitement qui l'augmente est nuisible; que tout traitement qui ne la modifie pas est un traitement incomplet, même s'il semble avoir de bons résultats au point de vue de l'état général et de l'apparence extérieure du malade.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mars 1891. — Présidence de M. Tarnier.

RAPPORTS

Traitement du pied plat valgus douloureux par l'opération d'Ogston. — M. DUPLAY fait un rapport sur une observation adressée par M. Kirmisson.

Tout en constatant le succès obtenu par M. Kirmisson, M. Duplay pense qu'il ne faut pas conclure de cette observation que l'opération d'Ogston doive dorénavant constituer le traitement de choix du pied plat valgus douloureux. En effet, cette affection est due à une impotence fonctionnelle de certains muscles.

Les déviations qui se produisent, sous l'action du poids du corps et du surmenage, d'abord temporaires et disparaissant avec les douleurs par le simple repos, tendent à devenir permanentes par suite de contractures réflexes, qui peuvent encore être vaincues, pendant un temps plus ou moins long, par les manipulations simples ou avec l'aide de l'anesthésie chloroformique. Ce n'est qu'à une époque éloignée du début que la déviation devient invincible, par suite de la rétraction des muscles et des altérations anatomiques du côté des ligaments et même des surfaces articulaires. Tant que ces altérations ne se sont pas produites, on peut obtenir des guérisons complètes et durables, en corrigeant les déviations par le repos, par la réduction sous le chloroforme, et surtout par le massage, l'électrisation des muscles et le port d'appareils de soutien.

Donc, le pied plat valgus douloureux, pris à temps et traité par des moyens convenables, est susceptible de guérir d'une manière complète et durable, mais en présence des cas anciens et graves, absolument réfractaires à ces moyens, il faut recourir à des opérations sanglantes; l'ostéotomie de l'extrémité inférieure des os de la jambe, conseillée par Trendelenburg, doit être rejetée. Il en est de même de l'ablation de la totalité de l'astragale, pratiquée par Vogt. La difformité principale portant sur l'articulation astragalo-scaphoïdienne, c'est sur cette articulation que doit porter l'intervention. Or, l'ablation du scaphoïde seul est insuffisante. C'est donc la résection de la tête de l'astragale qui semble *a priori* devoir le mieux corriger la difformité, et l'opération d'Ogston est la mieux indiquée.

Si l'on veut assurer le succès complet et durable de l'opération, prévenir l'affaissement de la voûte plantaire, il est indispensable de combattre par l'électrisation l'impotence du long péronier latéral et des autres muscles destinés à maintenir la forme normale du pied pendant la station et la marche.

Traitement de la fièvre jaune par le refroidissement des malades. — M. LE ROY DE MÉRICOURT fait un rapport sur une note de M. le docteur Garcia (de Santiago), relative au traitement de la fièvre jaune par l'abaissement de la température du corps des malades. Pour obtenir ce refroidissement, M. Garcia enferme les malades dans une caisse à doubles parois, appelée chambre polaire.

L'espace compris entre les deux parois est rempli progressivement de glace, jusqu'à ce que la température de l'intérieur de la caisse arrive à 0 degré. Pendant ce temps, le malade est maintenu à une diète absolue. Le froid stérilise l'air de la chambre et opère le lavage du sang. Cet air absorbé rapidement par les muqueuses respiratoires, se mêle au sang, dilue les poisons solubles qu'il contient, augmente la tension rénale et agit comme un puissant diurétique.

Sur 20 sujets soumis à ce traitement, 2 seulement ont succombé.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection de deux membres associés étrangers.

Première élection : nombre des votants 51, majorité 26, M. Deroubaix (de Bruxelles) est élu par 46 voix; seconde élection : nombre des votants 47, majorité 24, M. Spencer Wells (de Londres) est élu par 47 voix.

COMMUNICATION

Phénomènes de l'aigrissement et de la coagulation spontanée du lait de vache. — M. BÉCHAMP communique la seconde partie de son travail sur ce sujet.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Ministre a décidé que le nombre des candidats à inscrire dans les séries d'examens de la Faculté de médecine de Paris serait fixé ainsi qu'il suit :

Premier examen de doctorat, 10 candidats.

Deuxième examen : première partie, épreuve pratique, de 12 à 16 candidats; épreuve orale, 10 candidats; — deuxième partie, 10 candidats.

Troisième examen : première partie, épreuve pratique, de 12 à 16 candidats; épreuve orale, 10 candidats; — deuxième partie, 10 candidats.

Quatrième examen, 10 candidats.

Cinquième examen : 1° clinique chirurgicale, 6 candidats; — 2° clinique obstétricale (examen nouveau), 6 candidats; — 3° clinique médicale, 6 candidats.

Ce nouveau système de mise en séries sera appliqué immédiatement après Pâques.

— Les candidats pour le concours de médecin au Bureau central admis à la deuxième épreuve sont, par ordre alphabétique : MM. Achard, Beclère, Bourcy, Capitan, Dalché, de Gennes, Delpeuch, Despréaux, Duplaix, Gauchas, Gilles de la Tourette, Giraudeau, Girode, Havage, Klippel, Laffite, Lebreton, Le Gendre, Lermoyez, Lesage, Marfan, Mathieu, Ménétrier, Morel-Lavallée, Nicole, Oettinger, Ribail, Robert, Thoinot, Tissier et Widal.

— Les candidats pour le concours de chirurgien du Bureau central ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Périnée, abcès urineux. »

Les lectures commenceront le mercredi 8 avril, à quatre heures du soir, à l'hôpital de la Charité.

— Par décret, en date du 23 mars 1891, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Laveran, en remplacement de M. Milon, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu à son poste de professeur au Val-de-Grâce.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. Jeunehomme, en remplacement de M. Jossot, retraité; maintenu à son poste de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans; — Jeanmaire, en remplacement de M. Kiener, promu; maintenu à l'hôpital militaire de Rennes; — Guillemin, en remplacement de M. Laveran, promu; maintenu à son poste de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Arras.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Radouan, en remplacement de M. Gerboin, décédé; maintenu à l'hôpital

militaire de Briançon; — Lauza, en remplacement de M. Millet, décédé; maintenu au 5e d'infanterie; — Catrin, en remplacement de M. Gobillot, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu à l'École du service de santé militaire de Lyon; — Farssac, en remplacement de M. Pineau; désigné pour le 144e d'infanterie; — Chagnaud, en remplacement de M. Barthé, retraité; désigné pour le 135e d'infanterie; — Carivenc, en remplacement de M. Soulbieu, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour le 28e d'artillerie; — Pugibet, en remplacement de M. Jeunehomme, promu; désigné pour le 52e d'infanterie; — Granier, en remplacement de M. Jeanmaire, promu; désigné pour le 142e d'infanterie; — Delaye, en remplacement de M. Guillemin, promu; désigné pour le 91e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Maubrac, en remplacement de M. Augiéras, démissionnaire; maintenu à son poste de surveillant au Val-de-Grâce; — Batut, en remplacement de M. Pascal, démissionnaire; maintenu au 126e d'infanterie; — Rivière, en remplacement de M. Mosimann, démissionnaire; désigné pour le 139e d'infanterie; — Sieur, en remplacement de M. Joire, démissionnaire; maintenu à son poste de surveillant à l'École de Lyon; — Krantz, en remplacement de M. Dève, démissionnaire; désigné pour le 8e bataillon d'artillerie de forteresse; — Watier, en remplacement de M. Radouan, promu; désigné pour le 148e d'infanterie; — Nicolas, en remplacement de M. Lauza, promu; maintenu à son poste de surveillant à l'École de Lyon; — Bonjean, en remplacement de M. Catrin, promu; désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger; — Malgat, en remplacement de M. Farssac, promu; désigné pour le 24e bataillon de chasseurs à pied; — Lassègue, en remplacement de M. Chagnaud, promu; désigné pour le 98e d'infanterie; — Fockenberghe, en remplacement de M. Carivenc, promu; maintenu au 162e d'infanterie; — Lhéritier de Chezelle, en remplacement de M. Pugibet, promu; désigné pour le 125e d'infanterie; — Kocher, en remplacement de M. Granier, promu; désigné pour le 22e bataillon de chasseurs à pied; — Herck, en remplacement de M. Delaye, promu; désigné pour le 4e bataillon d'artillerie de forteresse.

— Par décision ministérielle, en date du 23 mars 1891, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Guilhem, pour le 14e d'artillerie; Ferrandi, pour l'hôpital d'Ajaccio; Weil, pour le 109e d'infanterie; Salvetat, pour le 53e d'infanterie;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Fourcade, pour le 48e d'infanterie; de Balthazar de Gacheo, pour le 7e d'infanterie; Warion, pour le 68e d'infanterie; Descargues, pour le 154e d'infanterie; Troy, pour le 59e d'infanterie; Zimmermann, pour le 19e dragons; Bony, pour le 9e escadron du train des équipages militaires; Ferry, pour le 82e d'infanterie; Olivier (G.-A.-M.), pour le 30e dragons; Amat, pour l'École de Rambouillet; Redon, pour le 2e chasseurs d'Afrique; Grognot, pour le 2e spahis; Blanc (G.-P.-G.), pour le 92e d'infanterie; Labanowski, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Lassale, pour le 18e dragons; Petit (J.-J.-R.), pour le 83e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Boyé, pour le 33e régiment d'artillerie à Poitiers; Humbert, pour le 7e chasseurs à cheval; Morin (E.-J.-M.), pour l'École de Saint-Maixent; Sébillon, pour le 14e dragons; Rocheblave, pour le 12e d'infanterie; Papon, pour le 4e hussards; Marion, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Licht (A.-E.), pour le 5e chasseurs d'Afrique; Gary, pour le 17e dragons; de Vernejoul, pour les hôpitaux de la division de Constantine; Dumont, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Cambours-Mouflet, pour les hôpitaux de la division d'Oran;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Vigerie, pour le 43e d'infanterie; Lovy, pour le 102e d'infanterie; Fagot, pour le 9e chasseurs à cheval; Maré, pour le 7e hussards; Althoffer, pour le 30e dragons; Ferrand (C.-V.-G.), pour le 68e d'infanterie; Zumbiehl, pour le 47e d'infanterie; Sibut, pour le 107e d'infanterie; Chabrut, pour le 90e d'infanterie; Courtet, pour le 137e d'infanterie; Démery, pour le 81e d'infanterie; Ausset, pour le 21e d'artillerie.

— MM. Mesnet, Vidal, Laboulbène et Féréol sont nommés médecins honoraires des hôpitaux de Paris.

— Le concours pour l'internat de Berck et de Brévannes s'est terminé par la nomination de M. Page et de Mlle Kohan, pour Berck, et de MM. Gamard et Iscovesco pour Brévannes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Louis, interne à la Charité.

— *Hôpitaux de Paris.* — MM. les élèves internes et externes sont prévenus que les cours de médecine opératoire, pour la saison d'été, commenceront le lundi 6 avril 1891, à quatre heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Bourcy, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du 1er avril.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1890-91, ouvert le mercredi 8 avril, sera clos le jeudi 30 avril, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat : les mercredi 8, jeudi 9, vendredi 10, samedi 11, mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17 et samedi 18 avril.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24, samedi 25, mercredi 29 et jeudi 30 avril.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre 1890-91. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

ÉMULSION DEFRESNE
D'HUILE DE FOIE DE MORUE
IODO-PHOSPHATÉE

RENDUE ASSIMILABLE PAR LA PANCRÉATINE

aussi agréable à prendre que le lait

L'Émulsion Defresne, à faible dose, est plus efficace que l'Huile de foie de morue naturelle; elle est plus riche que celle-ci en principes reconstituants, stimulants et altérants (*Iode, Phosphore, Acides gras libres*); elle est agréable à prendre.

L'Émulsion Defresne contient :

45 gr. Huile modifiée par la Pancréatine;
5 gr. Acides gras libres;
0,20 centigr. Phosphore;
0,10 centigr. Iode;
50 gr. Eau et Glycérine.

L'Émulsion Defresne est héroïque dans :

RACHITISME,	LYMPHATISME,	ANÉMIE,
SCROFULE,	DÉBILITÉ,	CONSOMPTION.

L'Émulsion Defresne *est toujours assimilée: Dose de 2 à 6 cuillerées à café par jour.*

PRIX : **2 francs.**

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine** et de la **Peptone.** 4, quai du Marché-Neuf;

DÉTAIL : Pharmacie, 2, rue des Lombards.

43

MORRHUOL DE CHAPOTEAUT

Le **Morrhuol** représente les principes actifs de l'huile de foie de morue, sauf la matière grasse; il est enfermé dans de petites capsules rondes, contenant chacune 20 centigrammes, équivalant à 25 fois son poids ou 5 grammes d'huile de foie de morue brune.

Principaux effets : *Augmentation de l'appétit, diminution de la toux, régularisation des digestions et des selles, retour des forces et du sommeil.*

Applications thérapeutiques : *Bronchites, tuberculose au premier degré, rachitisme, scrofule, lymphatisme.* Deux à quatre capsules par jour pour les enfants, au moment des repas; pour les adultes, quatre à huit capsules.

DÉPÔT : pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

28

MORRHUOL CRÉOSOTÉ DE CHAPOTEAUT

Ces capsules contiennent chacune 15 centigr. de **Morrhuol,** correspondant à 4 grammes d'huile de foie de morue et 5 centigr. de Créosote de hêtre, dont on a éliminé le créosol et les produits acides, substances que l'on rencontre toujours dans les créosotes du commerce et qui exercent une action caustique sur l'estomac et les intestins.

Elles ont donné les meilleurs résultats dans la **phthisie et la tuberculose pulmonaire,** à la dose de 4 à 6 capsules par jour prises au commencement du repas.

DÉPÔT : Pharmacie, 1, rue Bourdaloue.

23

SIROP DE QUINQUINA FERRUGINEUX
De GRIMAULT et Cie,
au Pyrophosphate de Fer et de Soude.

Ce sirop est clair, limpide, agréable au goût; il est pris avec plaisir, aussi bien par les enfants que par les grandes personnes, et contient par cuillerée à bouche 20 *centigr. de sel de fer* et 0,10 *extrait de quinquina.* Phie, 1, rue Bourdaloue.

177

DYSPEPSIES — GASTRALGIES

PEPSINE BOUDAULT

« *En prescrivant simplement : Pepsine, le pharmacien est obligé de ne donner que celle du Codex. Cette pepsine ne doit peptoniser que 20 fois son poids de fibrine, tandis que la* **Pepsine Boudault** *peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex ne doivent peptoniser que la moitié de leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** et l'**Elixir de Pepsine Boudault** peptonisent **deux fois** leur poids de fibrine, soit **quatre fois plus.** »

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal
et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

ANALYSE DE MARS DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de mars, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

	gr.	
Densité à 15°		1032.000
Beurre par litre	45.000	
Albumine	4.000	
Caséine	39.000	
Sucre de lait	49.900	
Sels	7.300	
Total des matières fixes	146.200	146.200
Eau		885.800

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.346
Acide sulfurique	0.120
Potasse	1.655
Soude	0.826
Chaux	1.582
Magnésie	0.245
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.526
Total	7.300

PRIX :	Dans les dépôts	65 c. le litre.
	—	40 c. le 1/2 litre.
	Rendu à domicile	70 c. le litre.
	—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

52

LIQUEUR MARIANI À LA TERPINE ET À LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales,* aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie,* la *Chlorose,* l'*Atonie,* la débilité générale et les maladies du système nerveux.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

45

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas.**

MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

56

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

33

DYSPEPSIE, GASTRALGIE

ENTÉRITES guéries par les

DRAGÉES de PANCRÉATINE PAULAY.

Dépôt gal : Phie Centrale, fg Montmartre, 52, Paris.

34

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE
DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin,** toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

GROS : **Clin & Cie,** 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

24

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal.
Au Copahu, au Cubebe et à l'Essence de Santal.
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables. »

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS. MM. les médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie,** 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

29

GOUTTES LIVONIENNES
de TROUETTE-PERRET

à la créosote de hêtre, au goudron de Norwège et au baume de Tolu

Le remède le plus puissant contre les **affections des voies respiratoires,** les **affections de la poitrine,** le **catarrhe, l'asthme,** la **bronchite chronique,** la **Phthisie** à tous les degrés, la **toux,** la **tuberculose,** etc.

DOSE : *De 2 à 4 Gouttes Livoniennes au déjeuner et autant au dîner.*

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

Gros : E. TROUETTE, 15, r. ds Immeubles-Industriels

52

PILULES BENZOIQUES AU BROMURE DE LITHIUM ROCHER

Essence de juniperus et alcaloïdes du quinquina, (quinine, cinchonine, cinchonidine).

Succès sans précédent contre diathèse urique et phosphatique, maladies des reins et de la vessie, catarrhe, cystite, prostatite, néphrite, gravelle, goutte, rhumatismes, névroses du col de la vessie, etc. 5 centigr. de chaque produit par pilule.

Fl. : 5f. — Echant. gratis à MM. les médecins.

F. ROCHER, 112, rue Turenne, Paris.

99

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

40

DRAGÉES **QUINOIDINE-DURIEZ**

Très efficaces contre les récidives des fièvres intermittentes, Paris, 20, pl. des Vosges.

43

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

P. Rigollot

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — Revue générale. Du périnée obstétrical, par M. E. Bonnaire, accoucheur des hôpitaux. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Du périnée obstétrical (1).

II

SES EFFRACTIONS

Par E. Bonnaire, accoucheur des hôpitaux.

Les effractions du plancher périnéal, produites au cours de l'ampliation dans l'accouchement spontané ou artificiel, peuvent être divisées, d'après leur siège et leur étendue, en :

Déchirures de la muqueuse ;
Déchirures de l'enveloppe cutanée ;
Déchirures du corps périnéal ;
Déchirures interstitielles ;
Déchirures centrales du périnée.

Fréquence. — Indépendamment des ruptures de l'hymen, qu'on observe à titre de phénomène physiologique dans tout accouchement de primipare, les statistiques indiquant la fréquence des lésions du périnée diffèrent considérablement, suivant les auteurs. Cette divergence tient à la diversité des interprétations de ce qu'il faut entendre par déchirures pathologiques.

Sur un point, tout le monde est d'accord : les effractions périnéales sont beaucoup plus fréquentes chez les primipares que chez les multipares. Mais, tandis que Fasbender (2), par exemple, compte une proportion totale d'environ 23 ruptures sur 100 accouchements, soit 34 p. 100 chez les primipares et 10 p. 100 chez les multipares, Hildebrandt (3) n'en trouve que 7,2 p. 100, en bloc, soit 19,7 p. 100 chez les primipares et 0,18 p. 100 chez les multipares. Spiegelberg (4) s'en tient à la numération des ruptures intéressant le corps périnéal, avec une plaie de 2 centimètres et demi d'étendue au moins. Il les a rencontrées 102 fois sur 3000 accouchements, c'est-à-dire dans une proportion de 3 et demi p. 100.

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 309.
(2) Fasbender. *Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn.*, vol. II, p. 43.
(3) Hildebrandt. *Handb. der Frauenkrankh. v. Billroth*, 1877.
(4) Spiegelberg. *Lehrb. der Geburtsh.*, p. 626.

Déchirures de la muqueuse seule. — Le diaphragme hyménal, distendu et refoulé en avant par la présentation fœtale, cède et se déchire, suivant différentes modalités, et la lésion cruentée, ainsi produite, peut soit se limiter à l'encadrement de la membrane soit fuser à travers les régions adjacentes de la muqueuse vaginale ou vulvaire.

Le plus souvent, les solutions de continuité de l'anneau hyménal sont multiples ; il se produit plusieurs fissures rayonnant sous forme d'étoile autour de l'axe du canal vulvaire. Les plus étendues répondent, en général, aux portions inférieures et latérales de l'hymen. On voit, dans quelques cas rares, la membrane se détacher circulairement du reste du vagin, dans ses limites inférieures, comme s'il se faisait, en ce point, une véritable désinsertion. La partie fœtale propulse au-devant d'elle le pont ainsi formé et, suivant les cas, le fait éclater ou le déplace de bas en haut, pour glisser au-dessous de lui. Quel que soit le mode de rupture de l'hymen, une fois l'accouchement terminé, il se fait au niveau de ses débris un travail de rétraction inodulaire qui donne naissance aux caroncules myrtiformes. M. Budin a insisté (1) sur la valeur séméiologique de la présence de ces débris cicatriciels pour établir le diagnostic rétrospectif de l'accouchement.

Les déchirures hyménales peuvent se propager d'avant en arrière et intéresser la muqueuse du vagin. Mais il est bien plus fréquent de rencontrer le point de départ d'une solution de continuité commune à l'hymen et au vagin, au niveau de ce dernier.

Dans l'un ou l'autre cas, il est exceptionnel de voir la plaie siéger sur la ligne médiane. Freund (2) et Bar (3) ont insisté sur ce fait que, d'habitude, les déchirures du tiers inférieur du vagin occupaient, suivant une direction longitudinale, les côtés de la colonne postérieure de ce conduit. Cette disposition extra-médiane trouve sa raison dans la très grande résistance de la colonne postérieure et dans l'adhérence intime de la muqueuse aux fibres musculaires qui forment, en ce point, un tractus très dense. D'ordinaire

(1) Budin. *Progrès médical*, août 1879.
(2) Freund. *Gyn. Klin.*, 1885, vol. I, p. 135.
(3) Bar. *Journal de médecine de Paris*, mai 1888.

unilatérales, elles peuvent être doubles et border les deux côtés du relief médian postérieur. Tantôt, elles se rejoignent au-devant du tubercule terminal, en dessinant un fer à cheval [Hegar] (1), tantôt du trait d'union commun part une fissure médiane qui fend l'hymen, la fosse naviculaire et la fourchette vulvaire et donne à la plaie la forme d'un Y.

Il est une forme spéciale de déchirures de la portion périnéale du vagin qui appartient, en propre, aux applications de forceps mal conduites. Lorsqu'avec le forceps ancien, on veut exécuter le mouvement artificiel de rotation interne de la tête, si on commet la faute de tirer droit à soi les manches du forceps et de tourner en même temps les branches sur place, en donnant une sorte de tour de clé au lieu d'effectuer le mouvement de vielle (Bar), on abrase circulairement tout le segment du canal d'expulsion limité par les parties molles. Les cuillers du forceps décrivent en ce cas, comme l'a indiqué et figuré M. Tarnier (2), un cône de révolution ; elles entraînent, comme en un tourbillon, le revêtement muqueux du vagin ; elles l'arrachent et le dilacèrent en lambeaux, largement décollés et à contours déchiquetés.

Propagées en avant, les déchirures de l'hymen traversent la fosse naviculaire et atteignent la fourchette vulvaire, soit sur ses parties latérales, soit plus souvent sur la ligne médiane. En fissurant la membrane hyménale, la présentation fœtale donne le coup de ciseaux initial qui peut devenir le point de départ des effractions ouvertes les plus étendues.

Si la solution de continuité se dirige directement de côté, elle atteint les petites lèvres et, suivant sa longueur, tantôt elle tranche ces organes totalement en travers, tantôt elle les divise partiellement sans atteindre leur bord libre. Elle peut, mais plus rarement, se propager longitudinalement et les détacher de leur continuité avec le reste des parois vulvaires. En ce dernier cas, on voit, après l'accouchement, pendre au-devant de la vulve un lambeau irrégulier de muqueuse. Lorsqu'il y a eu division incomplète en travers, il peut arriver, comme l'a observé M. Budin (3), que la partie la plus profonde des lèvres de la plaie seule se réunisse et qu'il reste, par suite du défaut de coaptation des tissus, une véritable perforation à l'emporte-pièce située au milieu de la petite lèvre atteinte.

Chez les multipares comme chez les primipares, mais principalement chez ces dernières, le revêtement du canal vulvaire est fréquemment le siège de lésions multiples et disséminées qui n'ont aucune relation avec l'effraction de l'hymen. Ce sont des sugillations et des ecchymoses, de petites collections sanguines intra-dermiques, véritables thrombus en miniature ; des érosions épidermiques ou des pertes de substances plus profondes que longues et qui, perdues dans le boursouflement de la muqueuse, offrent plutôt l'apparence d'ulcérations que celle de plaies traumatiques ; enfin, des solutions de continuité intéressant tout le derme, affectant la forme d'étoiles et de virgules qui s'étagent sur tout le pourtour de la vulve, suivant une disposition radiée [M. Duncan] (4). C'est tout spécialement au niveau du vestibule de la vulve que les plaies affectent cette apparence ulcéreuse ; quoique peu longues, elles peuvent en ce point être assez profondes pour trancher le corps ou le capuchon du clitoris, ou bien l'un des corps caverneux. On a observé des faits de ruptures de l'urèthre au voisinage du méat ; on a même vu l'abrasion de toute la paroi uréthro-vaginale sous forme de plaie étendue jusqu'au col de la vessie.

Duncan a signalé l'existence d'une sorte d'antagonisme entre les plaies radiées multiples du canal vulvaire et la déchirure du corps périnéal. Il semble que cette dernière lésion joue le rôle d'une section libératrice ; elle donne du jeu à l'anneau vulvaire au moment du passage de la tête et empêche ainsi l'attrition des tissus des parties latérales de la vulve, entre le crâne fœtal et la fourche osseuse ischio-pubienne. On serait donc en droit de se demander, sans trancher toutefois aussi nettement par l'affirmative, que le fait Duncan, si un soutien trop attentif du périnée, exercé dans le but de protéger la fourchette vulvaire, ne pourrait, à ce point de vue, être préjudiciable, et s'il ne vaut pas mieux avoir affaire à une plaie médiane et unique, facile à réunir, qu'à une série d'éclatements irréguliers qui ouvrent autant de portes à l'infection.

Il est une variété spéciale d'effractions qui porte, non sur le derme de la muqueuse, mais sur le tissu cellulaire sous-muqueux. La tête du fœtus propulse au-devant d'elle un repli de muqueuse, et, sans le dilacérer, le détache de ses insertions profondes. Ce serait là, d'après Paul Dubois et Perret, la cause habituelle des thrombus vagino-vulvaires.

Déchirures de la peau seule. — Comme le revêtement muqueux, l'enveloppe extérieure du périnée peut être le siège d'éclatements et de fissures qui se limitent à son épaisseur. Toutefois ces lésions, comparées au point de vue de leur fréquence aux traumatismes localisés à la muqueuse ou communs aux deux enveloppes ainsi qu'à leur doublure, doivent être considérées comme exceptionnelles.

Chez les femmes à périnée épais, chargé de graisse et peu extensible, on voit parfois, en surveillant les progrès de la voussure, la peau se fendiller et prendre un aspect écailleux. Il se produit un éclatement interstitiel comparable de tous points aux vergetures gravidiques. Tantôt la couche cornée de l'épiderme ou la couche de Malpighi sont seules intéressées, tantôt le derme cède en entier ; enfin, dans les cas extrêmes, on peut voir éclater secondairement la couche musculo-aponévrotique, et on assiste alors au début d'une rupture centrale du périnée qui débute par la peau. Ces vergetures aiguës ne laissent pas de traces appréciables après le retrait du périnée.

Déchirures du corps périnéal. — Qu'elles prennent leur origine sur la muqueuse, comme c'est le cas le plus fréquent, ou qu'elles partent de la peau pour remonter de bas en haut et d'arrière en avant, les déchirures communes à la muqueuse, à la peau et aux tissus interposés constituent les plus importantes des effractions périnéales. Elles sont heureusement d'autant plus rares qu'elles sont plus étendues. Lorsqu'elles ne dépassent pas la dimension de 1 ou 2 centimètres, elles ne portent que sur le point de jonction de la peau et de la muqueuse et sur le tissu cellulaire. Très fréquentes, ces dernières lésions sont désignées sous le nom de déchirures de la fourchette.

Il peut arriver que la solution de continuité s'étende sur une longueur de plus de 2 centimètres à travers la mu-

(1) Hegar. *Centralbl. f. Gyn.*, 1883, nº 40.
(2) Tarnier. *Annales de gynécologie*, juin 1882.
(3) Budin. *Progrès médical*, 1885.
(4) M. Duncan. *Edinb. Med. Journ.*, février 1877.

queuse ou la peau, sans atteindre le substratum musculaire. La lésion, en ce cas, ne dépasse pas le fascia superficialis et n'a de grave que l'apparence.

Il n'en est pas de même des divisions de tissus qui se produisent sur toute la hauteur du corps périnéal. Le plus habituellement médianes, ces déchirures dissocient successivement les deux muscles bulbo-caverneux, les fibres antérieures du releveur coccy-périnéal, les deux transverses, et elles arrivent au sphincter externe de l'anus. Tant que les fibres les plus internes de ce collier musculaire sont respectées, la déchirure demeure incomplète. L'anus est-il ouvert en avant, elle est dite complète.

Selon que le foyer de la lésion approche plus ou moins de l'orifice anal, ou bien selon qu'il remonte plus ou moins haut sur la paroi antérieure du rectum, il existe une infinité de degrés dans les variétés incomplètes et complètes. Dans les cas où la déchirure se propage d'emblée d'avant en arrière, sur les côtés du périnée comme dans ceux où, après avoir pris naissance sur la ligne médiane, elle se dévie en atteignant le sphincter anal, elle demeure ordinairement incomplète. Nous avons cependant vu, à la suite d'une application de forceps, la plaie se diriger de côté vers la fosse ischio-rectale, et faire éclater le sphincter externe et ouvrir l'anus sur ses parties latérales.

Déchirures et lésions interstitielles. — Lorsqu'elles portent exclusivement sur les troncs vasculaires, les lésions interstitielles donnent naissance aux thrombus de la vulve et du vagin. C'est là une complication toute spéciale, que nous laisserons de coté pour nous occuper exclusivement des effractions musculaires.

L'étage supérieur du plancher pelvien est le siège d'élection de ces traumatismes. Le muscle releveur se déchire soit longitudinalement sur la ligne médiane et se sépare ainsi de son homologue, soit symétriquement et en travers. Parfois, c'est une moitié seulement du collier péri-vaginal qui se rompt et alors la lésion est oblique, transversale, ou dirigée d'avant en arrière, quelquefois au voisinage des insertions fixes [Schatz] (1). Au cas où il y a coïncidence d'une plaie vaginale, celle-ci ne répond ordinairement pas aux limites du foyer de rupture musculaire.

Dans la couche musculaire superficielle, la déchirure extra-médiane est rare lorsqu'il n'y a pas plaie du corps périnéal. Les lésions interstitielles produites à ce niveau consistent d'ordinaire en un diastasis des languettes musculaires qui se séparent et se désinsèrent sur la ligne médiane [Hadra] (2).

A titre d'effraction, il convient de mentionner la surdistension prolongée des muscles. Celle-ci se traduit, après l'accouchement, par une perte de tonicité et de contractilité du plancher musculaire, transitoire ou durable. Cette sorte de surmenage du périnée prend naissance, en particulier lorsqu'il existe au voisinage de l'anneau vulvaire des obstacles à la progression du fœtus.

Déchirures centrales. — Cette variété de déchirures se relie intimement à la précédente, dont elle peut n'être que la complication ou, pour mieux dire, le degré ultime. Lorsqu'une rupture interstitielle a dilacéré profondément le corps périnéal, la paroi du canal d'expulsion se trouve

(1) Schatz. *Centralbl. f. Gyn.*, 1883, p. 644.
(2) Hadra. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1884, p. 365.

réduite à l'adossement de la muqueuse et de la peau. C'est là un faible soutien; aussi devient-il incapable de soutenir le choc de la partie fœtale, à moins que celle-ci ne continue à progresser et ne déplace, à chaque nouvelle contraction, le point d'application de la pression qu'elle exerce. Le point de départ des ruptures centrales n'est pas toujours interstitiel. La solution de continuité peut débuter par le revêtement vaginal et se propager de haut en bas à toutes les couches du plancher pelvien ou bien, mais plus rarement, c'est la peau qui éclate la première, et, après elle, le reste du corps périnéal.

Le foyer d'effraction siège, en général, à mi-chemin entre l'anus et la commissure vulvaire. Quelquefois, il est plus rapproché de ce dernier point et la lésion, en ce cas, se produit alors que la tête a franchi la sangle du releveur; alors le plan musculaire profond échappe au traumatisme. Il se peut, au contraire, que la rupture, tout en conservant la dénomination de centrale à cause de sa pathogénie, se fasse très en arrière, sur la paroi recto-vaginale, et laisse à la peau du périnée toute son intégrité. Kaltenbach (1), rapporté une observation de présentation du siège complet, dans laquelle il vit l'un des membres inférieurs du fœtus défoncer le couvercle que forme la paroi rectale au-dessus de l'anus dilaté, et venir faire saillie au dehors à travers cet orifice.

Une fois la rupture centrale effectuée, le fœtus ne passe pas toujours par la voie qu'il vient d'ouvrir. Souvent, il continue à refouler le segment antérieur du périnée, et il se dégage à la vulve, soit sans plus de dégâts, soit en faisant sauter le pont de parties molles compris entre l'ouverture adventitielle et la vulve.

Ces ruptures sont de toutes les moins fréquentes. M. Charpentier (2), qui en a fait une étude spéciale, en a réuni 45 faits, dont 5 lui sont personnels.

A côté des déchirures à grand fracas, produites dans le temps même de l'expulsion du fœtus, il existe des ruptures centrales du périnée, insidieuses, apparaissant dans le cours de la première semaine des suites de couches et dues à la chute d'une plaque de sphacèle (Duncan). La compression localisée et trop prolongée agit sur la gouttière périnéale comme elle agit sur les parois vésico-vaginale ou recto-vaginale, et elle détermine une fistule.

Symptomes. — Si le diagnostic des lésions localisées à l'enveloppe cutanée se fait avec le plus de facilité au moment même où elles se produisent, c'est-à-dire avant le dégagement de la présentation, il en est au contraire des déchirures de la muqueuse.

Parfois, au cours de l'expulsion fœtale, la main, appliquée sur le périnée, perçoit une succession de craquements profonds, répétés à chaque contraction utérine, et rappelant la sensation d'une étoffe trop mûre qui éclate. Si l'on surveille la voussure du regard seul, on peut voir le périnée s'amincir de plus en plus par une série de ressauts. On doit penser alors que la muqueuse et sa doublure viennent de céder jusque sous la peau.

Dans quelques cas la tête s'engage au couronnement vulvaire, en poussant au-devant d'elle une frange mince et irrégulière de muqueuse qui vient faire hernie en bordure de la fourchette distendue. Ce feston est quelquefois formé

(1) Kaltenbach. *Centralbl. f. Gyn.*, 1883, p. 457.
(2) Charpentier. *Archives de tocologie*, 1884, p. 763.

par l'hymen, mais il peut aussi être constitué par la muqueuse de la fosse naviculaire décollée et refoulée en avant.

Ce n'est pas tant l'existence que l'étendue de l'effraction qu'il importe de reconnaître. Lorsqu'on a assisté à l'éclatement incomplet du corps périnéal, on est souvent surpris, une fois l'accouchement terminé, de trouver un délabrement moindre qu'on ne l'avait redouté. Ces cas répondent aux déchirures très étendues en surface, mais peu profondes. Les muscles étant, en grande partie, demeurés intacts, les lèvres de la plaie ne sont pas tiraillées par la rétraction musculaire, aussi ces plaies, très étendues, se réunissent d'elles-mêmes avec la plus grande facilité.

Les ruptures complètes ou incomplètes du corps périnéal portant sur toute sa hauteur, muqueuse et peau comprises, offrent des bords tantôt nets et comme tranchés aux ciseaux, tantôt déchiquetés et ecchymotiques. L'œdème de la région apporte souvent des causes d'erreur dans l'appréciation de l'étendue du traumatisme : on ne doit donc pas se contenter de regarder la plaie, il faut encore y mettre le doigt. Pour cela, on saisit entre l'index glissé dans le rectum et le pouce placé dans la plaie, ce qui reste de corps périnéal. S'agit-il de ruptures interstitielles, on pince les tissus entre le vagin et la peau. En ce qui concerne spécialement les ruptures du releveur de l'anus, on explore la sangle péri-vaginale à l'aide du doigt recourbé en crochet. On reconnaît ainsi soit une perte de substance, soit une flaccidité paralytique du muscle. On peut, pour réveiller la contractilité, pratiquer en même temps que l'on touche, comme le conseille Prorhownick (1), une injection vaginale très chaude.

Quelque facile et régulière qu'ait été l'expulsion du fœtus, on doit, après la délivrance, procéder à un examen minutieux de toute la portion du périnée appréciable à la vue. C'est là une règle de pratique absolue et dont on ne doit se départir en aucun cas. Si l'on conserve le moindre doute sur l'intégrité des parties profondes du vagin, on ne doit pas hésiter à s'aider du secours d'une valve de spéculum.

Le décubitus latéral est l'attitude la plus favorable pour cette investigation post partum. Nombre de lésions superficielles qui, sans cet examen, ne se reconnaîtraient ultérieurement que par des complications des suites de couches, peuvent ainsi être découvertes et traitées en temps opportun.

En dehors de toute complication, les symptômes subjectifs des ruptures périnéales sont presque insignifiants. La douleur immédiate fait défaut par suite de l'insensibilité des tissus qui viennent d'être surdistendus ; lorsqu'elle existe dans les suites de couches, elle n'apparaît que vers le deuxième ou troisième jour, et est déterminée par le contact des déjections, des liquides antiseptiques ou des canules à injections avec les plaies.

L'hémorrhagie est d'ordinaire peu importante et se confond avec l'écoulement sanguin venant normalement de l'utérus. L'attrition prolongée des tissus met, en effet, les déchirures dans les conditions des plaies contuses, dans lesquelles l'hémostase est naturelle. Ne pas procéder à l'examen direct du périnée après l'accouchement, serait donc s'exposer à laisser passer inaperçue une effraction notable des tissus, dont la femme, elle-même, pourrait ne pas avoir conscience, et à laisser passer le moment convenable pour une intervention opportune.

Abandonnées à elles-mêmes, les plaies du périnée peuvent se réunir par première intention, mais on doit se garder de compter sur cette heureuse éventualité, lorsqu'il s'agit de ruptures complètes. Elles ont d'autant plus de tendance à se réunir spontanément, qu'elles sont moins étendues, que leurs bords sont plus nets et viennent mieux en contact ; que les tissus sont moins infiltrés ; que leur coaptation est mieux assurée par l'immobilité de la femme ; enfin que les précautions antiseptiques sont plus rigoureusement observées.

A défaut de première intention, la déchirure peut se réunir secondairement, par bourgeonnement ; dans nombre de cas, ces deux modes de restauration spontanée se combinent.

Dans les faits malheureux, la réunion manque totalement et les lèvres de la plaie se cicatrisent isolément. Lorsque l'anus est divisé et la cloison recto-vaginale fendue, les matières provenant de l'intestin, s'infiltrent sans cesse à travers les lèvres de la plaie, et, à l'obstacle mécanique qu'elles apportent au maintien en contact de celles-ci, elles joignent la souillure des tissus qui s'oppose, par infection, à leur réunion.

La restauration immédiate par première intention ne laisse aucune trace de l'effraction produite. S'il y a eu réunion par bourgeonnement, il reste, par la suite, un tractus de tissus inodulaires dans l'épaisseur des parties molles. S'il n'y a pas eu réunion, la rupture, devenue ancienne, constitue une infirmité répugnante pour les femmes. Par la rétraction progressive des fibres musculaires divisées et par le travail inodulaire qui envahit les bords de la plaie, le rectum et le vagin se trouvent confondus en un cloaque à contour calleux, irrégulier et largement ouvert. Les matières fécales liquides s'écoulent de façon continue et entretiennent de l'érythème ou des exulcérations sur les bords de la plaie et sur les téguments des cuisses. Même aux cas où la marge de l'anus n'a pas été intéressée, la vulve peut demeurer entr'ouverte. L'air extérieur, appelé par les mouvements d'expiration, pénètre dans le vagin et, lorsque la femme se meut, il peut être rejeté au dehors, avec un bruit particulier (*garrulitas vulvæ*). Si l'anneau vulvaire a été rompu sur le côté, les lèvres de la plaie obéissent à l'action de la pesanteur et tendent à s'écarter de plus en plus. Souvent, des filets nerveux sont englobés dans le tissu cicatriciel et il en résulte des névralgies abdomino-génitales très pénibles.

Complications. — Les complications des effractions périnéales se divisent, au point de vue de leur époque d'apparition, en immédiates, secondaires précoces et secondaires tardives.

La complication immédiate est l'hémorrhagie. Elle provient de la rupture d'une artère, d'une varice volumineuse ou de tissus ayant subi une dégénérescence vasculaire spéciale.

Les plaies artérielles s'observent presque exclusivement sur le vestibule de la vulve et coïncident d'habitude avec une section du corps du clitoris ou d'un des corps caverneux. C'est là un des accidents les plus graves : P. Müller a cité cinq cas de mort par hémorrhagie de cette sorte. Il apparaît immédiatement après l'issue du fœtus.

Lorsqu'un jet de sang se produit à la vulve, le premier

(1) Prorhownick, *Centralbl. f. Gyn.*, 1883, p. 644.

soin de l'accoucheur est de porter la main sur l'hypogastre de la femme. Trouve-t-il en ce point un globe dur et rétracté, globe rassurant des accoucheurs, il sait que l'hémorrhagie ne provient pas d'une inertie de la matrice. Reste à chercher si l'écoulement ne tient pas à une lésion du col utérin, à une paralysie du segment inférieur, laissant sourdre le sang en pluie à sa surface interne, à une déchirure élevée du vagin ou à une plaie vulvo-périnéale. L'examen visuel permettra de faire rapidement ce diagnostic. En écartant les grandes et petites lèvres, on verra jaillir de haut en bas un flot de sang, saccadé et rutilant, s'il s'agit d'une lésion artérielle; ce sera un jet plus foncé et volumineux, s'il s'agit d'une varice ouverte. L'application immédiate d'une pince hémostatique ou d'une suture arrêtera la complication.

Il est des cas où l'accident évolue discrètement, sans que l'attention soit attirée avant l'apparition des symptômes généraux dus à l'anémie aiguë. Ces faits s'observent lorsque les tissus ont subi une dégénérescence spéciale. Le périnée est gorgé de sang; il est le siège d'une ectasie généralisée de tous ses petits vaisseaux, ectasie qui n'est autre que l'exagération pathologique de la modification vasculaire, qui donne à la muqueuse vulvaire la teinte violacée gravidique. Les tissus sont mollasses, gonflés, boursouflés et donnent au doigt la sensation d'une éponge imbibée. Ils sont voués d'avance à la rupture.

Pendant notre internat à la Maternité, en 1884, nous avons observé deux cas d'hémorrhagies périnéales de cette nature. Dans l'un d'eux, bien qu'il se fût agi d'un accouchement gémellaire, c'est-à-dire d'un passage de fœtus petits, le périnée avait été rompu jusqu'à l'anus. Le sang suintait uniformément à la surface de la plaie déchiquetée. Les injections chaudes répétées n'amenèrent aucune constriction des petits vaisseaux à parois altérées. Successivement nous tentâmes de saisir en bloc les surfaces saignantes entre les mors de pinces hémostatiques et de jeter des ligatures en masse au-dessous du tenaculum; les tissus cédèrent comme eût pu faire du tissu placentaire. Tenter la périnéorrhaphie immédiate dans un but d'hémostase, eût été nous exposer à voir les sutures couper, comme avaient coupé les pinces et les ligatures. Force nous fut de recourir à la compression digitale et, dans un cas comme dans l'autre, il fut nécessaire de prolonger pendant plusieurs heures la compression, en interposant entre les surfaces cruentées et le doigt, des fragments d'amadou aseptisé et imbibé d'une dilution faible de perchlorure de fer.

Les complications secondaires précoces sont la gangrène des tissus et l'infection puerpérale.

Nous avons vu que le sphacèle pouvait se localiser en dehors de toute plaie, à certaines régions des parois du canal vagino-vulvaire, et donner lieu à la production de fistules vésico, recto ou périnéo-vaginales. Il est beaucoup plus fréquent d'observer une autre variété de mortification des tissus. A partir du deuxième ou troisième jour des suites de couches les plaies ulcéreuses ou à parois contusionnées et ecchymotiques se recouvrent de détritus noirâtres, dus à la gangrène de leur surface mal irriguée par le sang. Même complication peut se produire, sans plaie préalable, sur l'enveloppe extérieure des collections sanguines sises dans l'épaisseur de la muqueuse. Quelquefois elle est due au contact de solutions phéniquées trop concentrées, qui entraîne une ischémie superficielle par contracture des petits vaisseaux [Laborde] (1).

Bien que pouvant donner naissance à des accidents généraux, par la résorption de substances putrides, ces îlots de sphacèle ne doivent pas être confondus avec les larges plaques putrilagineuses qui, dans la métrite gangréneuse, tapissent le vagin et l'utérus, non plus qu'avec les dépôts diphthéroïdes de certaines formes de l'infection puerpérale. Dans le premier cas, l'altération des tissus est la cause de la dyscrasie générale, dans le second cas elle en est l'effet.

Ce n'est pas tant l'étendue en surface que la disposition anfractueuse de la plaie périnéale, qui prédispose aux résorptions putrides. Plusieurs fois, nous avons eu occasion d'observer, dans les suites de couches, des accidents généraux dont l'origine était difficile à reconnaître à cause de la situation cachée de la plaie.

Dans un fait que nous avons suivi à l'hôpital des Cliniques, en 1889, il s'agissait d'une femme chez laquelle on n'avait constaté, par l'examen visuel de la vulve, aucune solution de continuité des tissus. Il existait cependant une plaie, dont l'ouverture, linéaire et transversale, répondait à la fosse naviculaire et qui se prolongeait au-dessous des téguments, sous forme d'un puits d'une profondeur de près de 2 centimètres. En écartant les grandes lèvres pour regarder, et en relevant la commissure du périnée en même temps qu'on la distendait, on avait masqué le foyer de la lésion. A partir du troisième jour, il se fit une résorption des produits sphacelés mélangés aux lochies stagnantes dans la poche; la femme fut prise d'accidents simulant exactement la fièvre intermittente par la régularité des intermittences, et par la succession des stades de frisson, chaleur et sueur, avec apyrexie dans les intervalles. L'examen réitéré de tous les appareils, et en particulier des mamelles, de l'utérus et de ses annexes, ne décelait aucune inflammation; le sulfate de quinine donné à dose élevée, n'avait aucune prise sur les accès fébriles. Frappé de ce fait que chacun de ces accès était suivi d'une crise de diarrhée colliquative, nous nous rattachâmes à l'idée qu'il ne pouvait s'agir là que de décharges intermittentes de produits septiques. Nous revînmes encore une fois à l'examen des organes génitaux, à l'aide d'un toucher très minutieux; le doigt tomba dans la poche périnéale. Quelques coups de crayon de nitrate d'argent et un pansement local à l'iodoforme, en mettant fin à cette résorption putride, assurèrent en même temps le diagnostic et le traitement.

Si les précautions antiseptiques sont négligées, au lieu d'être dus à la septicémie et d'être déterminés par la résorption de leucomaïnes ou de vibrions septiques, les accidents fébriles peuvent être occasionnés par la pénétration à la surface des plaies ouvertes des micrococcus de la suppuration. Les effractions périnéales deviennent ainsi quelquefois le point de départ de la pyohémie puerpérale ou des cellulites pelviennes.

Les complications secondaires tardives ressortissent en propre au domaine de la gynécologie. Elles résultent du défaut de soutien des organes pelviens.

La perte de tonicité du plancher périnéal détermine des troubles viscéraux analogues à ceux qu'a décrits M. Guéniot (2) pour le relâchement des parois antéro-latérales de

(1) Laborde. *Bulletins de la Société de biologie*, 1883.
(2) Guéniot. *Bulletins de l'Académie de médecine*, 1888.

l'abdomen. Hegar (1), Trélat (2), M. de Lostalot (3) ont fait une étude spéciale de ce genre de complications. Le périnée s'affaisse, sollicité par la pesanteur et par la pression intra-abdominale; il s'aplanit, puis tombe en formant une voussure qui déborde le pourtour du détroit inférieur. Selon l'expression d'Emmet, la femme perd son périnée comme un homme perd son pantalon. Les parois vaginales accompagnent dans sa chute le plancher musculaire : elles font prolapsus hors de la vulve en arrière (rectocèle) et en avant (cystocèle). L'utérus se porte en rétroversion ou se prolabe à un degré variable. Ainsi déplacé, cet organe devient le siège d'une circulation vicieuse, et aux troubles ectopiques se joignent secondairement des altérations parenchymateuses diverses. Enfin, dans les cas extrêmes, tous les mésos du péritoine subissent une élongation : le foie, la rate, l'intestin (entéroptose), suivent l'utérus dans son déplacement.

Il n'en est pas cependant toujours ainsi pour toutes les ruptures du périnée négligées, et les viscères peuvent demeurer en place malgré l'effondrement du plancher pelvien. Ces faits, encore assez fréquents pour que Berry-Hart et Barbour, Duncan, aient nié toute action de soutien du périnée par rapport à l'utérus, tiennent à la conservation de l'intégrité des ligaments péri-utérins.

Traitement. — Le traitement des effractions périnéales est prophylactique ou curatif. Prophylactique, il a pour but de prévenir les lésions, de les modérer ou de les diriger si elles sont inévitables; enfin, de veiller aux complications. Curatif, il consiste dans la restauration du périnée.

Le traitement prophylactique repose sur la conduite à tenir pendant la période d'expulsion de l'accouchement.

A vouloir décrire et critiquer ici les diverses attitudes imposées aux parturientes et les manœuvres destinées à défendre le périnée, selon les âges, selon les pays et selon les idées des accoucheurs, nous serions entraîné à des développements que ne comporte pas le cadre de cette Revue. Nous nous contenterons, à l'exemple de Goodell, d'exposer, sous forme de nomenclature écourtée, les pratiques le plus habituellement mises en œuvre. Comme on peut le voir, beaucoup sont discordantes et les accoucheurs sont loin d'avoir une même manière de faire :

Les uns ne font rien parce qu'ils ne savent que faire, — les autres ne font rien pour ne pas contrarier la nature.

Les uns exercent leurs manœuvres exclusivement sur le périnée maternel, — les autres exclusivement sur la partie fœtale qui se présente.

Les uns agissent sur le segment pubien du périnée, — les autres sur le segment sacré.

Les uns distendent les tissus en travers, — les autres les relâchent dans le même sens.

Les uns attirent le périnée en avant, — les autres le refoulent en arrière.

Les uns le soutiennent d'une seule main, — les autres le soutiennent des deux mains.

Les uns placent les mains en travers du périnée, — les autres les appliquent en long.

Les uns dirigent la pulpe des doigts en arrière, — les autres la tournent en avant.

(1) Hegar. *Deuts. Med. Wochens.*, 1884, nº 36.
(2) Trélat. *Progrès médical*, mai 1888.
(3) De Lostalot, Thèse de Paris, 1889.

Les uns tirent la tête pour accélérer sa sortie, — les autres la refoulent pour ralentir son dégagement.

Les uns fléchissent la tête en appuyant du pouce sur l'occiput, — les autres défléchissent la tête en attirant en haut le front et la face.

Les uns tirent la tête en passant les doigts dans la vulve, — les autres la refoulent à travers le rectum.

Les uns appliquent le forceps pour protéger le périnée, — les autres retirent l'instrument pour ménager la vulve.

Les uns préconisent l'extraction rapide du fœtus dans les applications du forceps, pour sauvegarder la vie de l'enfant, — les autres préconisent l'extraction lente pour ne point léser la mère.

Il nous serait facile de poursuivre plus loin cette litanie de manœuvres. Sauf celle qui vient en tête de la liste, toutes peuvent, suivant les cas, trouver leurs indications propres. Nous nous bornerons à faire ici l'exposé de la technique que nous a enseignée M. Tarnier, technique que nous considérons, par expérience personnelle, comme mieux que toute autre applicable à la majorité des cas.

Lorsque l'accouchement évolue dans des conditions régulières, que le volume, la présentation et la position du fœtus sont favorables, les tissus maternels de bonne qualité, les forces expultrices suffisantes d'intensité et bien coordonnées, le rôle de l'accoucheur se réduit à assurer l'antisepsie, jusqu'à ce que la tête s'engage dans l'orifice vulvaire.

La femme est maintenue dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs fléchis et les pieds prenant appui sur le plan du lit. Les genoux sont écartés modérément, de façon à ne pas ajouter un excès de distension transversale à la distension longitudinale que subit déjà le périnée, et à ne pas tirailler douloureusement la symphyse du pubis, ce qui entraînerait un arrêt inhibitoire dans l'intensité des contractions utérines.

Lorsque l'occiput vient affleurer le bord inférieur du pubis, on élève le bassin en plaçant au-dessous du sacrum un drap plié en plusieurs doubles. On est ainsi en mesure de surveiller la voussure périnéale, et on laisse aux deux mains un champ suffisant pour évoluer au-dessus et au-dessous de l'anneau vulvaire. Vient le moment où la tête cesse de rétrocéder à fond entre les contractions utérines. A l'instant précis où l'angle postérieur inter-pariétal de la grande fontanelle déborde le tranchant de la fourchette, le rôle actif de l'accoucheur commence.

Il est placé à droite ou à gauche du lit et, suivant le côté où il se trouve, c'est la main droite ou la main gauche qu'il porte en travers sur le périnée. Le pouce vient s'appliquer sur l'un des sillons génito-cruraux, tandis que les extrémités des quatre autres doigts réunis se portent dans le sillon homologue; la fourche formée par l'écart du pouce et de l'index s'appuie, en la doublant, sur la commissure vulvaire. La main est ainsi disposée en forme de fer à cheval, et, à travers les tissus du périnée, elle embrasse dans sa concavité toute la région fronto-faciale du fœtus.

L'autre main passe au-dessus du pubis et se dirige suivant le grand axe de la vulve. La pulpe des doigts, tournée en bas, s'applique à nu sur le cuir chevelu de l'enfant et vient affleurer le bord de la fourchette. Les doigts à demi fléchis s'accolent par leurs extrémités et forment au-devant de la tête une sorte de diadème qui va glisser lentement du front sur la face pendant le progrès de la déflexion.

Ainsi mises en place, les deux mains ne vont pas simple-

ment soutenir le périnée, comme on le dit habituellement, mais elles vont agir suivant les circonstances et suivant le moment, pour modérer ou accélérer l'évolution du temps de dégagement. Leur rôle est de cueillir la tête à travers l'orifice vulvaire et de substituer à la brusquerie d'une expulsion spontanée, la lenteur et la modération d'un dégagement artificiel. Aussi peut-on dire que la parturiente n'accouche pas d'elle-même, mais qu'elle est en réalité accouchée par le médecin ou la sage-femme qui l'assiste.

Il importe, avant toute chose, de prévenir une issue trop rapide de la présentation. En conséquence, sauf dans le cas où les forces de l'utérus et l'énergie de la femme sont à bout, quand se développent les derniers efforts concomitants des douleurs dites conquassantes, on enjoint à la parturiente de ne plus pousser. Dans ce but, on la fait respirer la bouche largement ouverte. Dès que survient une contraction on s'oppose à l'expulsion de la tête en appuyant des dix doigts à la surface de celle-ci. Cette pression doit être suffisante, non pour refouler la tête à l'intérieur des voies génitales, mais pour ne la laisser progresser que de quelques millimètres. Elle doit immobiliser exactement le fœtus dès que les bosses frontales s'engagent au couronnement vulvaire. A ce moment, on attend que toute contraction de l'utérus ait cessé, et ce n'est que dans le temps où cet organe demeure au repos, que l'on énuclée la tête au dehors des parties génitales.

Pour cela, on invite la femme à pousser et on gradue l'effort qu'elle doit développer au commandement. La main sous-périnéale qui a conservé sa disposition en fer à cheval serre la tête en travers et les doigts ramènent en arrière les parois de la gouttière d'expulsion, en faisant glisser les tissus maternels des extrémités du diamètre bi-temporal, vers celles du diamètre bi-malaire, et enfin sur les joues et les maxillaires de l'enfant. Les doigts de l'autre main s'impriment sur le cuir chevelu, et, par une sorte de reptation de leurs extrémités, attirent de bas en haut toute la région frontale.

Pour être menée à bien, cette manœuvre exige une grande souplesse de main; un mouvement brusque, un coup de raideur des doigts peuvent entraîner une rupture du périnée. Une recommandation sur laquelle nous insistons, pour l'avoir vu enfreindre par tous les débutants en obstétrique, est la suivante : il ne faut pas porter trop tôt les mains sur le périnée et sur la partie fœtale. A ce point de vue, on peut comparer le passage de la tête dans l'anneau vulvaire à la progression d'un œuf qu'on ferait cheminer dans le creux de la main pour le pousser à travers un collier formé par le pouce et l'index réunis. Tant que la grande circonférence de l'œuf n'est pas très engagée entre les deux doigts, toute pression exercée sur le segment qui tend à sortir n'a d'autre effet qu'à faire rétrocéder l'œuf. Il en est de même dans l'accouchement : appuyer sur le crâne avant que les bosses frontales aient pénétré dans le canal vulvaire, c'est-à-dire avant que la grande fontanelle apparaisse à la commissure postérieure, c'est perdre sa peine, ce qui est peu, mais aussi celle de la parturiente, ce qui est beaucoup.

La face sortie et le menton libéré d'un coup d'index, au cas où il serait demeuré accroché à la fourchette vulvaire, on s'assure qu'il n'existe pas de circulaires du cordon et on attend. Bientôt survient une nouvelle contraction ; le temps de rotation interne des épaules s'effectue et il ne reste plus qu'à protéger le périnée dans l'expulsion du tronc. On facilite le mécanisme du dégagement du diamètre bi-acromial en faisant saillir l'épaule antérieure sous le pubis. Pour cela, on tire la tête en bas, l'oreille vers l'anus maternel. L'acromion antérieur dégagé, on relève la tête du fœtus et on la tire à soi, dans l'axe de la vulve, et on fait glisser l'épaule avec le bras postérieur sur la commissure périnéale en soutenant cette dernière du bord radial de la main.

M. Couder (1) a récemment préconisé une manœuvre destinée à préserver les tissus d'un accroc du passage des épaules. Elle consiste à décompléter le coin formé par le thorax doublé des deux membres supérieurs, et à attirer en entier au dehors l'un des deux bras avant de dégager le tronc. Si l'une des deux branches fait procidence incomplète et se présente à la vulve la main sur le cou ou sur la face, il suffit de saisir et de tirer à soi cette extrémité. Sinon on agit de préférence sur le bras antérieur; on abaisse la tête au maximum ; on saisit entre les doigts la tige humérale et on la refoule vers le dos du fœtus jusqu'à ce que le coude franchisse l'anneau vulvaire. Le dégagement du bras s'achève dès lors aisément. Cette pratique, applicable à tous les accouchements, est surtout recommandable pour les cas où la tête a déjà produit une entame des tissus.

Dans les applications de forceps, on s'efforcera, pour prévenir toute effraction, d'imiter le jeu des contractions utérines. On tirera lentement, avec intermittences, de façon à laisser aux tissus le temps de s'assouplir graduellement. Une fois la tête bien engagée dans le canal vulvaire, si les bords de l'orifice semblent tendus à l'excès, et si la prise céphalique est asymétrique, on se trouvera bien de retirer les branches de l'instrument, quitte, si les efforts maternels sont insuffisants, à terminer l'énucléation de la tête, en la refoulant par le rectum selon la méthode de Ritgen. Mais avec quelque habitude du forceps, on arrivera, le plus souvent, à ménager les tissus sans retirer l'instrument.

Dans l'accouchement spontané ou artificiel, il est des cas où, quoi qu'on fasse, la rupture ne peut être évitée. Ou bien le périnée se tend, pâlit et coiffe la tête d'une calotte très fragile; ou bien il est épais et la fourchette, boursouflée, offre au doigt une consistance lardacée. L'éclatement central ou complet est à craindre. On prend une assurance contre cette complication grave, en pratiquant l'épisiotomie. Par cette opération, on substitue à la plaie contuse et dirigée en mauvais sens, que l'on prévoit, une plaie artificielle à bords nets et orientée en dehors de la région anale.

L'incision vulvo-périnéale prophylactique ou épisiotomie a été exécutée en premier par Michaëlis. Cet auteur incisait les tissus en arrière sur la ligne médiane. Après lui, Eichelberg et Jeulin, et plus récemment Dührssen (2) portèrent la section sur le côté de la partie inférieure de l'anneau vulvaire. Ritgen multipliait les incisions et les faisait peu étendues sur tout le pourtour de cet anneau. Le procédé de Michaëlis ne suffit pas à protéger l'anus ; celui d'Eichelberg expose à la cicatrisation vicieuse de la plaie, à la bartholinite et aux névralgies vulvaires ; celui de Ritgen n'assure pas une ampliation suffisante à la commissure périnéale pour en prévenir les effractions. Mieux vaut recourir à l'incision médio-latérale de M. Tarnier. Après avoir incisé la voussure périnéale sur le raphé médian jusqu'au voisinage de l'anus, on dévie de côté la pointe des ciseaux, de façon à envoyer la plaie en dehors du sphincter anal.

(1) Couder. Thèse de Paris, 1891.
(2) Duhrssen. Congrès de Berlin, 1890.

Dans le cas particulier où le périnée vient d'éclater en son centre, et où le fœtus n'est pas encore expulsé, on prévient l'ouverture secondaire du rectum, en incisant le pont de parties molles qui sépare le foyer d'effraction de la vulve. On se trouvera ensuite dans les meilleures conditions pour restaurer immédiatement le plancher périnéal.

Traitement curatif. — Non moins que les procédés de défense du périnée, les modes de traitement des déchirures ont varié selon les temps et selon les accoucheurs. Le but à atteindre est la *restitutio ad integrum* de la région lésée et le moyen à employer est la réunion artificielle des lèvres de la plaie.

C'est à Guillemeau, au milieu du XVII[e] siècle, que revient l'honneur d'avoir le premier pratiqué la périnéorrhaphie (1).

Cette opération peut être effectuée immédiatement après l'accouchement, quelques jours après, ou beaucoup plus tard. Suivant ces trois cas, elle est dite immédiate, immédiate secondaire, et, enfin, secondaire tardive.

Avant l'application de l'antisepsie à la chirurgie et à l'obstétrique, on échouait très fréquemment dans les tentatives de réunion immédiate après l'accouchement. Par les interventions tardives, si l'on était loin de réussir toujours, du moins on opérait dans des conditions moins fâcheuses en ce sens qu'on agissait en dehors de l'influence du traumatisme de l'accouchement et de la prédisposition à l'infection qui en est la conséquence. Aussi Roux, Velpeau et Nélaton conseillaient-ils d'attendre la fin de l'involution de l'appareil génital. D'autres, comme Maisonneuve, moins temporisateurs, opéraient vers le quinzième jour des suites de couches, à la cessation des lochies.

A l'heure actuelle, la plupart des accoucheurs et chirurgiens sont partisans, sauf contre-indications spéciales, de la restauration immédiate du périnée. En réunissant de suite les lèvres de la plaie, on ferme une des principales portes d'entrée de la fièvre puerpérale. Le contact des lochies, de pièces de pansement, de doigts ou de canules non dûment aseptiques; la stagnation de détritus sphacelés à la surface des espaces et vaisseaux lymphatiques déchirés, et à l'intérieur desquels se fait une circulation très active durant la régression, exposent à l'absorption des germes infectieux.

Pratiquée de suite, la périnéorrhaphie est une opération beaucoup plus simple, plus rapide, et mieux supportée par la femme, malgré ses fatigues récentes, que lorsqu'elle est tardive. Comme l'a montré Bérard (2), pendant les six heures qui suivent l'accouchement, les tissus du périnée demeurent anesthésiés par suite de la surdistension qu'ils ont subie. Le passage des aiguilles à travers la muqueuse est indolore et n'est, en général, que peu douloureux au niveau de la peau. Aux cas, d'ailleurs, où la déchirure est vaste, où la femme est pusillanime, anormalement sensible, une injection hypodermique de cocaïne suffit à compléter l'anesthésie locale.

Aussitôt après l'accouchement, le corps périnéal demeure épaissi du fait de la congestion œdémateuse des tissus; la coaptation des lèvres de la plaie, en ces conditions, ne réclame pas la même précision que dans les autoplasties tardives. Si la rapidité de l'opération et la mollesse des tissus laissent à la ligne de suture une certaine irrégularité, celle-ci ne tarde pas à s'effacer par le seul fait du dégorgement rapide du plancher pelvien.

Un des grands avantages de la périnéorrhaphie immédiate est de permettre la réunion bout à bout des fibres musculaires avant que leur nutrition ait eu le temps de s'altérer.

L'opération tardive, beaucoup plus délicate à exécuter que la précédente, nécessite l'emploi d'un arsenal plus compliqué, de la narcose chloroformique, et l'assistance de plusieurs aides. De plus, l'appréciation de l'étendue, de la forme, de la symétrie et de la netteté de surface qu'il convient de donner à la plaie artificielle, comporte une éducation chirurgicale spéciale. Même conduite au mieux, la périnéorrhaphie tardive ne donne souvent que l'illusion de la restauration du périnée. Avec le temps, les muscles se sont rétractés en dehors et atrophiés, et quand on opère sur le tard l'aiguille ne trouve guère à ramasser que le revêtement cutanéo-muqueux doublé de tissu cellulaire et de fibres dégénérées. Dans ces conditions, on rétablit des périnées de fort belle apparence, mais ce sont des périnées qui ne valent rien à l'usage. Dénués de tonicité et de résistance, ils laissent tomber les organes pelviens et bien souvent sautent eux-mêmes devant l'assaut d'un accouchement ultérieur.

Les indications du traitement curatif varient avec le degré de la lésion, l'état local des tissus et l'état général de la patiente.

Les excoriations et déchirures petites, localisées à la muqueuse vulvo-vaginale, se traitent par l'expectation antiseptique : lavages au sublimé à 1/4000[e]; application d'iodoforme ou de salol. Si la déchirure remonte vers le vagin, en n'intéressant que le derme de la muqueuse, on peut la réunir par quelques sutures; si l'on est en mesure d'assurer une antisepsie durable, autant vaut l'abandonner à elle-même et la traiter comme les exulcérations vulvaires. Au cas où la plaie se recouvrirait d'exsudats couenneux, ou tarderait à se cicatriser, il suffirait de la toucher une ou plusieurs fois avec le crayon de nitrate d'argent.

Les déchirures propagées à travers toute l'épaisseur des petites lèvres, celles qui ont fendu la fourchette vulvaire, et qui se prolongent plus ou moins loin sur la peau sans intéresser le plancher musculaire, doivent être, après nettoyage antiseptique soigneux et affrontement parfait des bords, réunies à l'aide de serre-fines. Celles-ci ne resteront jamais en place plus de douze heures. Au bout de ce laps de temps, la réunion par première intention sera obtenue si elle est possible et la morsure prolongée des serre-fines exposerait à la production de sphacèles punctiformes. Aux cas où la fourchette-vulvaire seule est déchirée, le simple rapprochement des cuisses, maintenues par un lien, suffit à en assurer la réfection.

Lorsqu'il existe, en même temps qu'une lésion cutanée, une déchirure du plancher musculaire peu profonde, c'est-à-dire limitée aux languettes charnues antérieures du plan superficiel, on peut tenter la réunion à l'aide de serre-fines. Celles-ci n'agissent que sur la peau, mais d'habitude, le nettoyage antiseptique préalable de la plaie suffit, avec l'immobilisation des membres inférieurs, à assurer la réunion primaire des tissus profonds. Parfois aussi, il arrive que seule la peau se réunisse, et que le reste de la plaie demeure ouvert sous forme de clapier bourgeonnant; la guérison survient secondairement par formation d'un noyau

(1) VERNEUIL. *Gazette des hôpitaux*, 1862.
(2) BÉRARD. *Dictionnaire en 30 volumes.*

inodulaire toujours préjudiciable à la souplesse et à la solidité ultérieures du périnée. Aussi, nombre d'accoucheurs préfèrent-ils traiter par la suture toutes les solutions de continuité du périnée. Quoi qu'il en soit, pour les déchirures légères, dès que la solution de continuité du corps périnéal atteint la dimension de 2 centimètres en tous sens, la périnéorrhaphie immédiate devient nettement indiquée.

Que la rupture soit restreinte ou vaste, on ne doit point tenter la réunion immédiate à l'aide de la suture : 1° lorsqu'il existe une altération des tissus par œdème et varices, par infiltration ecchymotique ou sphacèle, et lorsque la plaie a été longtemps soumise au contact d'écoulements putrides, comme dans le cas de putréfaction fœtale ; 2° lorsque l'état général est défectueux, par suite d'hémorrhagies graves, ou d'attaques éclamptiques très violentes et rapprochées. Le déplacement nécessaire de la femme dans le premier cas, et le traumatisme opératoire dans le second, exposeraient à la syncope ou à une recrudescence des accès.

La description du manuel opératoire des divers procédés de périnéorrhaphie immédiate nécessiterait de longs développements, que ne nous permet pas le cadre de cette Revue. Nous nous contenterons d'en exposer à grands traits les points principaux.

L'opération doit être pratiquée dans le délai maximum de dix heures après l'accouchement. Le fœtus expulsé, avant comme après la délivrance, on assure l'état aseptique des parties, en même temps que la rétraction des vaisseaux divisés, au moyen d'injections vaginales chaudes pratiquées avec une solution de sublimé à 1/5000e ou d'acide phénique à 2/100e. On place la femme en travers et sur le bord du lit. Si l'on dispose d'un nombre d'aides suffisant, on fait maintenir les membres inférieurs écartés, fléchis et relevés. Un ou deux assistants mettent à jour le champ opératoire en écartant symétriquement les bords de la vulve. Un autre est chargé d'irriguer la plaie de façon continue avec une solution phéniquée à 1/100e.

Si l'on opère seul, on dispose la femme en même attitude, ses pieds prenant appui sur les genoux de l'opérateur. On peut éviter l'écoulement du sang venant de l'utérus à la surface de la plaie en introduisant un tampon de gaze iodoformée dans le vagin. Dans le cours de l'opération, on interrompt fréquemment la pose ou la réunion des fils, pour faire des lavages intermittents. Les surfaces cruentées bien mises au net par le détachement des caillots et l'abrasion des lambeaux à nutrition douteuse, on procède à la réunion.

On peut faire usage de fils de catgut, d'argent, de soie et de crins de Florence. Si l'on a recours à la suture à points isolés, ces trois dernières substances sont préférables. Si l'on veut pratiquer la suture continue en surjet, on fera usage de catgut. Ce dernier procédé, le plus simple dans son exécution et dans le traitement ultérieur qu'il comporte, puisqu'il rend inutile l'ablation des sutures, consiste à relier les tissus à l'aide d'un surjet qui court de l'angle supérieur vaginal de la plaie, à l'angle inférieur périnéal et cutané. Si la déchirure est profonde, la suture descend en réunissant d'abord seulement les tissus profonds et elle remonte ensuite, en revenant sur ses pas pour affronter, sur un deuxième étage, les parties superficielles. Elle se termine là où elle avait commencé.

Si l'on est pris au dépourvu on peut se tirer d'affaire en se servant d'aiguilles et de fil de soie à couture ordinaires. Il suffit d'aseptiser ce fil en l'immergeant quelques instants dans une solution forte obtenue en jetant un paquet de sublimé dans un peu d'eau et de le rincer ensuite dans l'eau bouillante. On réunit alors à points isolés, toujours en descendant de la partie supérieure vers la partie inférieure de la plaie. A différentes reprises nous avons fait usage de ce simple dispositif, soit chez les sages-femmes de l'Assistance publique, soit à l'hôpital dans un but de démonstration pour les élèves ; nous nous sommes attaché à opérer sans le secours d'aucun aide et chaque fois nous avons obtenu une réunion par première intention.

Dans les cas de rupture complète, on commence par effectuer la réunion des lambeaux de la paroi rectale au moyen d'anses de fil dont les chefs sont noués dans le rectum.

L'opération terminée, on applique un pansement iodoformé ; on laisse la femme dans le décubitus dorsal, les cuisses immobilisées, en prenant soin d'évacuer la vessie par cathétérisme dans les premiers jours, et d'empêcher la stagnation des lochies dans le vagin, au moyen d'injections répétées deux fois par jour. On peut maintenir la femme constipée pendant une semaine ou, au contraire, assurer dès l'opération l'écoulement des fèces à l'état diffluent.

Les fils vaginaux et rectaux sont enlevés le huitième ou dixième jour. Les fils du périnée peuvent rester en place deux semaines à moins qu'ils n'aient tendance à sectionner les tissus.

Dans les cas où la réunion immédiate a été contre-indiquée comme dans ceux où la périnéorrhaphie hâtive a échoué en totalité ou partiellement, on peut pratiquer la périnéorrhaphie immédiate secondaire du deuxième au quinzième jour des suites de couches, c'est-à-dire avant la cicatrisation complète des lèvres de la plaie. On peut, comme le conseille M. Verneuil pour les fistules vésico-vaginales, cautériser les surfaces déchirées à l'aide du thermocautère, attendre la chute de l'escharre et suturer ensuite. Ou bien, on se contente d'aviver les surfaces à réunir avec la curette tranchante, les ciseaux ou le bistouri, selon l'état de granulation ou de cicatrisation de la plaie.

Au delà d'un délai de deux ou trois semaines, on attendra la fin de l'involution génitale, et on procédera à l'autoplastie par l'un des procédés chirurgicaux que nous n'avons pas à étudier ici.

Quant au traitement immédiat des effractions musculaires interstitielles du périnée, il consistera, lorsqu'on aura reconnu celles-ci à temps, à entretenir la tonicité des tissus, au moyen d'injections vaginales chaudes pendant les suites de couches, et plus tard, par des douches périnéales froides et par la faradisation. Si ces moyens échouent, ou si la lésion a passé inaperçue, souvent on sera obligé par la suite de recourir à la colpo-périnéorrhaphie, au soutien artificiel de l'utérus à l'aide de pessaires ou à son relèvement au moyen d'une des nombreuses opérations aujourd'hui employées dans ce but.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

44. M. Vigouroux (Auguste). Étude sur la résistance électrique dans la mélancolie. — 45. M. Dauvergne. Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde. — 46. M. Arbel. Contribution à l'étude de la galactophorite. — 47. M. Glorie. De la restauration des apo-

physes geni. — 48. M. NEVEU. Contribution à l'étude des tumeurs malignes secondaires de l'ombilic. — 49. M. ROUX. Etude clinique et thérapeutique. Leur emploi dans le traitement de la lèpre. — 50. M. CALLOT. De la cholécystectomie. — 51. M. VIGNEROT. Contribution à l'étude des néphrites. — 52. M. LE NOIR. De l'albuminurie chez les phthisiques. — 53. M. HERET. Monographie du sous-nitrate de bismuth. — 54. M. MENOS. La lèpre au point de vue de la contagion. — 55. M. BOYALS. De l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique pour l'opération des végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'enfant. — 56. M. MOURGUES. Contribution à l'étude chimique et physiologique des principes immédiats du persil. — 57. M. MIETTE. Traitement électrique des fibromes utérins. Méthode de L. Championnet et Danien. — 58. M. FOURE. Du pincement latéral de l'intestin. — 59. M. CHEVANDIER. De la méthode thermo-résineuse appliquée au traitement du rhumatisme apyrétique. — 60. M. BOUTARD. Des différents types de diabète sucré. — 61. M. CAHEN. Astasie-abasie. — 62. M. SZCZYPIORSKI. Des entozoaires de l'encéphale. — 63. M. SPIVACOFF. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées. — 64. M. SOLLIER. Psychologie de l'idiot et de l'imbécile. — 65. M. BOUEL. Anévrysme de l'aorte abdominale. — 66. M. PETROVITCH. Contribution à l'étude des anévrysmes diffus de l'aorte et particulièrement des anévrysmes diffus thoraciques. — 67. M. LE CUDENNEC. Palper mensurateur. — 68. M. TOLEDO. Sur la rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement. — 69. M. DENNETIÈRES. Causes des luxations irréductibles de la hanche, leur traitement par la méthode sanglante. — 70. M. ROSSIGNOL (Francis). De l'absence ou de l'état rudimentaire de l'utérus, principalement au point de vue clinique. — 71. M. POIRIER. Des nourrices enceintes. Influence de leur grossesse sur l'enfant qu'elles allaitent. — 72. M. HUYGHE. Rapports de l'arthritisme avec les névroses. Paralysie générale arthritique. — 73. M. CUVILLIER. Végétations adénoïdes du pharynx nasal chez l'adulte. — 74. M. AZEMA. Indications et résultats comparés de quatre méthodes de traitement des rétrécissements de l'urèthre. — 75. M. SICRE. Contribution à l'étude de la maladie kystique de la mamelle (maladie de Reclus). — 76. M. GROSSIER. La maternité de l'hôpital Saint-Louis, du 1er janvier 1883 au 1er juillet 1889. — 77. M. DEJEAN DE LA BATIE. La phthisie des alcooliques. — 78. M. CARPENTIER. Paralysies alcooliques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 mars 1891, sont nommés à partir du 1er avril 1891, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse :

MM. Charpy (anatomie); Tourneux (histologie normale); Tapie (anatomie pathologie); Labéda (médecine opératoire); Duponchel (médecine légale); Caubet et Mossé (clinique médicale); Jeannel et Chalot (clinique chirurgicale); Crouzat (clinique obstétricale); Dupuy (pharmacie); Frébault (chimie et toxicologie).

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Phocas, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de médecine opératoire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Albertin, docteur en médecine, ancien prosecteur, est nommé préparateur du laboratoire de médecine opératoire, en remplacement de M. Pic, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — Sont nommés chargés de cours : MM. Meyer (physiologie); André (pathologie interne); Pénières (pathologie externe); Saint-Ange (thérapeutique); Guéraud (hygiène); Artigalas (clinique des maladies cutanées et syphilitiques); Terson (clinique ophthalmologique); Broenier (matière médicale).

Sont chargés des fonctions d'agrégé : MM. Bézy, Maurel et Rémond (médecine); Secheyron et Vieusse (chirurgie); Bédard (anatomie et histologie); Marie (chimie);

MM. Mathias (physique); Destreux (chimie); Roule (zoologie); Lamie (botanique). — Ces derniers cours seront donnés aux élèves de première année, à la Faculté des sciences de Toulouse.

— *École de médecine d'Alger.* — Un congé est accordé à M. Haffner, aide d'anatomie.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Mâreau, suppléant, est nommé professeur d'anatomie.

— *École de médecine de Tours.* — M. Gilles, docteur en médecine, est délégué dans les fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie et de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux propose les questions suivantes pour les prix de 1892 :

Prix Jean Dubreuilh. — Ce prix, d'une valeur de 400 francs, sera décerné en 1892 : « Traitement des accidents septicémiques de l'accouchement et des suites de couches. »

Prix Fauré. — « Des différents moyens de garantir du froid les classes pauvres et de prévenir les accidents causés par le froid. »

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, francs de port, à M. G. Sous, secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 29 février 1892, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe, qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bergeon (de Thouars), Boucon (de Pesmer), Henri Collin (d'Étampes), Diligence (d'Arques), Pissis (de Brioude), Poupon (de Paris), Vaysses (de l'Isle en Dodon).

— Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le lundi 6 avril 1891, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux. Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'École pratique, les lundis et vendredis, à quatre heures.

Les élèves de deuxième et de troisième année (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations : les élèves de deuxième année, du 6 avril au 18 mai; les élèves de troisième année, du 22 mai au 5 juillet. — Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Gariel commencera le cours de physique médicale le lundi 6 avril 1891, à dix heures (petit amphithéâtre), et le continuera, à midi, les mercredis et vendredis et, à dix heures, les lundis suivants. — Objet du cours : Phénomènes généraux et applications biologiques de la chaleur, des radiations, de l'acoustique et des actions moléculaires.

M. Marie, agrégé, commencera les conférences de pathologie interne le lundi 6 avril, à trois heures (petit amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

M. le professeur Debove commencera le cours de pathologie interne le mardi 7 avril 1891, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène le mardi 7 avril 1891, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Congrès français de Chirurgie. Discours de M. le professeur Guyon; — Communications diverses; — Discussion de la première question : « Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée). — Chronique et nouvelles scientifiques.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

La cinquième session du Congrès de chirurgie s'est ouverte, lundi dernier, sous la présidence de M. le professeur Guyon, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le bureau était composé de MM. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur; Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris; Demons, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, vice-président du Congrès; Verneuil, Bouchard, Chauveau, de l'Institut; Rochard, de l'Académie de médecine; et Brouardel, doyen de la Faculté.

Dans l'assistance, on remarquait MM. les professeurs Duplay, Lannelongue, Panas, Le Dentu; Spencer Wells, Brodhurst, Lawson Tait (d'Angleterre); Thiriar (de Bruxelles); Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé; Ehrmann (de Mulhouse); Eug. et J. Bœckel (de Strasbourg); Tripier, Poncet (de Lyon); Gross, Heydenreich (de Nancy); Duplouy et Fontorbe (de Rochefort); Auffret (de Brest).

M. Guyon a prononcé le discours suivant :

Messieurs, mes chers confrères,

En venant occuper la place à laquelle m'ont élevé vos trop bienveillants suffrages, je vous demande la permission d'user de l'un des droits dont m'investit votre confiance et de me faire tout d'abord votre interprète. Ce jour où nous nous réunissons pour la cinquième fois reporte nos souvenirs à la séance du 6 avril 1885. Elle était présidée par le professeur Trélat, que nous avons eu la douleur de perdre le 28 mars 1890.

Placé dès l'origine à votre tête, le premier président du Congrès français de chirurgie n'eut pas seulement l'honneur d'inaugurer vos travaux. Actif et zélé serviteur de cette assemblée, il ne cessa de vous représenter dans l'intervalle des sessions comme président de votre comité permanent. Tout dévoué au progrès, acquis sans réserve aux idées qui nous dirigent aujourd'hui, orateur puissant et persuasif, esprit original, chirurgien d'une extrême habileté, notre regretté collègue fut pour nous une véritable et grande force. Aussi est-il de ceux qui ont assuré votre succès. Ce succès, il le prévoyait du reste quand, avec la précision de ce langage imagé dont vous n'avez pas oublié l'élégance, il disait l'origine du Congrès, né de l'initiative de notre vice-président actuel, M. Demons, l'accueil fait à la proposition du professeur de la Faculté de médecine de Bordeaux par la Société de chirurgie à laquelle elle était soumise, et les travaux du comité d'organisation. La mémoire d'un homme de qui la science française a le droit de se montrer si justement fière, qui sut contribuer à lui ouvrir, comme il le disait en parlant de vous, « un champ de culture intensive, un grand concours annuel où ses tendances, ses travaux, ses doctrines viendraient se produire et se manifester dans la pleine lumière d'une large publicité, » une pareille mémoire appartient à toute réunion où l'on parle de chirurgie. Elle est liée à la nôtre indissolublement et c'est lui rendre un légitime hommage, que de la saluer dès l'ouverture de nos travaux.

Nos deuils ne se sont pas bornés à la mort de Trélat. Le savant directeur de l'École de médecine de Rouen, le professeur Duménil, qui figura dès la première session au nombre de nos membres fondateurs, nous a aussi été enlevé ; nous avons perdu deux de nos collègues les plus distingués des départements, MM. Paquet, professeur à la Faculté de médecine de Lille, et Mollière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, un confrère de l'armée, M. le docteur Philippe (de Saint-Mandé) et M. le docteur Alfred Guillon (de Paris). Je n'aurais pas répondu à vos pensées si je n'avais inscrit ici ces noms regrettés.

Je suis encore votre interprète, mes chers confrères, en remerciant les personnages éminents qui veulent bien assister à cette séance et témoigner, en se mêlant à nous, l'intérêt qu'ils portent à notre œuvre. C'est le meilleur encouragement qu'elle puisse recevoir.

J'exprime là des sentiments qui nous sont communs. Ceux qui me sont personnels, je n'oserais vous en parler, s'ils ne m'étaient inspirés par la gratitude la plus profonde. Dans l'honneur que vous m'avez fait, je vois la marque de votre estime et j'y trouve la plus enviable des récompenses. Notre profession est de celles que l'on aime passionnément, il en est peu auxquelles on s'attache davantage. Elle attire et enthousiasme quand on dispose de toutes les forces de la jeunesse ; elle retient et anime, alors même que de longues années lui ont été consacrées ; l'on ne saurait s'en dégager sans les plus grands regrets. Serait-il possible que celui que vous avez pris dans vos rangs pour lui confier la mission de diriger les travaux du Congrès français de chirurgie ne fût point reconnaissant d'un semblable privilège et ne sentît pas son dévouement grandir encore ? Comment ne goûterait-il pas en toute plénitude la joie de voir réunis, devant lui, ceux qui dans le présent sont l'honneur de notre belle science et prétendent ne rien négliger pour en assurer l'avenir ?

A aucune époque, cet avenir n'a été aussi riche de promesses. La foi dans la puissance de notre art est chaque jour plus ardente. Venues à la vie scientifique quand il ne restait à compter que les

victoires, jamais les jeunes générations n'ont connu le découragement, le doute ne les a même pas effleurées, leur ferveur est extrême. Elles fournissent à la chirurgie des adeptes convaincus dont le talent et le nombre sont les meilleurs garants de ses brillantes destinées. C'est pourquoi, sur tous les points du territoire, nous voyons se multiplier, s'affirmer et croître, au grand bénéfice des populations, les réputations les plus légitimes.

Les réunions que provoque notre Congrès nous donnent la preuve de cette utile décentralisation, car elles permettent tous les ans de passer en revue les forces dont dispose la chirurgie de notre pays et de les voir à l'œuvre. Seule, une assemblée comme la vôtre groupe et mêle toutes les sociétés, tous les corps savants qui consacrent leurs travaux à la chirurgie, confond tous les âges, met à contribution toutes les intelligences, fait appel à toutes les bonnes volontés. Aux entreprises isolées, aux labeurs individuels elle substitue une action d'ensemble ; elle opère une véritable concentration. Et, bien que cet effort collectif ne soit que de courte durée, il détermine une impulsion nouvelle, modifie pour certains la direction jusque-là suivie, met fin à quelques malentendus, établit une réelle et indéniable solidarité. L'on ne sert pas impunément la même cause ; les travaux d'un savant lui ont-ils valu notre estime, sa rencontre nous attachera d'autant plus vite et d'autant plus fort que, sans l'avoir jamais vu, déjà nous le connaissions d'une manière intime. C'est ainsi que les frontières s'abaissent devant la Science. Mais si cela est exact, « si la science n'a pas de patrie, l'homme de science doit en avoir une, et c'est à elle qu'il doit reporter l'influence que ses travaux peuvent avoir dans le monde ». On ne saurait dans un langage plus vrai exprimer une pensée plus juste. C'est la délicate et fidèle synthèse de nos sentiments. En la formulant, M. Pasteur nous a une fois de plus montré le chemin qu'il convient de suivre.

Nous avons voulu que la chirurgie de notre pays fût ici le premier et le principal objectif. Nos fondateurs l'entendaient de la sorte quand ils nous donnaient cette significative dénomination de « Congrès français de chirurgie ». Mais s'ils ont tenu à ce que l'influence que peuvent avoir ses travaux dans le monde fût reportée à notre patrie, la science — aucun d'eux ne l'a oublié — s'ouvre largement devant tous ceux qui s'y consacrent. Pour nous, il est un sentiment qui plane au-dessus de toutes les nationalités, sans les effacer ni les amoindrir : l'humanité est le mobile auquel nous obéissons tous, sa cause nous est sacrée ; nous sommes, nous resterons unis pour la défendre. Aussi est-ce avec la cordialité la plus franche, dans un élan de très sincère satisfaction que mes prédécesseurs saluaient les membres étrangers venus pour prendre place en nos rangs. Par l'apport de leur expérience et le prestige de leur renommée, ils ajoutent à l'utilité et à l'éclat de nos sessions. Nous ne les en saurions trop vivement remercier. Aujourd'hui qu'il m'est donné de leur souhaiter la bienvenue, je constate avec joie leur nombre et en exprimant le vœu qu'il s'accroisse chaque année, je sais être l'interprète de tous. Jusqu'à présent, la chirurgie a trop souvent remédié aux maux qui résultent du conflit des peuples ; quelle glorieuse récompense si les rapprochements et les sympathies qu'elle provoque aidaient à diminuer les causes de ces sanglantes rencontres !

J'aurais désiré, Messieurs, que mon rôle de Président me permît de m'en tenir à ces quelques paroles. Il eût été facile, car je n'avais qu'à me laisser diriger par des sentiments que les chirurgiens et la chirurgie m'ont dès longtemps fait éprouver. Mais j'ai dû, pour avoir l'exacte notion de mes devoirs, rechercher comment avaient compris les leurs ceux à qui vos suffrages furent d'abord donnés. Ce qu'ils ont dit simplifie ma tâche et me dispense de trop retenir votre attention. Vous m'excuserez donc si je tente d'imiter mes éminents prédécesseurs en étudiant avec vous les conditions qui nous peuvent aider à utiliser nos ressources et la mesure où le Congrès y doit contribuer.

Une semblable préoccupation s'impose. Nous sommes en présence de tout un ordre nouveau ; pour remplir la mission qui leur incombe après tant de progrès de chaque jour, les chirurgiens ne sauraient trop s'interroger et s'aider. En se transformant, la chirurgie a le droit et le devoir d'étendre son domaine, cela est incontestable. Tout nous commande d'obéir à cette nécessité ; tout nous garantit que, soucieux d'en tenir compte, nous servirons avec un égal profit la cause de la science et celle de l'humanité.

Il faut faire largement usage du pouvoir si considérable qui est le nôtre. Par quels moyens nous l'avons conquis, je n'ai point à le dire ; personne ne l'ignore, car on serait trop coupable de ne pas le savoir. Chaque jour de nouveaux exemples démontrent que, grâce aux méthodes modernes, tout devient possible en fait d'opération, parce qu'elles ont donné la sécurité pendant l'acte opératoire et rendu bénignes ses suites immédiates. Mais il reste beaucoup à faire en vue d'établir exactement ce que nous pouvons pour l'opéré. La chirurgie thérapeutique, celle qui procure des résultats durables ou définitifs, n'a pas encore réalisé tous les progrès de la chirurgie opératoire. Pour arriver à ce que les combats si brillamment et si heureusement livrés à la maladie soient toujours profitables au malade, avoir la puissance ne suffit pas, il faut la direction. Longtemps économes d'opérations et conservateurs résolus, peut-être sommes-nous devenus prodigues.

Tout, il est vrai, nous invite à demander à l'opération la solution des difficultés du traitement, voire du diagnostic. Ces tendances sont justifiées avant tout, non par l'impunité opératoire, c'est-à-dire par la possibilité de ne pas compromettre avec l'intervention la santé ni la vie du malade, mais par de véritables services, par de grandes et précieuses conquêtes. Dans ces conditions, il est si naturel d'agir que nous n'avons pas seulement à nous défendre contre nos propres entraînements : nos confrères médecins approuvent l'intervention, ils ne cachent pas la confiance qu'elle leur inspire, ils nous y encouragent, il leur arrive parfois de combattre nos hésitations. Les intéressés eux-mêmes nous sollicitent. Ce ne sont pas ces malheureuses dont parle en ses célèbres leçons cliniques notre éminent collègue M. Charcot, possédées de la passion singulière de subir n'importe quelle opération et ne reculant même pas, pour satisfaire ce désir, devant une grave mutilation ; ce sont tout simplement de pauvres malades voulant guérir, sachant combien sont puissantes les ressources de la chirurgie et, par lassitude ou par impatience, en réclamant l'application. Il en est qui sauraient nous convaincre en dépit de nous, si nous n'avions pas coutume de n'obéir qu'à leur intérêt seul. Sous cette forme nouvelle, en maintes occasions, nous nous trouvons obligés de repousser les présents d'Artaxercès.

Les services que nous sommes en mesure de rendre expliquent qu'il en soit ainsi. Plus ils sont éclatants, plus nous devons nous attacher à cultiver les parties de notre science qui régissent nos actes, plus nous devons avoir la noble inquiétude d'apprendre à ne pas hésiter ou à être, quand il le faut, assez courageux pour nous abstenir. Mais savoir distinguer nettement ce que l'on peut de ce que l'on ne peut pas, juger le nécessaire et voir l'inutilité est le fait d'une expérience consommée. Livrés à nous-mêmes, réduits à nos seules forces, nous ne pourrions peut-être pas y arriver, à la pleine satisfaction de notre conscience. Ce dont les individualités sont incapables peut se demander aux collectivités.

A cet égard, les actes de votre assemblée ont montré déjà tout ce que l'on était en droit d'attendre d'elle. Aussi bien dans le recueil de ses travaux que dans les discours de nos présidents, la voie qu'il convient de suivre se trouve indiquée.

Perpétuer la méthode française, obéir à ses traditions fut et doit rester notre principal objectif. Elles sont toutes de raison et de mesure. Mais la modération supérieure qui s'en dégage n'exclut pas l'initiative : elle ne comporte à aucun degré le manque de hardiesse, n'accepte pas le découragement, comprend l'audace quand elle est justifiée et ne repousse que la témérité. De tels principes ne sont point de nature à retarder la solution des grands problèmes posés par la chirurgie moderne ; ils consoli-

dent, au contraire, ses succès et les étendent. Ici encore, la tradition ne saurait nuire au progrès.

Le présent n'est d'ailleurs si brillant, la moisson si abondante que parce que des travaux élaborés avec un remarquable esprit de suite et la connaissance précise des conditions nécessaires au développement de notre science avaient soigneusement préparé un terrain fertile. La préoccupation principale des chirurgiens de la première moitié de ce siècle, leur continuel objectif fut le perfectionnement du diagnostic et l'étude approfondie de ce qu'ils appelèrent la médecine opératoire. Leur méthode a été anatomique, le moyen de la mettre en œuvre la création et la culture d'une science nouvelle : l'anatomie chirurgicale ou topographique. De là, cette admirable sagacité dans leurs études cliniques, la netteté de leur jugement, la précision rigoureuse de leurs opérations; de là aussi, la maturité de leurs décisions, la prudente sûreté de leurs actes et, par suite, le respect si scrupuleux et si profond des existences qui leur étaient confiées.

Le diagnostic n'est pas seulement le conseiller qui inspire et légitime nos résolutions, le guide qui dirige notre intervention et mérite notre obéissance, c'est le frein qui nous modère. Si l'anatomie nous donne la hardiesse en nous apprenant à éviter le danger, elle empêche la témérité, parce qu'elle nous le met sous les yeux. Un opérateur ardent, impatient d'agir, pourrait se plaindre des difficultés que le diagnostic et l'anatomie l'obligent à prévoir, des écueils qu'ils lui signalent, être tenté de passer outre; un opérateur réfléchi puisera dans ces indications la calme confiance qui supprime l'hésitation et les défaillances, permet de parcourir toutes les étapes de la route ou suggère les raisons d'une abstention justifiée.

C'est en France, on nous excusera de le rappeler, que se poursuivit surtout l'œuvre destinée à donner à la chirurgie, en leur forme définitive, les bases sur lesquelles nous l'édifions aujourd'hui. Le traité de Velpeau, bientôt après celui de Blandin présentèrent, pour la première fois, dans son ensemble, l'étude de l'anatomie chirurgicale, ils assurèrent son complet développement. Sans doute, Genga, dès 1672, écrivait un ouvrage intitulé : *Anatomia chirurgica;* au commencement du siècle, Malacarne, Froriep, Rosenthal, Beck publiaient des manuels d'anatomie topographique; mais la précision sévère que réclamait Desault et qui caractérisa l'enseignement de Dupuytren, le besoin d'appliquer à la pratique les données fournies par l'anatomie descriptive que l'on retrouve à chaque page du traité de Bichat, n'entrèrent entièrement dans le domaine commun qu'après l'apparition de l'œuvre de nos deux grands maîtres. Dès lors, l'anatomie chirurgicale eut les prédilections de tous ceux qui marquèrent dans notre science et s'affirma comme une production française.

La réglementation précise de l'art opératoire fut la conséquence naturelle de ces travaux, et le diagnostic chirurgical, au moins pour sa partie anatomique, y trouva des règles positives. Les enseignements oral et écrit rivalisèrent pour étendre et vulgariser ces acquisitions si précieuses. Nous n'avons pas à rappeler ces brillantes périodes. Les leçons ont été trop célèbres pour être oubliées et les ouvrages auxquels nous faisons allusion nous instruisent encore. Mais nous dirons que là ne s'est point borné l'effort dont le but manifeste était l'orientation de la chirurgie dans les voies menant aux véritables progrès. On entendait que rien ne demeurât ignoré de ce qui s'était fait dans le passé et de ce qui se produisait chaque jour; on ne voulait pas se contenter d'étendre les limites de l'intervention à une garantie de régularité et de sécurité dans les manœuvres opératoires, on voulait en connaître les résultats éloignés.

Nul plus que Malgaigne ne poussa ses contemporains vers ce genre de recherches. Le professeur à l'éloquence entraînante, l'écrivain remarquable et fécond, le polémiste ardent sut convaincre les jeunes générations d'alors. Leurs travaux se sont ajoutés aux siens; les énumérer serait abuser de votre attention; je ne pourrais d'ailleurs les indiquer tous, car parmi les collègues siégeant près de moi se trouve un de ceux qui ont le plus brillamment suivi la voie de l'érudition. Je n'ai pu, cependant, ne pas évoquer ces souvenirs; vous estimez tous, en effet, que le chirurgien, aujourd'hui comme autrefois, ne saurait être trop instruit, que son cerveau doit être exercé à l'égal de sa main. S'il faut à celle-ci l'habileté, il lui faut nécessairement aussi une force supérieure qui la conduise. Nulle part, elle ne la trouvera mieux que dans les vives clartés fournies par la connaissance scrupuleuse de toutes les parties de notre art et les enseignements tirés de l'incessante méditation des faits.

Le milieu où nous les étudions ici est à ce point de vue particulièrement favorable, il peut les rendre éminemment instructifs. Où aurons-nous plus aisément qu'en nos grandes assises annuelles la possibilité de nous renseigner sur le sort de nos opérés? Chacun de vous apporte dans nos sessions le récit de ses interventions importantes et donne ainsi à nos travaux leur stimulant le plus vif. Pourquoi ne pas prendre l'habitude de nous édifier d'une année à l'autre sur la destinée des malades dont nous aurons entendu l'intéressante histoire? Certes, quand il y aura lacunes on n'en inférera pas que les résultats définitifs n'ont point répondu au succès du premier moment, mais sans aucun doute on saurait un gré extrême à ceux d'entre nous qui achèveraient de faire la lumière. Ils nous donneraient par là ce qui manque le plus à notre instruction. Les jeunes observations, les récits d'opérations récentes à peine âgées de quelques semaines, ont eu leur utilité. Après les suites lamentables des interventions d'autrefois où, pour les plus petites comme pour les plus grandes, se rencontrait trop souvent l'égalité du danger, il était bon, il était indispensable de montrer que l'acte opératoire le plus complexe, le plus périlleux, n'était suivi d'aucun accident, que le traumatisme chirurgical pouvait en quelque sorte passer inaperçu. La démonstration est faite, et bien faite, nous ne saurions nous attarder davantage à l'appuyer de preuves nouvelles. Nous n'avons plus besoin d'être encouragés à l'opération, il nous faut apprendre à bien connaître la valeur des services qu'il nous est permis de rendre. Nous devons à nos malades et à nous-mêmes de vouloir autre chose que des résultats opératoires.

La possibilité de les obtenir avec certitude nous a menés à de telles conquêtes, elle a si bien témoigné de l'importance des forces dont nous disposons, qu'une sorte de présomption serait presque excusable : il semblerait naturel de nous laisser aller à croire que la chirurgie n'a qu'à marcher désormais tranquille dans ses voies nouvelles et cheminera d'autant mieux sur la route du progrès qu'elle s'occupera moins de ce qui a vécu. Ne serait-il pas plus vrai de penser que, pour ouvrir au perfectionnement la voie la meilleure et la plus sûre, il convient, tout en consacrant nos forces au présent, de ne pas négliger le passé?

Au point culminant où elle est arrivée, la chirurgie moderne, sans perdre de vue l'horizon qui ne cesse de s'élargir devant elle, trouvera profit à regarder en arrière. Alors qu'elle s'avance glorieuse vers le XXe siècle, lui apportant une des belles parts de l'héritage si riche qu'il va recevoir de la science, elle ne risque rien à évoquer le passé. Elle y retrouvera l'image des maîtres qui préparèrent sa grandeur en établissant des principes qu'il serait dangereux d'oublier. Les pionniers de cette œuvre partageaient leur vie entre l'amphithéâtre d'anatomie, les salles de malades et les bibliothèques; ils demandaient aux expérimentations sur les animaux ce que ne leur pouvaient enseigner la dissection des cadavres et l'observation clinique. Il n'est pas sans intérêt de s'en souvenir. Mais à ces moyens fondamentaux de leurs recherches, le laboratoire n'ajoutait que les ressources, déjà fort grandes, fournies par la physiologie. Les révélations que nous devons aux travaux de notre illustre Pasteur leur faisaient défaut. Privés de ces découvertes merveilleuses, ils ne purent atteindre à la sécurité opératoire que devait nous donner leur application pratique réalisée par Lister et par A. Guérin; ils ne virent pas le couronnement de leur œuvre.

Pour nous les heureux possesseurs de ces méthodes admirables et fécondes, qui savons préserver nos opérés de toute contamination, notre tâche ne se saurait limiter à l'exercice et à l'extension de notre puissance opératoire. Nous avons le droit, nous

avons le devoir d'espérer que nous irons encore plus loin dans la voie scientifique en nous préoccupant sans cesse de la pathogénie, en voulant, nous aussi, la solution des problèmes complexes qu'il est permis aujourd'hui d'aborder. Le traitement par l'opération restera indispensable et, quelles que soient ses rigueurs, ses bienfaits sont si grands, qu'on y aura toujours, et dans de bien nombreuses circonstances, utilement recours. Mais le plus beau, le plus désirable progrès, serait d'arriver à découvrir la nature de certaines affections qui, à l'heure actuelle, sont encore réputées chirurgicales, à nous en rendre maîtres sans intervention. Cela n'épargnerait pas seulement aux patients l'acte opératoire, ce serait le moyen d'assurer leur guérison définitive en nous attaquant à la cause de leur mal et non à ses effets. Le perfectionnement du diagnostic a permis de réaliser de semblables résultats pour les tumeurs spécifiques que Dupuytren opérait encore; est-il inadmissible que les recherches poursuivies de toutes parts remportent un jour la même victoire sur le cancer? Nous ne connaîtrions plus les pénibles angoisses que nous donne sans cesse la crainte de la récidive. Aussi, quand, il y a quelques mois, nous avons pu croire un moment que l'une des affections où l'intervention chirurgicale est si souvent nécessaire, dans plusieurs de ses manifestations, allait lui échapper et que désormais les tuberculoses locales guériraient sans notre secours, qui d'entre nous ne s'est senti heureux de se voir près d'être dépossédé de cette partie, cependant bien grande, de son domaine? Nos espérances ont peu duré; mais qui peut assurer que l'illusion d'hier ne sera pas la réalité de demain?

L'avenir nous réserve sans doute d'aussi larges, d'aussi complètes satisfactions. Pour moi qui ai déjà sous les yeux l'élite de plusieurs générations, je l'ai dit au début, j'aime à le répéter : il est plein de promesses. Nul de nous n'ignore à quel point il est légitime de compter sur tous ceux, étrangers et nationaux, qui se pressent ici; nous savons la valeur de nos jeunes confrères de Paris et des départements; les destinées de la chirurgie française sont entre leurs mains. Au surplus, s'il ne nous suffisait pas du présent pour affirmer que la marche en avant ne saurait s'arrêter, le passé nous serait une précieuse garantie. Bichat écrivait dans la belle introduction à son *Traité d'anatomie descriptive* : « Tout est fait de son côté et peut-être n'est-il pas de science plus voisine qu'elle de la perfection. » Ce qu'est devenue l'anatomie depuis l'impulsion qu'il lui donnait, ai-je à le dire? Nous marchons encore dans les voies ouvertes par son génie. En face d'un pareil exemple, comment ne pas croire à la force irrésistible, à la toute-puissance de l'avenir?

Il nous est donc permis d'avoir une absolue confiance. Partout la chirurgie est cultivée avec ardeur; entre les nations de l'ancien et du nouveau monde, une émulation existe qui, d'heure en heure, profite au progrès. A chacun de nous incombe le devoir de ne négliger rien pour maintenir la chirurgie française au rang où elle a droit de figurer, et lui conserver, dans cet incessant concours, son caractère distinctif avec les qualités qui lui sont propres. Nous y aurons besoin de toutes nos forces. Nous lutterons sans trêve les uns et les autres. Pas un jour ne s'écoulera, que nous ne l'ayons consacré à notre science de prédilection. Et chaque année nous viendrons ici rendre compte de ce que nous aurons fait, de ce qu'il nous reste à faire pour que l'influence de nos travaux continue de pouvoir être reportée avec honneur à notre chère Patrie.

Mais ce que nous devons à la chirurgie exige plus encore. Il nous faut employer pour son bien les ressources tirées des travaux de tous ceux qui s'y consacrent; il nous faut accepter le progrès d'où qu'il vienne, afin de remplir, à l'égard des malades qui se confient à nous, les devoirs que dicte l'humanité bien comprise. Nous maintiendrons ainsi notre belle profession à sa véritable hauteur et nous assurerons à la chirurgie la reconnaissance et le respect de tous.

M. Pozzi, secrétaire général, puis M. Alcan, trésorier, ont rendu compte de la situation financière du Congrès.

Les communications ont ensuite eu lieu dans l'ordre suivant :

COMMUNICATIONS

Laparo-entérotomie pour obstruction intestinale due à un calcul intestinal. — M. THIRIAR (de Bruxelles) communique l'observation d'une femme de cinquante et un ans, nerveuse, hystéro-épileptique, atteinte d'un fibrome utérin et habituellement constipée qui resta du 27 août au 6 septembre sans avoir ni selles ni gaz, et présentant déjà des vomissements fécaloïdes, du ballonnement du ventre et tous les signes d'un étranglement interne arrivé à la dernière période. M. Thiriar vit à ce moment la malade pour la première fois et proposa la laparotomie qui fut refusée. Le 9 septembre, la malade étant mourante, cette opération fut pratiquée. A l'ouverture de la cavité péritonéale, il s'écoula une certaine quantité de sérosité sanguinolente. Les jours précédents, M. Thiriar ayant senti un point dur et douloureux à gauche, il introduisit la main de ce côté, vers la fosse iliaque, et y trouva, en effet, une tumeur dure, mobile, faisant corps avec l'intestin. Il attira cette tumeur au dehors, cerna l'anse d'intestin entre des éponges aseptiques, l'ouvrit et vit s'échapper spontanément un calcul de la grosseur et du volume d'un petit œuf. Après avoir soigneusement fait la désinfection, M. Thiriar réunit l'intestin, selon son procédé habituel, c'est-à-dire en suturant séparément muqueuse à muqueuse et ensuite les autres couches de l'intestin par une suture de Lembert. Le cylindre intestinal ainsi refermé paraissait rétréci; mais ce rétrécissement était simplement spasmodique ainsi que le montrèrent les suites de l'opération. Il referma le ventre par trois points de suture. L'opération avait duré une heure. Trois heures après, la malade avait une selle; elle en eut trois dans la nuit. La température ne dépassa pas 37°6 et quatre jours après elle pouvait être considérée comme complètement guérie.

Le calcul pèse 14 grammes; la densité est de 11,50; son plus grand diamètre mesure 42 millimètres. De l'examen microscopique de ce calcul, il résulte qu'on a affaire à un calcul composé de deux couches, une centrale, homogène, composée surtout de cholestérine, l'autre excentrique, composée surtout de sels calcaires. Pour M. Thiriar, il s'agit donc d'un calcul biliaire. Comment a-t-il passé dans l'intestin? La malade n'a jamais eu de coliques hépatiques, ni d'ictère. M. Thiriar pense qu'il a dû s'établir des adhérences entre la vésicule biliaire et une anse intestinale, puis consécutivement un travail ulcératif permettant le passage de calcul dans l'intestin. Si l'on veut bien se rappeler, en effet, que cette malade est atteinte d'un fibrome utérin qui a été volumineux et a donné lieu à divers troubles, on peut admettre que quelques-uns de ces troubles, attribués au fibrome, ont pu être déterminés par le calcul et son passage dans l'intestin.

En terminant, M. Thiriar insiste sur les avantages de son procédé d'entérorrhaphie qui lui a toujours donné les meilleurs résultats.

Considérations sur la résection du genou. — M. J. BŒCKEL (de Strasbourg) rappelle qu'il a été un des premiers, il y a dix ans, à vulgariser cette opération préconisée chez nous par MM. Verneuil et Le Fort, mais qui n'avait été que fort peu pratiquée à cause de la mortalité effrayante que les chirurgiens observaient dans cette période pré-antiseptique. L'orateur fait l'historique de la question, il rappelle ce dont nous sommes redevables, à ce sujet, à MM. Ollier et Lucas-Championnière; il mentionne ses différents travaux personnels, son travail à la Société de chirurgie, en 1881, son mémoire récompensé récemment par l'Académie de médecine, et vient, aujourd'hui, apporter au Congrès les considérations qu'il a pu retirer de cent quarante cas de résections du genou qu'il a pratiquées.

Nous ne pouvons évidemment suivre l'orateur dans l'analyse des différents cas, et nous devons nous borner à reproduire les notions essentielles qui se dégagent de sa très intéressante communication.

La technique opératoire peut se résumer ainsi : résection des os, extirpation complète des parties molles malades, suppression de la suture osseuse, de l'hémostase et du drainage; guérison sous un seul pansement. Cette pratique de notre compatriote strasbourgeois est aujourd'hui suivie par tous les chirurgiens. La bande et le tube d'Esmarck sont appliqués au début de l'opération, et le tube constricteur n'est retiré qu'une fois le membre recouvert et protégé par son pansement, qui doit être aseptique, absorbant et compressif, en ayant soin de maintenir le membre élevé pendant les premiers jours qui suivent l'opération ; le suintement sanguin qui a lieu ne traverse pas le pansement qui peut, de la sorte, être conservé jusqu'au deuxième mois, c'est-à-dire jusqu'à consolidation et adhésion des surfaces réséquées.

La résection du genou, surtout recommandable dans l'âge moyen de la vie, de quinze à quarante ans, où elle donne les meilleurs résultats, ne doit pas être refusée, cependant, aux âges extrêmes, où, dans quelques circonstances, elle est préférable aux autres interventions. A cet égard, M. J. Bœckel rapporte plusieurs exemples dont voici le plus caractéristique et le plus instructif, car l'opéré a pu être suivi depuis dix ans déjà.

Il s'agit d'une jeune fille opérée, en 1881, à l'âge de sept ans, pour une arthrite manifestement tuberculeuse du genou ; à l'heure actuelle, le membre opéré mesure une longueur de 75 centimètres contre 83 centimètres fournis par le membre sain, il y a donc un raccourcissement de 8 centimètres. Ce raccourcissement permet la marche, avec une boiterie à peine appréciable, grâce à l'abaissement du bassin et aux inflexions de la colonne vertébrale. Il y a donc loin entre ces chiffres et les raccourcissements de 13 et 15 centimètres dont on parlait. Et même dans le cas auquel il fait allusion, il existait une certaine inflexion au niveau du cal opératoire; et, de ce fait, le membre perdait encore 2 centimètres de sa longueur. M. Bœckel rappelle aussi le fait d'un jeune enfant de cinq ans, qu'il a opéré il y a quatre ans, et qui, actuellement, à neuf ans, ne présente encore que 1 centimètre de raccourcissement, comme après l'opération. Le membre sain a 67 centimètres de longueur, le membre opéré n'en a que 66. Notre confrère conclut de ces faits que les résections typiques parcimonieuses produisent, chez les enfants, d'excellents résultats.

De même, au-dessus de quarante ans, la résection est plus fréquemment indiquée qu'on ne le croit. Sur les 140 résections qu'il a faites, 23 portaient sur des sujets au-dessus de quarante ans, 11 de quarante à cinquante ans, 6 de cinquante à soixante, 6 de soixante à quatre vingt-deux ans. Or, aucun décès n'a été à enregistrer du fait de l'opération, et il n'y eut que 2 cas où la récidive nécessita l'amputation de la cuisse.

L'opérée la plus âgée avait quatre vingt-deux ans. M. Bœckel lui fit l'ablation de 4 centimètres et demi d'os. Jamais la température ne dépassa 37°8 et le trente-quatrième jour, alors qu'on leva le premier pansement, la consolidation était presque parfaite; le trente-sixième jour, la malade se levait avec un appareil silicaté. Malheureusement, cinq mois après, elle succomba à une pneumonie. L'autopsie permit de reconnaître la guérison absolue de l'intervention chirurgicale. Des 23 malades opérés, âgés de plus de quarante ans, 2 sont morts quelques mois après leur guérison opératoire, 2 autres ont dû être amputés, par suite de récidive, 1 a présenté des fistules, mais les 18 autres ont conservé un membre utile dont ils se servent.

Il s'ensuit, pour M. Bœckel, que la résection du genou a pris peu à peu la place de l'amputation et que, sauf dans les cas où l'état général est mauvais, lorsque les viscères sont déjà tuberculeux, ou bien lorsque la lésion osseuse est étendue à la diaphyse, la résection trouve toujours son indication. Toutefois, il ne faudrait pas réséquer trop tôt, et en quelque sorte préventivement, il convient toujours d'essayer le traitement par l'immobilité et la compression, avant d'en venir à une intervention sanglante. Lorsqu'une arthrite a résisté pendant des mois et des années, il ne saurait y avoir d'intérêt à temporiser davantage.

M. Bœckel répète en terminant que la mortalité opératoire est très faible, car, sur sa statistique totale de 140 cas, il a 131 guérisons et 9 morts, soit 6,4 p. 100 de mortalité. Si l'on veut même examiner de plus près les faits, on verra que, dans ses 61 derniers cas, il n'y a pas une seule mort opératoire.

Ces 61 cas ont donné les résultats suivants :

50 malades ont été d'emblée définitivement guéris.

6 ont présenté des fistules pendant un mois ou deux.

1 a dû être amputé trois mois après.

1 femme de cinquante-quatre ans a eu de la pseudarthrose.

3 malades sont morts dans les huit mois qui ont suivi l'opération, mais sans que l'acte chirurgical pût être incriminé.

Restauration du nez. — M. TRIPIER (de Lyon) lit une observation sur un procédé de restauration du nez par décortication et abaissement. La malade à qui le professeur lyonnais fit l'application de ce procédé avait eu le nez détruit par une morsure. Les photographies présentées au Congrès montrent l'heureux résultat obtenu par l'opérateur. Il est, malheureusement, impossible de donner la description du procédé ; la rapidité de la lecture ne permettant pas de suivre l'orateur dans tous les détails minutieux de la technique employée.

Angiome suppuré de l'orbite dans le cours de la fièvre typhoïde. — M. PANAS (de Paris) fait connaître une observation d'angiome orbitaire. Outre l'intérêt dû à la rareté de ces tumeurs, dont la science ne possède que 60 exemples, le cas, relaté par M. Panas, est encore curieux, grâce à différentes particularités.

La jeune fille qui en était porteur est âgée de sept ans, elle avait deux ans lorsqu'on s'aperçut de sa tumeur, qui grossit progressivement jusqu'à l'âge de cinq ans. A ce moment, un ophthalmologiste de la ville fit dans le néoplasme des injections coagulantes d'eau de Pagliari et des ponctions électrolytiques à l'aide d'une aiguille pénétrant profondément. Le courant employé atteignit 8 milliampères. Malgré ce traitement, l'angiome continua à se développer. La jeune malade fut atteinte de fièvre typhoïde, dont elle était encore convalescente, lorsque, spontanément, elle fut prise d'un phlegmon orbitaire. M. Panas la vit à ce moment, il porta le diagnostic d'angiome de l'orbite avec panophthalmie. Il se basa, pour porter le diagnostic d'angiome, non seulement sur les renseignements fournis par les parents de la jeune fille, mais sur l'existence d'une tache érectile visible sur la paupière, et à ce propos M. Panas insiste sur la constance de ce nævus palpébral qui constitue un signe diagnostic des meilleurs. L'exorbitis existe, en effet, dans toutes les tumeurs de l'orbite; et la réductibilité, qu'on avait donnée comme un signe pathognomonique de l'angiome, n'est observé, en réalité, qu'au début de l'affection. Dans le cas actuel, l'irréductibilité était absolue. La suppuration détruisit bientôt le globe oculaire, mais l'état d'infection générale fit différer l'énucléation, qui fut seulement pratiquée un mois après. Si une infection générale n'existait pas, malgré l'opinion de Von Graëfe (de Berlin), M. Panas conseille toujours l'énucléation dans les cas de panophthalmie. Il s'est toujours trouvé bien de cette intervention et n'a eu à regretter qu'un seul cas de mort, chez un malade qui succomba à une méningite suppurée, mais qui, avant l'intervention, avait déjà une pleurésie purulente et une suppuration rénale. Quand la suppuration est limitée à l'œil, il faut toujours intervenir. Chez la jeune malade, l'intervention pratiquée tardivement montra que l'angiome, induré en partie par une néoformation conjonctive, présentait dans son centre une suppuration nettement enkystée.

Or, l'examen bactériologique et les cultures ont démontré que cet abcès était nettement sous la dépendance du bacille d'Eberth. Cette auto-infection dans un angiome est un fait exceptionnel. De plus, le cas étudié par M. Panas établit, d'une façon indiscutable, les propriétés pyogènes du bacille de la fièvre typhoïde.

La séance est levée.

Séance du 31 mars (matin). — Présidence de M. Guyon.

PREMIÈRE QUESTION

INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES AFFECTIONS DES CENTRES NERVEUX (LA TRÉPANATION PRIMITIVE DU CRANE EXCEPTÉE).

Trépanation pour épilepsies, paralysies et tumeurs. — **M. BOYCE**, au nom de **M. HORSLEY** (de Londres), empêché, fait une communication sur la craniectomie. Cette communication comprend trois parties : 1° l'exposé de la méthode et la description du procédé opératoire; 2° l'application de cette méthode au traitement de l'épilepsie focale; 3° son application au traitement des tumeurs.

1° *Méthode opératoire.* — M. Horsley, après avoir taillé un très large lambeau cutané et déterminé à l'aide d'un appareil spécial la ligne de Rolando, indique, au moyen d'une scie circulaire, la portion de crâne qui doit être excisée. Il donne à cette excision une très grande étendue. La portion à exciser étant ainsi délimitée, il enlève dans son aire une couronne de trépan suivant la méthode ordinaire; le reste de l'os est ensuite enlevé avec un forceps.

M. Boyce présente plusieurs pièces et plusieurs dessins ainsi que la scie circulaire (1) dont se sert M. Horsley et les divers appareils destinés à bien déterminer la topographie de l'encéphale et ses rapports avec la boîte cranienne.

2° *Application de la méthode au traitement de l'épilepsie focale.* — Dans ces cas, après avoir bien déterminé la topographie du crâne à l'aide des procédés de MM. Lucas-Championnière, Poirier et Le Fort, et plus particulièrement la scissure de Rolando, M. Horsley excise le segment cortical qu'il suppose être le point de départ des accidents.

Il fait connaître la statistique qui a été publiée dans le *British Medical Journal* du 16 décembre. Depuis, il a opéré deux autres cas. Les résultats immédiats de l'opération sont toujours des plus simples; les résultats définitifs ont été toujours l'arrêt complet ou tout au moins une notable diminution dans la marche et l'intensité des crises.

3° *Application au traitement des tumeurs.* — Pendant combien de temps faut-il recourir au traitement médical avant de recourir à l'opération dans les cas où l'on a diagnostiqué l'existence d'une tumeur cérébrale? A cette question, M. Horsley répond qu'il ne faut pas prolonger le traitement médical au delà de six semaines. Lorsqu'après ce laps de temps, le traitement médical ne donne aucun résultat, il faut intervenir, soit que l'on se contente d'une simple incision exploratrice, soit que l'on procède à l'extraction de la tumeur quand elle est possible. M. Horsley cite un cas intéressant dans lequel une simple incision exploratrice a été suivie d'une régression très notable d'une tumeur volumineuse. Il montre la pièce à l'appui de cette observation.

Craniectomie chez les microcéphales, chez les enfants arriérés et chez les jeunes sujets. — **M. LANNELONGUE**, dans ce travail, qui repose sur vingt-cinq opérations, s'occupe surtout de technique, mais auparavant il montre quelles sont les indications de cette opération.

Microcéphalie proprement dite. — Il a examiné plusieurs crânes de microcéphales, et, comme d'autres auteurs, il a constaté l'état avancé des sutures, en même temps que l'étroitesse des fontanelles. Chez un enfant nouveau-né, les fontanelles étaient même fermées à la naissances.

Donc, chez les microcéphales, l'ossification des sutures est anticipée, la synostose cranienne est très avancée et définitive avant l'heure, l'évolution cérébrale sera frappée à son tour d'un arrêt parallèle et définitif.

Dans certains cas, la microcéphalie s'accompagne d'hydropisie ventriculaire, de sclérose cérébrale, etc.; mais ces faits sont très difficiles à séparer des précédents.

Les autres indications de la craniectomie sont nombreuses. Ce sont des états tantôt congénitaux, tantôt n'apparaissant que dans les premières années de la vie. Le traumatisme, la compression dite obstétricale ont été constatés à la naissance chez un certain nombre d'idiots ou d'arriérés: antérieurement à la naissance, le crâne peut subir aussi une compression d'assez longue durée dans la cavité utérine lorsqu'il y a, par exemple, absence ou pénurie des eaux de l'amnios.

Un certain nombre de ces sujets sont souvent très arriérés intellectuellement, quelquefois déformés physiquement et, à un degré plus grave, ce sont des idiots.

Quelques-uns de ces faits, les derniers en particulier, se reconnaissent à des déformations craniennes qui sont caractéristiques. Le crâne présente en deux points opposés deux dépressions : l'une correspondant au point où la paroi utérine a exercé la compression, l'autre dans le point où le crâne est venu s'appliquer sur une partie fœtale, l'épaule le plus souvent; on voit sur certaines têtes d'enfant le mécanisme de cette compression.

Les hémorrhagies méningées des jeunes sujets, surtout celles de la convexité, amènent des hématomes, des pachyméningites circonscrites, et, par transformation du foyer sanguin, des kystes séreux relevant directement de cette opération. Il faut aussi mentionner quelques hyperostoses dues à la syphilis héréditaire, certaines formes d'hydrocéphalie avec épaississement des os du crâne et fermeture prématurée de la cavité, pour en arriver aux affections du cerveau lui-même.

C'est ici une des questions les plus obscures. Les atrophies cérébrales d'origine vasculaire, les scléroses diffuses, ou, selon certains auteurs, les encéphalites, sont autant d'états pathologiques qui sembleraient créer des contre-indications véritables, mais encore ici il y a souvent des altérations craniennes concomitantes; dans tous ces cas on ne connaît aucun procédé de curabilité de ces lésions.

Manuel opératoire. — M. Lannelongue a eu recours à deux procédés de craniectomie : linéaire et à lambeau; de plus en plus, il pratique le procédé à lambeau. La craniectomie linéaire est faite le long du sinus longitudinal supérieur, et on peut la prolonger à travers la suture coronale sur la zone motrice ou rolandique vers le centre de Broca. Il l'a pratiquée sur l'occipital en arrière, entre le sinus latéral et la suture occipito-pariétale. Enfin, il a fait une craniectomie transversale et symétrique sur le frontal, en décollant le sinus longitudinal.

Sous le nom de craniectomie à lambeau, il comprend les pertes de substance du crâne combinées de manière à dessiner des lambeaux qui restent adhérents par une base osseuse plus ou moins large. Quelquefois, le lambeau ne comprend qu'un seul os, le pariétal, le frontal; le plus souvent il est à cheval sur deux os, le frontal et le pariétal d'habitude. Les lambeaux ont la forme d'un U, d'un V renversé, d'un rectangle, d'un fer à cheval, d'un T.

La perte de substance est large de 8 à 11 ou 12 millimètres, la durée moyenne de l'opération est de quarante à quarante-cinq minutes.

Le crâne est attaqué à l'une des extrémités de la plaie par une couronne de trépan, puis on se sert de pinces coupantes de divers modèles. On peut laisser la dure-mère intacte au fond, mais s'il y a pachyméningite, il est bon de faire des mouchetures ou même l'ouverture du foyer; on peut débrider la tente cérébelleuse par la craniectomie occipitale.

Si on incise la dure-mère, il faut en faire la suture; la chose n'est pas nécessaire pour les mouchetures.

Quant au périoste, faut-il le réséquer? M. Lannelongue ne le pense pas; il lui est arrivé de le réséquer une fois par mégarde et deux fois de parti pris; il n'a vu aucune différence dans le résultat.

Dans deux autopsies faites sur des enfants morts du croup, de-

(1) Cette scie est absolument semblable à celle qui se trouve dans le polythritome imaginé par M. Péan et qui se meut à l'aide d'une simple manivelle.

un à deux mois après l'opération, il a pu constater qu'il n'y avait pas de régénération osseuse par la dure-mère.

Au point de vue des complications opératoires, l'hémorrhagie est sans importance ; on découvre sans danger l'artère méningée ou ses branches. La grande épaisseur du crâne, l'hyperostose, l'état éburné ne créent pas de difficultés.

Résultats. — Sur 25 opérations, M. Lannelongue compte 24 guérisons opératoires et 1 mort en quarante-huit heures par septicémie aiguë ou écoulement continuel du liquide céphalo-rachidien ; 3 suppurations minimes dont la plus forte a duré trois semaines. Aucun cas de nécrose.

Le plus jeune enfant avait huit mois, le plus âgé douze ans et demi ; sur les 25 cas il y avait 13 garçons et 12 filles.

Quant aux résultats définitifs, il n'en dira qu'une seule chose : c'est que, pour un très grand nombre, les petits opérés ont été améliorés, soit au point de vue intellectuel, soit au point de vue de la marche.

Fistule de la région sacrée, de date ancienne et donnant lieu à un écoulement de liquide céphalo-rachidien. — **M. VERNEUIL** communique l'observation d'une jeune fille présentant toutes les apparences d'une parfaite santé et qui portait à la région sacrée une fistule donnant lieu à une suppuration abondante. Seize mois auparavant, elle avait été prise d'une douleur à la région sacrée qui, bientôt, s'accompagnait d'une sciatique du côté gauche. Quatre mois après, apparaissait une tumeur qui fut ouverte et donna issue à une abondante quantité de pus. Il y eut un soulagement immédiat et la jeune fille put reprendre son existence habituelle, mais il persista un écoulement qui la gênait beaucoup et c'est dans cet état qu'elle fut amenée à M. Verneuil. Il constata l'existence de cette fistule dans la région sacrée, à droite de la ligne médiane, introduisit un stylet au niveau de la troisième vertèbre sacrée et arriva sur une partie osseuse dénudée. L'examen du pus n'y révéla pas la présence de bacilles et les inoculations faites avec ce pus restèrent sans effet. Le diagnostic fut donc : ancien abcès sous-périostique, avec fistule, séquestre probable.

M. Verneuil pratiqua dès lors l'opération suivante : incision et débridement au thermocautère de 7 à 8 centimètres, dénudation du troisième trou sacré postérieur, recherche du séquestre. Ne trouvant rien, il rugina les bords de la perforation sacrée, et fit un pansement antiseptique et occlusif. Les jours suivants, toutes les pièces de pansement se trouvaient traversées. M. Verneuil apprit alors qu'après la première ouverture de l'abcès, il y avait eu une semblable inondation dans le pansement. Il y avait eu, comme cette fois, très peu de suppuration. L'écoulement était surtout séro-purulent. Au quatrième jour, cette jeune fille était tombée dans un coma profond et présentait, en même temps, une dyspnée intense. Elle avait eu plusieurs fois déjà de semblables accidents. C'est alors que M. Verneuil pensa à la possibilité d'un écoulement de liquide céphalo-rachidien. Il fit donc examiner ce liquide par M. Villejean, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, et l'analyse chimique du liquide recueilli sur les pièces de pansement montra, en effet, qu'il s'agissait bien du liquide céphalo-rachidien. Cette jeune fille est repartie au Mexique, dans un excellent état de santé, mais présentant toujours un certain écoulement.

Un cas de craniectomie. — **M. TH. ANGER** relate l'observation d'une petite fille de huit ans, dont les fontanelles étaient molles et dépressibles, très arriérée au point de vue des facultés intellectuelles, ne parlant presque pas, boitant, se laissant choir sans chercher à se retenir, n'ayant nul instinct de conservation, sale, faisant tous ses besoins sous elle, présentant des crises nocturnes caractérisées surtout par des cris aigus, des réveils en sursaut, pendant ces crises, portant la main à sa tête, etc. Actuellement, cette enfant présente le développement physique des enfants de son âge, mais elle est singulièrement arriérée au point de vue intellectuel ; c'est à peine si elle reconnaît ses parents ; elle ne répond pas aux questions qu'on lui fait ; elle a toujours un sourire béat ; elle agite continuellement ses mains. M. Anger demanda, au sujet de cette petite fille, l'avis de M. Lannelongue qui pensa, comme lui, qu'aucune intervention chirurgicale n'était indiquée. Il y avait seulement un léger aplatissement du crâne du côté gauche. En raison de ce fait, et surtout pour céder aux instantes prières des parents, M. Anger se décida à faire chez cette enfant une craniectomie. Il fit une incision linéaire allant du bord frontal à la suture lambdoïdale, il appliqua plusieurs couronnes de trépan, ponctionna, sans résultat, la dure-mère avec une seringue de Pravaz, agrandit la brèche osseuse, de façon à avoir une perte de substance de 11 centimètres et demi de long sur 4 centimètres de large. Il lui fut impossible de suturer le périoste, il se contenta de suturer la peau. Les suites de l'opération furent des plus simples. Au huitième jour, le pansement fut enlevé. Dès le lendemain, cette enfant ne fit plus sous elle ; quelques jours après, elle reconnut mieux ses parents, exprima ensuite le regret de ne pas les voir, marcha mieux, sauta et monta les escaliers, ce qu'elle n'avait jamais pu faire avant l'opération. Elle put répondre aux questions, sa physionomie devint plus ouverte et elle n'eut plus ce sourire béat perpétuel. Lorsqu'elle fut rentrée chez elle, à Provins, tout le monde trouva qu'il s'était opéré un grand changement dans son état. On la trouva singulièrement améliorée. Elle va maintenant à l'école et commence à comprendre les leçons qu'on lui donne. M. Anger ne se repent donc pas d'avoir cédé, dans ce cas, au désir des parents.

Deux cas de trépanation. — **M. DURET** (de Lille) rappelle avoir, dans ses travaux antérieurs, insisté sur ce fait que l'épanchement sanguin, à la surface du cerveau, se traduit surtout par deux signes, l'hémiplégie et le stertor. Quand à ces deux signes se joint une ecchymose comme phénomène local, c'est une indication de trépaner.

Dans le cas qu'il communique aujourd'hui, il n'y eut ni hémiplégie à proprement parler, ni stertor ; le phénomène dominant était une aphasie traumatique. Il s'agissait d'un boucher qui fit une chute de voiture et tomba sur la tête. Il se releva peu d'instants après, revint chez lui et ne se plaignit les jours suivants que du mal de tête. Au quinzième jour seulement, il fut pris d'une aphasie ; il n'avait ni cécité, ni surdité verbale ; c'était simplement une aphasie motrice, avec quelques troubles moteurs légers, un peu d'hémiplégie et d'anesthésie du côté droit. En présence de ces troubles, M. Duret pensa avoir affaire à une lésion traumatique portant sur la circonvolution de Broca. Après avoir bien établi ses points de repère à l'aide du procédé de mensuration de M. Lucas-Championnière, il fit à la surface du crâne un lambeau de 7 à 8 centimètres ; la rondelle osseuse enlevée, il incisa en croix la dure-mère, il pinça l'artère méningée et arriva su un caillot dur et concret qu'il fut obligé d'ouvrir pour en faire sortir un liquide brunâtre ; avec la curette de Folkmann, il enleva deux cuillerées de gros caillots sanguins noirâtres. Il fit ensuite une injection d'eau boriquée, sutura la dure-mère, lia l'artère méningée au catgut et appliqua deux drains, dont un profond. Les suites de l'opération furent simples. Au quatrième jour, le malade répond *oui* et *non*, la parole revient peu à peu, et, après une quinzaine de jours, le malade avait pu reprendre ses occupations complètement guéri. Le vingt-troisième jour, il se livra à des excès de boisson à la suite desquels il fut pris d'une congestion cérébrale, à laquelle il succomba.

M. Duret communique un second fait dans lequel il s'agissait d'une aphasie traumatique. Il fit une large trépanation sur la région pariétale et trouva une arachnitis. Les résultats immédiats de l'opération furent des plus satisfaisants. Quant aux résultats définitifs, tous les accidents, vertiges, maux de tête, attaques épileptiformes, tout a disparu.

Épilepsie jacksonienne; trépanation. — **M. JEANNEL** (de Toulouse) relate l'histoire d'un homme de trente-deux ans devenu aphasique et épileptique. A quinze ans, cet homme avait reçu un coup de couteau dans la région pariétale gauche. Cinq mois avant

les accidents qu'il présente actuellement, il a fait une chute sur la tête. Il a été pris peu de temps après d'une attaque d'épilepsie et de parésie du membre supérieur droit, deux mois après nouvelle attaque avec mouvements spasmodiques du côté droit. Les attaques vont en se multipliant. Un traitement par l'iodure de potassium reste sans effet. Le malade est pris d'aphasie et d'agitation constante de l'avant-bras droit. En même temps, il se plaint d'une douleur fixe à gauche du crâne. Il a des attaques épileptiformes toutes les nuits; ces attaques sont précédées de délire; il a des mouvements spasmodiques constants du bras droit et du côté droit de la face. L'aphasie s'accompagne d'un grand affaissement intellectuel. Les attaques épileptiformes se généralisent et deviennent de plus en plus fréquentes. M. Jeannel porta le diagnostic de tumeur cérébrale et considéra la trépanation comme indiquée. Il pratiqua cette opération selon son procédé habituel, il incisa la dure-mère et tomba sur une masse molle, violacée, à limites diffuses. Il ouvrit la boîte cranienne sur toute la hauteur du sillon de Rolando. Il ne put suturer la dure-mère. Le résultat immédiat de l'opération fut satisfaisant. Il n'en fut pas de même du résultat définitif. Les contractions spasmodiques permanentes de l'avant-bras furent remplacées par de la paralysie. Toutefois, la parole est revenue et les crises épileptiques ont à peu près cessé.

Tentative de suicide chez une épileptique. Trépanation. Guérison de la plaie cérébrale et de l'épilepsie. — M. GIRARD (de Grenoble) donne lecture de l'observation d'une de ses malades, âgée de vingt-neuf ans et devenue épileptique depuis l'âge de quatorze ans, à la suite d'une grande frayeur que lui occasionna la chute d'une lampe à pétrole. Depuis cette époque, elle n'a cessé d'avoir des crises épileptiques très caractérisées. Mariée à dix-sept ans, elle eut six enfants dont cinq sont morts avec des accidents convulsifs variés, un seul reste vivant.

Depuis 1890, le caractère de la malade est devenu de plus en plus triste, elle devient mélancolique puis nettement lipémaniaque avec idées persistantes de suicide. Le 12 novembre, elle met ses desseins à exécution et se tire dans la tempe droite une balle de revolver de 7 millimètres de diamètre. Aussitôt après la blessure, survint un coma profond, interrompu seulement par quelques cris plus ou moins articulés, l'aphasie était des plus nettes et s'accompagnait de monoplégie brachiale gauche. Pendant cette période comateuse survinrent des accidents convulsifs en tout semblables à ceux observés antérieurement. Par l'orifice de la blessure s'écoule un liquide séreux, légèrement teinté, qui parait être du liquide céphalo-rachidien. Le siège de la blessure correspond à peu près au pied de la circonvolution frontale ascendante.

La trépanation fut faite au-dessus de l'orifice osseux, la perte de substance fut agrandie à la gouge et au maillet, la dure-mère incisée, et l'on put extraire le projectile, ainsi que quelques esquilles; il ne fut fait aucune suture méningée; on n'établit aucun drainage, et la plaie saupoudrée d'iodoforme fut recouverte des téguments craniens, suturés au crin de Florence. Un pansement compressif fut appliqué, les suites immédiates furent parfaites, la température ne dépassa pas 37 degrés, le pouls resta à 72, et le huitième jour tout pansement était enlevé.

Dès le jour de l'opération, le coma cessa, la tristesse disparut, l'idée de suicide n'existait plus, et la sollicitude maternelle recommença à s'éveiller. Il y a cinq mois que l'opération a eu lieu; depuis, aucune crise épileptique n'a été observée. De temps en temps, parfois, la malade éprouve encore quelques vertiges et se plaint de bourdonnements. Une fois elle a eu une absence, et une autre fois elle fit, sous l'influence de manie propulsive, une cinquantaine de pas dans la rue, mais ce fut tout, et si l'on compare l'état actuel à l'état antérieur, où la malade avait plusieurs attaques chaque semaine, et était tourmentée par des vertiges et étourdissements constants, on est en droit de la considérer comme guérie de son épilepsie. Il est même à noter que les règles de la malade, qui n'avaient jamais été normales, sont devenues absolument régulières depuis l'opération.

Pour expliquer ce résultat favorable de l'intervention chirurgicale, qui n'avait eu pour but que l'extraction d'un projectile, on en est encore réduit à des hypothèses. Faut-il penser que les hasards ont conduit le projectile et l'opérateur sur une zone épileptogène, ou ne faut-il pas attribuer les suites opératoires si heureuses à une simple modification produite dans la masse encéphalique par le traumatisme chirurgical?

Double trépanation pour un gliome kystique de l'écorce cérébrale. — M. REYNIER (de Paris) rapporte le fait suivant:

Un enfant de dix ans était atteint d'épilepsie jacksonienne depuis deux ans, sans que rien dans ses antécédents personnels et héréditaires eût pu mettre sur la voie du diagnostic étiologique. On notait bien qu'à l'âge de huit ans, le jeune malade avait fait plusieurs chutes sur la tête; mais, malgré la persistance d'une cicatrice cutanée, tout faisait penser que ces traumatismes n'étaient pour rien dans l'affection. En effet, dès l'âge de cinq ans, l'observation attentive relevait dans l'histoire du malade l'existence de quelques troubles nerveux du côté de la face: sécrétion exagérée des muqueuses conjonctivale et pituitaire, picotements, fourmillements localisés, tics convulsifs du côté de la bouche.

Depuis 1888, l'enfant se plaint de maux de têtes, puis les contractions de la commissure buccale surviennent sous forme de crises cinq à six fois dans la journée et, en août 1889, ces crises deviennent plus fréquentes et plus fortes, atteignent le membre supérieur puis le membre inférieur droit et, enfin, se généralisent sous forme de convulsions épileptiques complètes. Le diagnostic d'épilepsie jacksonienne, avec aura buccale, s'impose dès lors. A cause de la possibilité d'une infection syphilitique méconnue, M. Reynier institue le traitement mixte iodo-bromuré, mais ce traitement reste sans résultat. Le 26 novembre 1889, le malade ne se trouvant pas amélioré, est soumis à l'examen de M. Charcot qui fait le diagnostic d'épilepsie partielle sensitivo-motrice due à un néoplasme probable siègeant vers la région moyenne du sillon de Rolando. Mais comme la certitude n'était pas absolue, M. Charcot conseille de persévérer dans le traitement ioduré qui fut continué jusqu'en août 1890. A ce moment les crises ayant augmenté d'intensité, et sur les sollicitations des parents, M. Reynier se décide à intervenir. Après avoir, d'après les données récentes (1), tracé sur le crâne la ligne rolandique, le chirurgien applique sur le milieu de cette ligne une large couronne de trépan. Après l'incision de la dure-mère, il fut facile de se convaincre qu'il existait une tumeur kystique de l'écorce cérébrale. Mais, l'opération durant depuis deux heures, l'enfant ayant déjà présenté deux ou trois menaces de syncope, l'opérateur referme le crâne en laissant l'opération inachevée.

Le premier jour se passa bien, le deuxième jour fut marqué par une crise épileptique, et le troisième jour, malgré les instances du chirurgien, la mère emmenait son enfant à Blois, où M. le docteur Témoin défit les points de suture, le huitième jour. Les crises reparurent seize jours après l'opération avec la même intensité.

Aussi, en décembre 1890, la mère ramenait son enfant à Paris, et bien qu'avertie des dangers de l'intervention, réclamait une nouvelle opération. Le chirurgien, connaissant mieux le siège de la tumeur, agrandit, par en bas, son incision ancienne, mais ne put extirper la poche kystique, il dut se contenter d'en faire le grattage. Le lendemain de l'opération (16 décembre), le malade eut six crises épileptiques, puis les six autres jours se passèrent sans incident. Le 22 décembre survint une crise nouvelle, avec de l'aphasie qui persista quarante-huit heures. Depuis le 24 décembre, tout serait disparu, et, d'après les nouvelles dernièrement reçues, tout serait resté pour le mieux.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 257.

De l'intervention chirurgicale dans les cas de compression de la moelle et de l'ouverture exploratrice du canal rachidien. — M. BAZY (de Paris) communique l'observation d'une malade qu'il a opérée pour un kyste hydatique comprimant la moelle ou plutôt la queue de cheval et ayant déterminé de la paraplégie sensitivo-motrice. Cette opération a été faite le 9 novembre 1886, c'est-à-dire sept mois avant la première opération d'Horsley. Cette opération est donc la première en date.

Elle n'a pas été communiquée plus tôt parce que l'intérêt résidait surtout dans le résultat thérapeutique, c'est-à-dire dans la question de savoir si la régénération des nerfs aurait pu se faire. Or, la malade est morte trois semaines après l'opération d'une néphrite suppurative consécutive à une cystite déterminée par le cathétérisme pratiqué plusieurs fois par jour, à l'insu du chirurgien, par la garde-malade.

Voici encore l'observation d'une malade hystérique et syphilitique à la fois, atteinte de paraplégie avec contracture dans l'extension, d'anesthésie et d'incontinence d'urine. Malgré l'examen le plus minutieux fait par les personnes les plus compétentes en neuropathologie, la question de savoir si les troubles devaient être rapportés à l'hystérie ou à une tumeur comprimant la moelle, resta indécise.

C'est dans ces conditions que M. Bazy vit la malade, et il conclut à la possibilité et à la nécessité d'une ouverture exploratrice du canal rachidien, dans un point que l'on put préciser d'après l'examen de la malade. Cette opération fut faite le 2 octobre 1888 et resta négative.

L'intervention opératoire n'eut aucune influence sur la marche des accidents. La réunion de la plaie opératoire eut lieu sans incident; elle fut aseptique.

L'auteur conclut de là à la possibilité et à la nécessité, dans certains cas, de faire l'ouverture exploratrice du canal rachidien.

Pour cette opération, une instrumentation spéciale n'est pas nécessaire et les instruments divers que nous possédons suffisent. Le chirurgien pense, en outre, qu'il faut faire, quand on a ouvert la dure-mère, une réunion parfaite, sans drainage, pour éviter la déperdition du liquide céphalo-rachidien.

Kyste séreux du cerveau; opération; guérison. — M. DOYEN (de Reims). Un jeune homme de seize ans présenta successivement, depuis l'âge de sept ans, de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, des crises épileptiformes, de l'hémiplégie gauche. La vision fut abolie du côté droit. Bientôt une voussure cranienne diffuse se manifesta au niveau de l'écaille du temporal du côté droit et les accidents ci-dessus s'accentuèrent.

Le traitement spécifique demeura inefficace, les crises s'accentuèrent, la paralysie s'accentua. Le diagnostic porté fut celui d'une tumeur bénigne, probablement kystique. Le malade guérit en deux mois par la trépanation et le drainage d'un kyste albumineux intra-cérébral de plus d'un tiers de litre de contenance. Il semble que ce kyste soit d'origine congénitale. La guérison s'est maintenue depuis deux ans.

Abcès cérébral guéri par la trépanation et l'incision. — M. PICQUÉ (de Paris) a été appelé près d'une jeune fille qui s'était tiré, dans la région temporale droite, une balle de revolver. Pendant six jours il y eut du coma qui disparut progressivement sans que le traumatisme eût laissé après lui de paralysies ou de troubles intellectuels; il persistait seulement un peu d'amnésie sur les circonstances qui avaient précédé l'accident. Il est difficile de dire si cette amnésie était volontaire, ou bien si elle était la conséquence du traumatisme cérébral. Trois semaines après, tout se bornait à l'existence d'un petit orifice fistuleux, avec un bourgeon charnu assez volumineux à l'orifice, et une douleur persistante de ce côté du crâne. L'état général était excellent, l'appétit parfait, la malade n'était même pas alitée.

Mais la persistance de la douleur fit craindre un abcès périosseux et on se résolut à intervenir; l'opération montra que le temporal avait été perforé, que la dure-mère et l'écorce cérébrale avaient été également traversées par le projectile. A la surface du cerveau on voyait une petite hernie de la substance grise. L'exploration, pour rechercher le projectile, amena l'évacuation d'un abcès intra-cérébral qui fut lavé. Mais le projectile ne fut pas retrouvé. La plaie fut pansée à plat, et cinq semaines après la malade pouvait se promener à cheval, complètement guérie.

Ici l'opération avait été exploratrice et curative.

Faits de trépanation. — M. BROCA. Il y a trois ordres principaux d'indication à la trépanation du crâne, les accidents traumatiques étant mis à part :

1° On se guide sur une lésion extérieure;

2° On va à la recherche d'une lésion cérébrale, de nature connue ou inconnue, dont le siège peut être diagnostiqué en rapprochant les symptômes qu'elle provoque de ce que nous savons sur les localisations cérébrales;

3° On opère sans être ainsi conduit par la doctrine des localisations, mais on a pu diagnostiquer la nature de la lésion et dès lors, d'après nos connaissances anatomo-pathologiques, on sait quel est son siège usuel, on sait aussi par quelle voie il convient le mieux de l'aborder.

Les lésions extérieures qui peuvent nous servir de guide sont à peu près toutes d'ordre traumatique. Le type des interventions de la deuxième catégorie nous est fourni par les trépanations pour tumeurs, ce mot étant pris dans son sens clinique : il est impossible de s'attaquer à un néoplasme, pas plus qu'à un kyste, si ce néoplasme ne cause pas des symptômes de localisation, dont l'épilepsie jacksonienne est le plus vulgaire. Le type, enfin, de la troisième espèce, nous est donné par les abcès cérébraux de l'otite moyenne : ces abcès ne causent presque jamais de signes de localisation, mais ils provoquent des symptômes rationnels qui font diagnostiquer leur existence et d'autre part l'anatomie pathologique nous apprend quel est leur siège usuel, mais les abcès ne sont pas seuls représentants de ce type, dans lequel il faut encore ranger les trépanations pour hydrocéphalie.

M. Broca a eu à intervenir dans ces trois conditions.

L'une de ses observations a déjà été publiée dans la *Revue de chirurgie* (janvier 1890, p. 38) : c'est une trépanation pour hydrocéphalie; où le chirurgien ne cherchait qu'un résultat palliatif, lequel a été obtenu.

Dans ce cas, il y avait un signe de localisation : une contracture athétosique du membre supérieur. M. Broca n'a toutefois pas songé à mettre à nu le centre cortical du membre supérieur. C'est que, d'après l'histoire de la maladie, il avait diagnostiqué une hydrocéphalie intra-ventriculaire et il avait dès lors pensé que la première indication chirurgicale était de vider ces ventricules. Il ne s'est laissé guider par la physiologie que pour choisir le ventricule droit et c'est lui qu'il a drainé.

A ce point de vue cette observation doit être opposée à la suivante où, trépanant sur le centre du membre supérieur gauche, il a évacué un kyste cérébral et grandement amélioré une épilepsie jacksonienne. Dans ce cas, en effet, M. le professeur Charcot avait diagnostiqué une monoplégie brachiale spasmodique infantile. La lésion ancienne, contre laquelle le chirurgien devait se déclarer impuissant, était sans doute une sclérose cérébrale; mais depuis quatre ans s'étaient ajoutées des crises d'épilepsie jacksonienne. Si bien que M. Charcot soupçonnait un kyste et il envoyait le malade à M. Terrier pour qu'on tentât l'évacuation de ce kyste. Le malade fut trépané sur le centre du pouce gauche. Il y avait, en effet, un kyste qui fut drainé. A la suite de cette opération, le sujet, dont M. Monprofit (d'Angers) a bien voulu envoyer des nouvelles toutes récentes, a été considérablement amélioré : il n'a plus que de petites crises nocturnes, sans grandes convulsions, son bras prend de la force, sa vue devient meilleure et surtout son caractère est beaucoup moins irascible.

M. Broca relate enfin l'histoire d'un homme auquel il a pratiqué une trépanation secondaire pour lésion traumatique. Cet homme avait été atteint, en novembre 1889, d'une fracture com-

pliquée, suppurée, pour laquelle, en décembre, M. Terrier avait fait une trépanation et avait évacué une petite collection purulente sous l'arachnoïde. Le résultat fut bon, mais non point parfait, car le malade revint quelques mois après à l'hôpital, présentant de l'épilepsie jacksonienne atteignant la mâchoire inférieure et le membre supérieur gauche. De plus, il persistait une fistulette cranienne. Fallait-il mettre à nu le cerveau et chercher une lésion corticale? Le chirurgien pense que mieux valait enlever d'abord simplement la partie osseuse infectée, qui irritait constamment la dure-mère. De la sorte la suppuration fut tarie complètement. Depuis ce jour, les crises sont bien moins fréquentes et bien moins graves : il est exceptionnel que le bras participe aux secousses. Cela étant, et comme le sujet a pu reprendre son métier de déménageur, il n'est pas indiqué d'explorer la substance cérébrale.

Guérison d'une pachyméningite hémorrhagique par la trépanation. — M. P. MICHAUX (de Paris). Si la chirurgie des traumatismes cérébraux est très avancée, il n'en est pas de même de la chirurgie médicale du cerveau. C'est ce qui augmente l'intérêt de chaque fait de ce genre, et c'est ce qui a déterminé M. Michaux à présenter au Congrès un cas de trépanation suivie de guérison pour une hémorrhagie méningée intra-dure-mérienne, d'un diagnostic très difficile, mais qui paraît être une hémorrhagie spontanée, car elle est survenue après des accidents cérébraux assez intenses, éblouissements, céphalées, chez un sujet adonné à l'absinthe et chez lequel on a pu constater l'existence d'une albuminurie notable, avec raréfaction non moins accentuée de l'urée.

L'affection s'était traduite cliniquement par une hémiplégie faciale gauche, avec monoplégie brachiale droite, bientôt étendue au membre inférieur, par des convulsions épileptiformes très intenses dans les parties paralysées, aphasie complète, état comateux, respiration stertoreuse, pupilles très dilatées.

La trépanation a démontré, en effet, l'absence de toute fissure, de tout éclat dans la voûte cranienne, l'intégrité de l'écorce cérébrale et l'existence d'un épanchement intra-dure-mérien limité dans la région rolandique. Après avoir présenté quelques phénomènes assez graves le lendemain de l'opération, le malade s'est remis assez vite; toutefois il garde encore aujourd'hui, cinq mois après son opération, une certaine gêne de la parole et des mouvements, un peu de céphalée, et l'orateur y voit un argument de plus en faveur de l'origine spontanée alcoolique ou urémique de cette hémorrhagie méningée.

Il y a donc des hémorrhagies méningées spontanées qui ont toutes les allures des hémorrhagies méningées traumatiques et qui sont comme elles heureusement justiciables d'une intervention. C'est, il nous semble, un des premiers cas d'intervention chirurgicale, pour une affection médicale et spontanée des méninges : l'heureux résultat obtenu par M. Michaux doit encourager les chirurgiens dans cette voie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 mars 1891, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe, docteurs en médecine, Guillemart, Collin, Duguet et Pageault.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les candidats ajournés avant le 8 juin 1891 sont informés que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 15 juin).

2° Les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 15 juin, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai; à partir du 1er juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront jusqu'au 2 juin 1891 inclusivement, dernier délai.

Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 8 juin consigneront jusqu'au 16 juin 1891 inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Straus commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée le lundi 6 avril 1891, à cinq heures de l'après-midi, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (École pratique, premier étage). — Objet du cours : Technique et méthodes bactériologiques ; — Principales maladies microbiennes, en particulier la tuberculose ; — Toxines d'origine microbienne.

M. Retterer, agrégé, commencera les conférences d'histologie le lundi 6 avril 1891, à cinq heures (grand amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

M. le professeur Regnauld commencera le cours de pharmacologie le mardi 7 avril 1891, à une heure (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

M. Nélaton, agrégé, commencera les conférences de pathologie externe le mardi 7 avril 1891, à trois heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

M. Bar, agrégé, commencera le cours complémentaire d'accouchements le mardi 7 avril 1891, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

M. le professeur Ch. Richet commencera le cours de physiologie le mardi 7 avril, à cinq heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

M. le docteur Delbet, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration d'exercices opératoires, le mardi 7 avril 1891, à une heure précise, pavillon n° 3.

M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale le vendredi 10 avril 1891, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique le vendredi 10 avril 1891, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis à deux heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (deuxième étage).

M. Bar, agrégé, commencera les exercices opératoires d'obstétrique, à l'École pratique (pavillon n° 6, le mardi 14 avril 1891, à trois heures de l'après-midi, et les continuera les jours suivants à la même heure. — Les inscriptions pour les manœuvres obstétricales seront reçues au secrétariat (guichet n° 2), de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au mercredi 8 avril inclusivement. Seront seuls admis : 1° les élèves pourvus de seize inscriptions; 2° les élèves de quatrième année, possesseurs de quatorze inscriptions. Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 40. — SAMEDI 4 AVRIL 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 4 AVRIL 1891. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Congrès français de Chirurgie. Communications diverses; — Discussion de la deuxième question : « Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de cet organe. » — Chronique et nouvelles scientifiques.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séance du 31 mars (soir). — Présidence de M. E. Bœckel.

COMMUNICATIONS

De la résection du pubis dans la taille sus-pubienne pratiquée pour ablation d'une tumeur vésicale. — M. HEYDENREICH. L'ablation des tumeurs vésicales par la taille sus-pubienne présente quelquefois de grandes difficultés, par suite de la profondeur à laquelle siège le néoplasme. Lorsque ces difficultés sont excessives, M. Heydenreich recommande de pratiquer la résection partielle du pubis. On peut, sans compromettre la solidité de la ceinture pelvienne, réséquer un fragment osseux de 2 centimètres de hauteur, limité sur les côtés latéraux par des sections obliques en bas et en dedans. Ces sections sont faites en dehors des épines du pubis ou même en dedans de ces épines. Dès que ce fragment osseux est enlevé, le champ opératoire est largement accessible.

La résection du pubis ainsi comprise est faite en quelques minutes. Par les facilités qu'elle donne pour l'ablation de la tumeur, elle a pour effet d'abréger la longueur de l'opération. Elle permet au chirurgien d'éviter les fausses manœuvres, d'opérer avec précision, de dépasser avec sûreté les limites du mal. M. Heydenreich ne recommande pas de parti pris la résection du pubis dans la taille hypogastrique pour ablation d'une tumeur vésicale. Il la considère comme une opération d'exception, mais il estime que le chirurgien ne doit pas hésiter à y recourir en cas de besoin.

Nouveau procédé de suture tendineuse. — M. PONCET (de Lyon), chez un jeune laboureur de vingt ans dont le tendon d'Achille avait été sectionné par un coup de bêche, eut recours au procédé suivant : il laisse le malade environ quarante jours au repos; au bout de ce temps, la plaie cutanée est fermée, mais les deux bouts du tendon sont distants de 3 centimètres. M. Poncet lui pratique l'opération suivante : 1° incision en U sur la face postérieure du talon et dissection du lambeau ; 2° calcanéotomie verticale détachant une tranche postérieure du calcanéum, épaisse de 1 centimètre; mobilisation bien complète du segment osseux ; 3° glissement vertical du fragment osseux, suture tendineuse et fixation de la partie inférieure du fragment, remonté à l'aide d'une cheville d'ivoire aseptique. Enfin, le lambeau cutané est suturé. Le résultat ainsi obtenu a été parfait, et il serait possible de généraliser cette méthode et de l'appliquer à certains cas d'arrachement ou de section du ligament rotulien et du tendon du triceps brachial.

Craniectomie. — M. G. MAUNOURY (de Chartres) dit que la craniectomie ne peut encore être jugée définitivement : sa principale indication, la soudure prématurée des sutures, est bien difficile à diagnostiquer d'une manière précise. Il faut d'ailleurs, dans l'appréciation des résultats, tenir compte de plusieurs éléments.

Il est difficile de savoir faire la part du rôle de l'opération et du rôle de l'éducation dans les résultats obtenus. Enfin, les résultats de la craniectomie ne paraissent pas toujours définitifs.

C'est précisément ce qui est arrivé chez une petite fille microcéphale, âgée de quatre ans, que M. Maunoury a opérée le 20 octobre dernier. A trois ou quatre mois, fontanelle complètement fermée; à six mois, mouvements convulsifs dans les deux membres supérieurs. Elle n'a jamais pu ni marcher ni même se tenir sur les jambes, ce qui tient à un double équinisme et à une contracture permanente des muscles de la région postérieure de la jambe. Les membres supérieurs sont continuellement le siège de contorsions rappelant l'athétose. La figure est peu intelligente, la tête tombe en avant sur la poitrine. L'enfant n'a jamais prononcé une syllabe, elle ne mâche pas ses aliments.

M. Maunoury pratique la craniectomie, en suivant les règles données par M. Lannelongue.

Succès de l'opération complet. Immédiatement l'enfant devient très calme, ne pousse plus aucun cri; l'agitation des membres supérieurs cesse complètement, la tête se redresse et le regard devient plus intelligent; la main peut exécuter quelques mouvements volontaires, l'enfant mâche ses aliments; enfin, la double contracture musculaire, qui avait été prise pour une rétraction du tendon d'Achille, disparaît; il n'y a plus trace d'équinisme, l'enfant repose bien sur la plante des pieds, elle se soutient presque seule, et l'on prévoit déjà le jour où elle va pouvoir marcher.

Cet état dura deux ou trois mois, puis la récidive se produisit et l'état redevint graduellement ce qu'il était avant l'opération. Vers le milieu de janvier, la mastication commença à se faire mal, puis les cris sauvages reparurent, puis les contorsions des membres supérieurs, la tête redevint sans expression, et enfin, il y a une huitaine de jours, l'équinisme double reparut aussi accentué qu'auparavant. La mensuration du crâne, pratiquée avant l'opération et cinq mois après, a montré que les diamètres du crâne n'ont pas varié.

Chez un second enfant, âgé de deux ans, M. Maunoury résolut de faire une brèche beaucoup plus large, mais il y eut des convulsions le jour même et la mort survint vingt heures après l'opération.

Craniectomie chez un enfant atteint de microcéphalie. — M. DE LARABRIE (de Nantes), au nom de M. Heurtaux, lit

une observation de microcéphalie pour laquelle fut pratiquée la craniectomie. Il s'agit d'une enfant, née un peu avant terme, avec un crâne relativement petit, sans fontanelles appréciables. Peu de temps après sa naissance, l'enfant commença à dépérir, présentant des vomissements quotidiens très fréquents et des convulsions, soit générales, soit locales. A deux reprises, plusieurs mois après la naissance, se produisit une rétention d'urine ayant duré vingt-quatre et quarante-huit heures. L'enfant n'offrait, du reste, aucun signe d'intelligence. La mensuration, pratiquée à cinq mois et demi, indiquait un diamètre occipito-frontal de 117 millimètres seulement et un diamètre bipariétal de 92 millimètres.

M. Heurtaux pratiqua la craniectomie en enlevant, à l'aide de la gouge, du ciseau et du maillet, une bande osseuse de 8 centimètres et demi de longueur sur 6 millimètres de largeur. Les suites opératoires ont été simples et la réunion était parfaite au bout de huit jours. Malheureusement, après une légère amélioration de quarante-huit heures de durée, les vomissements et les convulsions redevinrent continuels, le dépérissement suivit sa marche progressive et la mort survint cinq semaines après l'intervention chirurgicale. Cinq jours avant la mort, on n'avait constaté aucun changement dans le volume du crâne.

De la trépanation du crâne par résection temporaire d'un lambeau ostéoplastique (procédé Wagner et procédé personnel de l'auteur). — M. TOISON (de Lille). Cette étude, dont le titre est déjà par lui-même très explicite, comprend deux parties :

Dans la première partie, l'auteur a essayé, par une série de recherches expérimentales, de voir et de montrer l'influence de diverses conditions : âge des sujets, technique opératoire, soins consécutifs, etc., sur la réunion osseuse du lambeau. En même temps se trouvent indiqués le mode et le mécanisme apparent de la réunion.

La seconde partie contient l'exposé rapide de son procédé nouveau de trépanation par résection temporaire. Il aurait pour avantage de supprimer les inconvénients inhérents à l'usage du trépan et à l'emploi exclusif du maillet et du ciseau.

A l'appui de cette communication, l'auteur présente quelques pièces expérimentales.

Nous n'insisterons pas davantage sur cette communication dont nos lecteurs connaissent déjà les principales lignes. Le procédé de M. Toison a été assez sévèrement jugé par l'auteur d'une de nos Revues générales (1). La présentation, faite au Congrès par notre confrère de la Faculté libre de Lille, n'est guère faite pour changer notre manière de voir. Toutefois, dans l'un de nos prochains numéros, nous laisserons à l'auteur, qui en a exprimé le désir, le soin de présenter sa défense.

Extirpation d'un cancer du rectum par les voies naturelles. — M. LEDRU (de Clermont), chez une malade présentant tous les signes d'un cancer rectal, constata, à quelques millimètres au-dessus de l'anus, l'existence d'un épithélioma qu'il ne pouvait enlever sans intéresser le sphincter. L'opération fut pratiquée par les voies naturelles largement dilatées; la tumeur, largement saisie par des pinces à érigne, et comme pédiculisée, fut enlevée au bistouri après un essai d'ablation à l'anse galvano-caustique; la muqueuse fut ensuite suturée et deux drains placés dans le rectum. La guérison se fit assez bien, mais bientôt la récidive fut constatée et, la malade refusant toute autre intervention, M. Ledru appliqua pendant vingt-quatre heures une couche de pâte de Canquoin recouverte de poudre de bicarbonate de soude. Il y eut quelques accidents au début, mais ensuite tout alla bien; deux mois après, il n'y avait pas trace de récidive.

Ostéomyélite des côtes; interprétation des signes stéthoscopiques. — M. BERTHOMIER (de Moulins). L'ostéomyélite se développe dans les côtes de la même façon que dans les os longs, et présente certaines particularités qui n'ont pas encore été signalées.

On observe le plus souvent deux foyers :

L'un, antérieur, bien connu, se développe et fait saillie au niveau de l'articulation chondro-costale ;

L'autre, postérieur, se développe au niveau de la tête de l'os, du côté de la cavité pleurale, et présente tous les symptômes qui pourraient faire croire à un épanchement pleurétique : matité, souffle, égophonie.

Les deux foyers communiquent entre eux, alors même qu'il n'existe extérieurement aucune trace de propagation.

M. Berthomier a eu fortuitement la démonstration de ce qui précède par le fait suivant.

Un malade atteint depuis six jours d'ostéomyélite présentait :

1° Au niveau de l'articulation chondro-costale de la cinquième côte droite, un foyer bien limité, de la grosseur d'une mandarine;

2° En arrière, le long du bord spinal de l'omoplate, dans une zone de 10 centimètres environ : matité, souffle, égophonie; extérieurement, pas de trace d'inflammation ;

3° Pas la moindre trace d'inflammation vers la partie moyenne de la côte, pas de matité, pas de souffle, pas d'égophonie.

M. Berthomier ponctionne le foyer saillant au niveau de l'articulation chondro-costale : aspiration au moyen de l'appareil Potain; lavage avec une solution de sublimé, qui est enlevée par l'aspiration.

Immédiatement après, la percussion et l'auscultation en arrière démontrent la disparition absolue de la matité, du souffle et de l'égophonie.

Lorsqu'il n'y a qu'un foyer, postérieur, l'affection peut, pendant les premiers jours, simuler absolument un épanchement pleurétique, surtout en raison des symptômes généraux.

Lorsque les parties molles qui ferment l'espace intercostal ont été distendues par le pus, les symptômes stéthoscopiques disparaissent s'il se forme une collection unique qui vient faire saillie dans la ligne axillaire.

L'égophonie et le souffle disparaissent. Ces symptômes semblent liés à la tension et à la vibration des parties molles qui ferment l'espace intercostal.

L'indication thérapeutique est donc d'intervenir le plus vite possible, de ponctionner la poche, de faire l'aspiration et un lavage antiseptique.

Résultats éloignés de la néphropexie. — M. TUFFIER (de Paris) fait une communication sur ce sujet. Il a pratiqué 14 néphrorrhaphies pour rein mobile. Les accidents sur lesquels il est intervenu sont de trois ordres : 1° douleurs; 2° troubles gastriques; 3° neurasthénie, qui constituent les trois types cliniques du rein mobile. La forme douloureuse est la plus fréquente, qu'elle soit simple ou qu'elle s'accompagne d'hydronéphrose intermittente; cette forme est la plus favorable au traitement, puisque, chez 10 de ses malades, elle a disparu après l'opération, et chez les 4 autres elle a été très amendée. La forme dyspeptique est plus rare (2 cas avec 1 échec) et s'accompagne d'entéroptose de M. Glénard ou des lésions de congestion hépatique décrites par M. Potain.

La forme neurasthénique est également peu fréquente, elle comprend tous les accidents névropathiques, y compris les crises hystériformes (3 cas, 2 succès).

Outre ces formes cliniques, il est deux variétés distinctes de rein mobile, au point de vue opératoire et thérapeutique : le rein mobile simple et le rein mobile compliqué. Le premier est un déplacement traumatique du rein, une véritable luxation, le reste de la ceinture abdominale est indemne, c'est cette variété dans laquelle la néphrorrhaphie donne les meilleurs résultats. Le rein mobile compliqué n'est qu'un des accidents de l'entéroptose de M. Glénard. La paroi abdominale est flasque, dépressible, il coexiste souvent une hernie, un prolapsus utérin ou rectal, l'estomac est dilaté, les deux reins sont inégalement abaissés. La néphroptose n'est plus alors qu'un incident, c'est un effondrement de la ceinture abdominale qui n'est plus justiciable

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 257.

d'une fixation quelconque. Dans ces cas, les résultats sont médiocres.

Dans un cas de mobilité particulière du rein, M. Tuffier a fixé l'organe derrière l'aponévrose antérieure du carré lombaire; le résultat a été très bon ; toutefois l'auteur ne conseille pas ce procédé qui place le rein trop superficiellement, ce qui rend impossible le port d'un vêtement trop serré.

Le traitement post-opératoire a consisté dans le décubitus horizontal, le siège plus élevé que les reins, pendant vingt-cinq jours; le port d'un bandage pendant deux mois.

Sur 14 opérés, il a eu 1 mort par tétanos aigu au onzième jour; les 13 autres opérés ont guéri.

Pour apprécier les résultats définitifs, M. Tuffier en supprime trois, opérés seulement depuis quatre mois. Sur les 10 autres, il a eu un seul échec. Les 9 autres présentent une cicatrice solide sans aucune tendance à la hernie. Les douleurs ont remarquablement diminué ; chez 8 malades elles ont complètement disparu. Dans un seul cas, les douleurs n'ont été qu'améliorées, il s'agit d'une malade qui présente actuellement tous les signes de l'entéroptose.

Les accidents de neurasthénie ont complètement cessé chez une malade à crises hystériformes, elles ont persisté chez une autre.

Ces résultats paraissent encourageants. Sans dire, avec Landau et Lawson Tait, que l'opération n'est jamais justifiée, sans verser dans l'extrême opposé avec Keppler, qui regarde le rein mobile comme une menace pour la vie et veut pratiquer la néphrectomie, M. Tuffier croit que la néphrorrhaphie doit conserver son rang en tête des opérations efficaces de la chirurgie rénale. C'est une opération bénigne, puisque, sur 149 opérations, la mortalité est de 3,4 p. 100. Elle est efficace, puisque sur 73 opérations typiques, elle donne 80 p. 100 de guérison complète ou d'amélioration notable.

De la galvanisation des tumeurs fibreuses de l'utérus. — M. LERICHE (de Mâcon) vient apporter les pièces qu'il a pu recueillir par une hystérectomie. Il s'agissait d'une femme de quarante ans, vierge d'apparence, qui, toutefois, avouait avoir eu, avec un homme, un rapport incomplet. Depuis quatre ans, elle avait des corps fibreux utérins, mais, l'an dernier, la tuméfaction abdominale augmenta assez rapidement, les règles se supprimèrent, pendant quatre ou cinq mois, puis une perte sanguine survint. On fit alors dix applications intra-utérines avec un courant de 50 milliampères d'intensité.

L'état continuant à empirer, l'hystérectomie fut décidée et pratiquée par M. Leriche; l'opération fut longue et laborieuse, la malade succomba trente-six heures après. L'examen des pièces démontra qu'au milieu des fibromes existait un utérus gravide avec un fœtus macéré de cinq mois environ.

Restauration du vagin après ablation de la cloison recto-vaginale. — M. LEPRÉVOST (du Havre) a opéré, à la fin du mois d'août dernier, une femme de trente-deux ans, atteinte de cancer du rectum. Ce néoplasme occupait la paroi antérieure du rectum, empiétant un peu sur les faces latérales, descendant jusqu'au voisinage de la marge de l'anus et haut de 6 à 7 centimètres. Le toucher montrait que la muqueuse vaginale était indurée, épaissie, et qu'elle faisait, pour ainsi dire, corps avec la tumeur rectale.

Dans ces conditions, les auteurs classiques ne laissaient d'autre alternative que d'abandonner la malade à son triste sort, ou bien d'enlever la cloison recto-vaginale, créant ainsi un vaste cloaque et, par conséquent, une infirmité répugnante et définitive.

C'est pourquoi M. Leprévost chercha, en dehors des procédés habituels, un moyen de prévenir une telle éventualité tout en enlevant largement la tumeur recto-vaginale. Voici le procédé auquel a eu recours M. Leprévost, qui lui a donné un résultat excellent non seulement au point de vue plastique, mais encore, si l'on en croit les confidences du mari, au point de vue fonctionnel :

Premier temps. — Après une soigneuse désinfection locale, la malade est endormie et placée dans la position de la taille périnéale. On dissèque, aux dépens du périnée, un lambeau comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Ce lambeau est semi-lunaire, son bord concave regarde la fourchette, son bord convexe confine à l'anus, ses extrémités se continuent avec les grandes lèvres. Ce lambeau complètement libéré au niveau de la fourchette est relevé et provisoirement fixé à la partie supérieure de la vulve.

Deuxième temps. — La tumeur est soulevée par deux doigts introduits dans le rectum, puis la cloison est réséquée d'un coup de bistouri.

Troisième temps. — L'hémostase faite, le lambeau périnéal est rabattu et attiré en bas et en arrière, puis suturé, par son bord convexe, au cul-de-sac vaginal postérieur. Ainsi disposé, le lambeau regarde le rectum par sa face cutanée, le vagin par sa face cruentée.

Quatrième temps. — La paroi antérieure du rectum est légèrement attirée en bas et fixée par quelques points de suture à la plaie périnéale.

Suites opératoires des plus simples et résultats secondaires excellents. La malade a repris ses forces, elle a engraissé, et ne présente aujourd'hui (7 mois après l'intervention) aucune apparence de récidive.

Ce procédé des plus ingénieux a paru à l'auteur d'une application facile et applicable, non seulement aux néoplasmes de la cloison, mais encore, avec quelques modifications de détail, à certaines fistules recto-vaginales rebelles.

Variétés anatomiques et cure radicale de la hernie inguinale. — M. BROCA (de Paris) fait une communication basée sur 26 opérations concernant 24 sujets, dont une seule femme, cette dernière étant atteinte de hernie bilatérale. Les 24 sujets ont guéri. Les hernies dont ils étaient porteurs se décomposent de la manière suivante :

1° Quatre hernies étranglées, dont trois ont eu l'étranglement aigu de la hernie congénitale; une hernie directe à étranglement insidieux;

2° Une hydro-épiplocèle enflammée ;

3° Deux épiploïtes gangréneuses ;

4° Dix-neuf hernies réductibles ou chroniquement adhérentes, chez 17 sujets. Parmi les hernies adhérentes, il en est deux où il s'agissait d'adhérences charnues naturelles par glissement du mésocolon ascendant ou descendant : les deux fois, après réduction de la partie libre de l'intestin, la partie adhérente a pu être réduite par un mouvement de bascule de bas en haut et d'arrière en avant.

Quatre fois il y avait adhérences de l'épiploon dans une dilatation pro-péritonéale du sac.

Quatre de ces hernies étaient directes, c'est-à-dire que l'artère épigastrique longeait le côté externe de leur collet. Cela confirme l'opinion, déjà émise ailleurs par M. Broca, qu'on a exagéré la rareté de la hernie directe.

Dans toutes ces opérations, sauf deux, la recherche du sac, même petit et vide, et sa dissection ont été très faciles. D'autre part, M. Broca pense que presque toutes les hernies obliques externes sont congénitales. On dit volontiers, cependant, que dans la hernie congénitale, la dissection du sac est difficile, doit même quelquefois être laissée inachevée. Cette opinion est, en règle générale, inexacte, à condition toutefois qu'on connaisse exactement les enveloppes qui entourent le sac séreux, enveloppes qui, quoi qu'on en ait dit, se reconnaissent sur le vivant aussi bien que sur le cadavre, que la hernie soit ou non étranglée. Ces enveloppes sont, abstraction faite des hernies, dites para-inguinales :

1° Pour la hernie directe : peau et dartos, crémaster, fascia transversalis refoulé ; il est extrêmement facile de décoller le sac séreux de celui du fascia transversalis ;

2° Pour la hernie congénitale, au-dessous du crémaster, la gaine profonde du cordon, qu'il faut inciser franchement pour y

chercher les petits sacs, au milieu des éléments du cordon. Si la hernie est funiculaire, le fond du sac, libre, sert d'amorce à la dissection, facile même quand il y a une dilatation pro-péritonéale. Si la hernie est testiculaire, c'est sur un des bords de l'incision du sac et de la fibreuse commune qu'on isolera d'abord les deux feuillets, en les prenant entre les ongles des deux mains. De la sorte, M. Broca a toujours achevé la dissection jusque dans le ventre, et deux fois seulement le temps de l'opération a demandé plus de quatre à cinq minutes.

Étranglement interne; laparotomie; guérison. — M. **MONPROFIT** (d'Angers) rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt ans qui, après avoir éprouvé, au mois d'août 1890, des accidents de péritonite aiguë, fut pris deux mois après d'étranglement interne avec vomissements incessants, constipation absolue, douleurs très vives dans l'abdomen. Le docteur Enon, d'Argenton-l'Église (Deux-Sèvres), qui soignait ce malade, sans recourir aux moyens habituellement employés en pareil cas, purgatifs, etc., appela M. Monprofit à donner son avis au point de vue chirurgical.

La laparotomie fut décidée et pratiquée quatre jours après le début des accidents.

L'opération fut faite en pleine campagne dans une chambre de ferme et sans aide d'aucune sorte. M. le docteur Monprofit trouva après quelques recherches une bride fibrineuse adhérant à la convexité d'une anse élevée de l'intestin grêle. La coudure déterminée par cette bride était-elle que le passage des matières était absolument interrompu. Au-dessus l'intestin était distendu et rempli de liquide; au-dessous de la bride il était vide et revenu sur lui-même. La bride fut sectionnée et l'intestin rentré dans le ventre. Le cours des matières se rétablit dans la soirée, et la guérison était complète au bout de huit jours. Le malade se levait à ce moment et a toujours joui, depuis lors, d'une excellente santé.

La séance est levée.

Séance du 1er avril (matin). — Présidence de M. Lannelongue.

DEUXIÈME QUESTION

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'ABLATION DES ANNEXES DE L'UTÉRUS DANS LES AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DE CET ORGANE

Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus. — M. **SPENCER WELLS** (de Londres) fait remarquer que jusqu'ici nous ne sommes pas en état de déterminer d'une façon précise quels seront les résultats ultérieurs de l'ablation des annexes utérines, contrairement à ceux de l'ovariotomie dont les conditions sont tout à fait différentes. Ici, nous avons en main la démonstration que les femmes qui ont survécu à cette opération ont recouvré la santé et que même plusieurs sont devenues mères. Il est probable que, pour aucune autre opération grave, l'histoire des malades n'a été aussi soigneusement suivie et enregistrée.

Quant aux opérations modernes sur les « annexes utérines » nul témoignage pareil n'existe. On a publié des statistiques sur leur ablation qui donnent une grande proportion de guérisons; mais l'interprétation du terme guérison est vague, car il signifie le plus souvent que la malade n'est pas morte des suites immédiates de l'opération. On cherche en vain les résultats éloignés de cette opération.

Son dernier livre publié en 1885 et traduit en français renferme le résumé de son expérience jusqu'à cette époque; il n'a pas beaucoup à y ajouter, et, pour ne pas abuser du temps et de la bienveillance de ses collègues, il préfère s'en référer aux paroles qu'il a prononcées devant le Collège des chirurgiens d'Angleterre au mois de décembre dernier.

M. Spencer Wells renouvelle avec énergie sa protestation, présentée déjà il y a cinq ans, contre l'abus de l'oophorectomie dans les affections non néoplasiques dont l'indication lui paraît pour ainsi dire insaisissable en pareil cas, pour la raison qu'il est impossible d'établir le diagnostic d'une affection non néoplasique des annexes.

L'expression de cette opinion se trouve encore consignée dans son article intitulé « La castration dans les affections mentales et nerveuses », du *Journal américain des sciences médicales*. Il a eu encore l'occasion de la reproduire dans une publication tout à fait récente (mars 1891) ayant pour titre : « La chirurgie abdominale moderne. »

L'observation attentive des faits n'a pu que fortifier de jour en jour cette conviction. Il croit de son devoir de l'exprimer devant ses confrères français, comme il l'a fait devant ses confrères anglais et américains, qui voient de plus près les résultats des opérations pratiquées chez eux. Son opinion est aussi celle de Battey lui-même qui lui a écrit, il y a quelques semaines, qu'en Amérique l'abus de l'oophorectomie est devenu déplorable, surtout dans le cas des maladies nerveuses.

Il pense comme Battey que, s'il y a souvent des indications à l'oophorectomie dans les néoplasies des annexes ou de l'utérus, il y en a rarement dans les affections non néoplasiques; cependant, elle sera indiquée dans le cas de dysménorrhée ou de névralgie ovarienne, qui ont résisté à tout autre traitement et qui mettent en danger la raison ou l'existence. Il a vu de pareils cas où les résultats ont été très satisfaisants.

Mais il faut rappeler qu'après l'ablation des ovaires et des annexes, si la malade ne meurt pas, au lieu d'être guérie de ses souffrances, elle reste dans un état de santé générale plus mauvais qu'avant l'opération, en ce sens que les douleurs sont souvent plus violentes, que la menstruation ne s'arrête point et qu'il se produit même des ménorrhagies. Dans un certain nombre de cas, non encore déterminé, il y a production ou récidive d'hématocèle, dans d'autres la notion de l'état de stérilité, dont la perspective n'avait pas été portée à leur connaissance, a troublé gravement l'état mental de certaines opérées.

Comme les trompes de Fallope sont considérées comme annexes de l'utérus, il désire exprimer l'opinion qu'il ne partage pas celle de quelques opérateurs qui considèrent comme très fréquentes les affections tubaires. Il croit aussi que la guérison de certaines salpingites ou pyo-salpingites peut être obtenue sans opération.

Il arrive quelquefois qu'après la laparotomie pour l'enlèvement des tumeurs abdominales de toute espèce, il se forme une hernie ventrale; l'orateur présente un instrument qui facilite l'union complète des parois abdominales.

Durant plusieurs années, il avait l'habitude de fermer l'ouverture de la paroi abdominale avec des sutures de soie : les deux bouts de chaque suture enfilés dans une aiguille séparée étaient passés à travers les tissus abdominaux de l'intérieur à l'extérieur. Il a trouvé dernièrement que la fermeture de l'incision était faite plus facilement et plus exactement au moyen du « porte-aiguille » qu'il présente.

Une bobine, autour de laquelle est enroulée de la soie en quantité suffisante pour plusieurs sutures, est fixée sur l'aiguille, qui est alors enfilée, et la pointe aiguë, qui contient le chas, est passée au travers de la paroi abdominale gauche de l'intérieur à l'extérieur; le bout de la soie est tiré et maintenu à l'extérieur; l'aiguille, repoussée à l'intérieur, est retournée dans la paroi droite, aussi de l'intérieur à l'extérieur; la soie est tirée, puis coupée, l'aiguille retirée se trouve prête pour une autre suture. Après avoir rapproché les bords de la plaie, la soie est nouée et la suture est faite. Tout l'instrument est en métal et peut être stérilisé dans l'eau bouillante, avant et après chaque opération.

L'orateur adresse ses remerciements pour l'attention qu'on a bien voulu lui accorder. Il dit combien il apprécie les honneurs si grands qui lui ont été conférés par ses confrères français, et spécialement par les membres de l'Académie de médecine, ainsi que par les diverses sociétés scientifiques. Malgré tous ces gra-

cieux témoignages, il a la conscience que tout ce qu'il a pu faire est resté au-dessous de ses aspirations : celles-ci se sont élevées encore au spectacle de ce Congrès où il lui a été donné d'assister, où les fruits, dit-il, de notre expérience et nos idées se sont échangés librement. Il a éprouvé une grande satisfaction à se trouver parmi d'illustres confrères dont la carrière est déjà bien remplie et parmi ceux qui sont destinés à leur succéder.

Les uns ont élevé et les autres élèveront encore à une hauteur plus grande, qu'il n'était pas possible d'entrevoir il y a cinquante ans, l'art et la science si nobles, dans la culture desquels nous sommes tous associés.

Sur les effets éloignés de l'ablation des annexes utérines. — **M. LAWSON TAIT** (de Birmingham) croit que l'utilité de l'ablation des annexes de l'utérus n'est plus à démontrer. Relativement à la prétendue gravité de cette opération, il résulte des statistiques qu'il a publiées que la mortalité immédiate peut être réduite à moins de 3 p. 100. Quant aux résultats éloignés, il est plus difficile de répondre catégoriquement à cette question.

M. Lawson Tait fait ici l'historique de la castration ovarienne. Il rappelle les résistances qu'il a rencontrées, surtout de la part des accoucheurs. D'autres chirurgiens, professant une opinion contraire, sont allés trop loin en proposant d'enlever les annexes utérines chez toutes les femmes atteintes de maladie pelvienne. Enfin des physiologistes, voulant conclure de ce qui se passe chez les animaux à ce qui a lieu chez la femme, ont voulu tirer de leurs expériences cette conclusion qu'une femme privée de ses annexes utérines était vouée, par ce fait, à une vieillesse précoce et à des traits masculins. Comme effets éloignés, d'après l'expérience de M. Lawson Tait, qui comprend des centaines de cas et date de vingt ans, rien n'est venu appuyer ces ridicules assertions. Il est avéré toutefois que les résultats éloignés de l'ablation des annexes avant la puberté diffèrent essentiellement de ceux qu'on observe lorsque l'opération est faite après ce grand changement physiologique.

On a encore affirmé que les passions sexuelles ne sauraient survivre à cette opération, et pour arriver à cette conclusion, on n'a pas tenu compte des différences qui existent sous ce rapport entre les animaux et l'homme. M. Lawson Tait entre ici dans des considérations de physiologie comparée qui l'amènent à cette conclusion que les appétits sexuels sont moins développés chez la femme que chez l'homme. Enfin, il s'étend également sur les divers troubles, y compris la folie, qui accompagnent le terme de la période de reproduction, époque à laquelle la femme perd aussi ses appétits sexuels.

M. Lawson Tait se résume dans les conclusions générales suivantes et s'exprime en ces termes :

« Pour mieux me faire comprendre, je divise mes cas en trois catégories différentes, tout arbitraire que soit cette subdivision ; car il est impossible de préciser une distinction absolue : bien des cas ne peuvent être maintenus dans la catégorie à laquelle ils appartiennent. Mon intention est de les subdiviser comme suit : 1° les cas dans lesquels l'opération est faite soit à cause de maladie utérine, soit à cause des symptômes qui en résultent, tels que myomes, métrostaxes incurables ou dysménorrhée ; 2° à cause de lésions faisant suite à une maladie inflammatoire et localisée aux annexes utérines ; 3° pour les différents symptômes nerveux qui se rattachent à la menstruation et qui peuvent être guéris ou soulagés par l'arrêt des menstrues. Il y a des cas de chacune de ces catégories qui appartiennent plus ou moins aux deux autres ; car, il n'est pas rare de rencontrer une personne souffrant d'un myome et qui a aussi une inflammation chronique des annexes utérines, ainsi que des symptômes nerveux très marqués. Une maladie inflammatoire chronique des annexes utérines produit souvent des troubles périodiques du système nerveux, approchant même de la folie. Le résultat obtenu par mon traitement dans les cas appartenant à la première de ces catégories est succinctement developpé dans une brochure que j'ai publiée dernièrement et d'où je tire pour les citer les conclusions suivantes. Concernant l'ablation des annexes utérines, sur 271 cas de myomes il y a eu mort immédiate dans 6 cas, soit 2,2 p. 100. Sur les 265 autres cas, il y en eut 8 sans résultat satisfaisant, c'est-à-dire que ces huit malades eurent à subir l'hystérectomie, les tumeurs continuant à augmenter de volume ; ou elles moururent, la maladie poursuivant son cours ou bien à la suite de symptômes attribuables à ce que la maladie avait revêtu une forme maligne. Sur un total de 265, cela laisse donc 257 cas dans lesquels il y a eu guérison complète, c'est-à-dire où les symptômes cessèrent complètement et où la tumeur a entièrement disparu, ou bien, en tous cas, a cessé d'augmenter de volume et n'occasionne plus aucune anxiété ; où le symptôme principal de la maladie, à savoir une menstruation excessive, a été complètement guéri, et cela d'une façon permanente. Par rapport à la disparition de la tumeur après l'ablation des annexes utérines et l'arrêt complet de la menstruation, il n'y a pas de doute que l'âge de la patiente n'ait une influence marquée sur la marche et sur le cours de la guérison.

Je ne puis préciser ce résultat d'une façon positive, mais je crois que la proposition suivante est assez exacte : avant l'âge de quarante ans, 70 p. 100 des tumeurs disparaissent complètement ; entre quarante et cinquante ans, elles ne disparaissent pas entièrement pour la plupart, mais elles diminuent cependant d'une manière sensible ; après quarante-cinq ans la diminution ne dépasse pas un sixième à un tiers de son volume. A cette dernière conclusion j'ai vu cependant des exceptions remarquables, entre autres une tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte qui a disparu complètement après l'opération, et cela chez une femme âgée de quarante-neuf à cinquante ans. L'âge de beaucoup des cas inscrits sur la liste prouvera clairement la fausseté de l'idée généralement adoptée, à savoir que l'approche de l'âge ordinaire de la ménopause amène une guérison certaine dans les cas de myomes, car il y a jusqu'à neuf des malades qui avaient plus de cinquante ans lors de l'opération. Dans l'un des cas, la patiente est devenue sujette à une asthénie nerveuse complète, mais la tumeur, ainsi que les symptômes qui en résultaient, sont complètement guéris. Il se peut que son asthénie nerveuse soit un résultat de l'opération, mais je ne vois aucune raison qui puisse justifier cette conclusion. A une exception près, c'est le seul cas dans lequel des symptômes nerveux tant soit peu marqués aient suivi l'opération. Au moment de la ménopause, plusieurs de mes patientes ont été pendant un certain temps quelque peu étranges, c'est-à-dire qu'elles étaient excentriques et d'humeur maussade ; mais rien de plus frappant que ce qu'on rencontre assez souvent chez les femmes à cette époque de la vie. J'irai plus loin : je dirai même que, parmi ces femmes, ces changements étaient moins marqués que si elles avaient passé par la ménopause normale.

Une question a été soulevée dernièrement par le docteur Thomas Keith concernant la fréquence de la folie après les opérations graves à la matrice, et particulièrement après l'hystérectomie, et il prétend que la folie se produit dans dix cas sur cent. C'est là ou bien une erreur de la plume ou bien un résultat exceptionnel, car un tel résultat n'a jamais été corroboré par aucun autre observateur. Mes cas d'hystérectomie sont autrement nombreux que ceux du docteur Keith, et je n'ai jamais eu un seul cas de folie parmi toutes mes opérées. La folie peut suivre n'importe quelle opération chirurgicale, quelque simple qu'elle soit, et on l'a même vue suivre l'administration d'un anesthésique sans aucune opération.

Dans la série actuelle des cas de traitement, une seule patiente, autant que je sache, a dû être envoyée dans une maison de santé où elle est encore aujourd'hui. En en lisant le compte rendu il est indubitable que cette femme était folle avant l'opération, et le docteur Marriott Cooks (de Worcester), qui la soigne actuellement, ne voit aucune raison qui puisse faire attribuer sa folie à l'opération. Mais, même si cette cause pouvait être prouvée, cela n'empêche que dans trois cas de la liste, que je ne puis autrement préciser pour un motif que l'on comprendra, une

folie bien marquée a été complètement guérie par le soulagement apporté aux souffrances dues à un myome hémorrhagique, et en sus de ces trois cas de folie bien marquée qui ont été complètement guéris et cela, autant que nous pouvons le constater, d'une façon permanente, il y a nombre de cas d'excentricité et d'humeur maussade qui étaient sûrement dus aux souffrances et qui ont été également éliminés.

Il se peut que dans l'avenir, lorsque ce genre d'observation méthodique, que j'ai le premier appliqué à cette opération particulière, sera suivi pour les autres cas, on obtienne un résultat meilleur dans un grand nombre d'opérations chirurgicales; mais jusqu'ici il serait bien difficile, selon moi, de citer une opération où l'on ait obtenu de meilleurs résultats que dans celle-ci. L'opération ne soulage pas seulement, elle guérit complètement et d'une manière permanente les souffrances dues à la maladie pour laquelle elle a été entreprise et, à mon avis, elle devra figurer au nombre des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne.

En sus des symptômes et de l'état général produits par les myomes, il y a des cas où une menstruation excessive, due à des causes qui ne peuvent être déterminées et persistant malgré toute médication intra-utérine et l'usage de la curette et du cautère, demande en dernier ressort l'ablation des annexes utérines; pour ce qui concerne leur histoire ultérieure aussi bien que la portée de l'opération, ces cas ne diffèrent en aucune façon de ceux de myome, à en juger d'après le peu que j'en ai traité.

Les cas marqués de non-développement de la matrice, accompagné de trompes de Fallope et d'ovaires normaux, demandent quelquefois l'ablation des annexes utérines afin de soulager les souffrances intolérables, produites par les efforts futiles de la matrice pour remplir ses fonctions périodiques. Ces cas non plus ne présentent aucun trait spécial dans leur marche et dans leurs résultats antérieurs. Par rapport à la seconde catégorie, à savoir celle des cas d'ablation des annexes utérines pour cause de changements dus à une maladie chronique inflammatoire, je ne puis parler aussi dogmatiquement que dans les cas de myomes, et cela, simplement parce qu'il m'a manqué jusqu'à présent le loisir de suivre un nombre suffisant de ces cas, de dresser une table des changements subséquents, et de les analyser comme j'ai fait pour les myomes. Un tel travail présente bien des difficultés et demande beaucoup de temps. J'espère cependant que, d'ici quelques mois, je serai à même de présenter un rapport sur quelques centaines de ces cas, et de constater des résultats aussi satisfaisants que dans les cas de myome.

Dans la seconde catégorie, cependant, les conditions premières sont bien différentes de celles qu'on rencontre dans les cas de myome; et par conséquent, l'opération elle-même devient sujette à des différences indéfinies et indéfinissables de détail. L'opération de l'ablation des annexes utérines dans ces cas de myome est généralement difficile, quelquefois d'une difficulté extrême, et quelquefois entraîne l'opération de l'hystérectomie.

L'opération de l'ablation des annexes utérines, altérées par suite de maladies inflammatoires chroniques, est toujours difficile, parfois la difficulté est si grande qu'elle ne peut être comparée à quoi que ce soit dans tout ce qui est du ressort de la chirurgie. Bien des chirurgiens très compétents déclarent qu'il y a nombre de cas où l'opération ne peut s'achever; mais c'est là une conclusion que je ne puis accepter : une plus grande expérience, et conséquemment plus de hardiesse et de persévérance m'ayant permis, dans ces dernières années, de terminer toutes les opérations que j'ai entreprises. Je maintiens donc, qu'aucune opération de ce genre ne doit être laissée inachevée.

Cette règle suivie à la lettre, comme elle l'est dans ma pratique à l'heure qu'il est, amène une grande diversité de résultats de l'opération, de durée de la convalescence et d'effets éloignés. Personnellement je ne me laisse jamais arrêter par la crainte d'occasionner une déchirure soit à la vessie soit à l'intestin, de détruire les adhérences qui peuvent exister entre ces viscères et un ovaire ou bien une des trompes enflammées, si intimes que puissent être ces adhérences. Dans bien des cas j'ai vu se former et persister pendant plusieurs mois des fistules urinaires et intestinales, mais j'ai toujours fini par réussir à les supprimer. Les sinus simples, mais suppurants et pénétrant très avant dans le bassin, se présentent probablement dans 5 cas sur 100, et peuvent persister indéfiniment, à moins qu'ils ne soient traités par ce que j'appelle le « drainage circulaire ». Les effets de cette opération dans beaucoup de cas et surtout dans les cas les plus graves sont, pour plusieurs raisons, et pour celle-ci entre autres, plus lentes à se produire qu'ils ne le sont dans un cas de myome, où il n'y a généralement qu'une seule série de symptômes, ou même qu'un symptôme unique à dominer, à savoir l'hémorrhagie. Si, dans un cas de myome, la menstruation s'arrête, toute cause d'inquiétude disparaît dans probablement 90 cas sur 100 et la convalescence ainsi que la guérison sont d'une rapidité surprenante. Mais dans les cas de suppuration chronique de vieille date du bassin, l'arrêt de la menstruation ne suffit pas; un tel résultat n'est même pas nécessaire pour obtenir la guérison des cas moins graves. Une menstruation abondante a non seulement été occasionnée maintes fois par un engorgement du bassin, mais encore des patientes ont souffert mensuellement, pendant des huit ou dix jours, des douleurs intenses qui les ont poussées à des abus d'alcool ou d'un narcotique quelconque. Cet état de choses affaiblit la patiente de toutes manières. Généralement aussi, la simple présence de l'appendice malade rend les relations sexuelles impossibles ou au moins douloureuses, élément moral qui sans nul doute contribue à détruire la santé. L'opération peut arrêter la menstruation et dans bien des cas l'arrête immédiatement, mais malheureusement elle reste souvent sans effectuer un soulagement immédiat des douleurs. L'explication de ce fait est absolument la même que pour celui que l'on observe après l'amputation d'un membre sujet à une une inflammation chronique. Les douleurs continuent ou se renouvellent pendant des mois et même des années après la disparition complète de la maladie, et cela jusqu'à ce que les nerfs qui en étaient la cause se soient atrophiés et aient cessé de fonctionner. Dans les cas d'opération au bassin, ces douleurs persistent rarement plus de douze mois, mais pendant cette période elles causent bien des désappointements aux malades, et une foule de tracas au chirurgien. Dans 4 cas d'absence entière de modification j'ai rouvert l'abdomen et je me suis alors aperçu que, dans 3 des 4 cas, un kyste s'était formé de nouveau auprès de la partie amputée d'une des trompes de Fallope, et de toutes deux dans le quatrième cas. La raison en est probablement que les tubes ayant été préalablement formés à la partie intra-utérine, l'occlusion de l'extrémité amputée avait aidé à former un kyste fallopien interstitiel. Ces cinq kystes, je les ai extirpés, et dans 3 des 4 cas il y a eu guérison complète et immédiate. La quatrième patiente malheureusement mourut des suites de l'opération. Si l'on veut obtenir le résultat que l'on vise et cela à courte échéance, il faut absolument que l'ablation des trompes de Fallope soit complète. Les effets éloignés de cette opération peuvent être complètement obtenus dans les cas appartenant à cette catégorie, même sans qu'il y ait aucun arrêt de la menstruation et, même dans quelques-uns de mes cas les plus réussis les règles n'ont jamais cessé de se produire, mais les symptômes qui demandaient l'opération ont été sur-le-champ et complètement éliminés par l'ablation des annexes affectées.

C'est là un fait qui constitue une différence notable avec les cas de myome où, bien entendu, l'arrêt de la menstruation est le résultat initial et essentiel que nous désirons provoquer. Lorsque la menstruation ne cesse pas tout de suite dans les cas d'affections inflammatoires, et même quelquefois lorsqu'elle cesse, le progrès de la guérison peut être bien gravement interrompu par une effusion de sang entre les plis du ligament large. Ceci est indubitablement dû à la rupture de quelques vaisseaux sanguins dont le courant résiste, pour ainsi dire, à l'obstacle qui s'y oppose. Ces effusions ont toujours lieu lorsque les menstrues recommencent ou semblent vouloir recommencer. La fréquence des effusions est, selon moi, de 4 à 5 sur 100, dans toutes les

opérations où les ligatures sont appliquées aux ligaments larges. Le cas le plus sérieux que j'aie jamais vu, s'est produit après l'ablation d'un kyste parovarien. J'en ai vu beaucoup d'autres cas, dérivant de différentes causes, après l'enlèvement de tumeurs ovariennes ou des appendices utérins. Le diagnostic de cet accident peut généralement se faire en constatant l'augmentation du pouls et l'élévation de la température sans motif apparent. Il cause d'ailleurs peu de douleur. Ces effusions n'étaient pas connues, ou du moins n'avaient pas été diagnostiquées du temps du « clamp », la grande mortalité d'alors avait rendu impossible l'observation de variations aussi délicates, de même qu'elle avait enrayé la marche du progrès chirurgical. Dans la majorité des cas, les effusions sont peu considérables et disparaissent rapidement, il n'en reste ordinairement plus de trace au bout de quinze jours, même lorsqu'elles ont atteint des dimensions assez importantes, je veux dire par là, lorsqu'elles ont dépassé le niveau du détroit supérieur du bassin; elles occasionnent rarement du tracas à moins que l'hémorrhagie ne se reproduise, ou que les tumeurs ne suppurent. Lorsqu'elles suppurent, il faut les ouvrir et les drainer et alors elles entravent fort la convalescence, en ce sens qu'elles la retardent beaucoup. Il se peut que la cause de cette complication soit la même qui existe dans les cas d'hématocèle, mais quelle que soit la cause et quels qu'en soient les effets, il est certain que dans ces cas la convalescence est des plus notablement retardées, de sorte que les résultats de l'opération ne peuvent être appréciés, dans bien des cas, qu'au bout de quatre ou cinq ans, au lieu de quelques mois, comme il arrive ordinairement. Les conditions générales concernant les résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines, ne diffèrent de celles décrites dans la série des myomes que sous un seul rapport. Cette unique différence est cependant assez importante pour mériter une explication à part. Dans les cas de maladies chroniques des annexes utérines, l'un des symptômes les plus sérieux et, dans bien des cas, le plus douloureux, c'est l'incapacité des patientes de supporter les souffrances qu'entraînent les relations sexuelles. Dans la plupart des cas où l'opération est nécessaire, ces rapports ont dû être suspendus depuis longtemps, à moins que le mari ne soit assez brute pour rester indifférent aux dangers et aux souffrances auxquels il expose sa femme. L'ablation des annexes utérines permet ordinairement la reprise des rapports sexuels au bout de quelques mois, et le trouble passager qu'éprouve l'appétit sexuel par la ménopause prématurée amenée par l'opération, ou même sa suspension, est plus que compensé par le retour de la patiente à la possibilité des relations qui lui étaient devenues impossibles. Bien des idées erronées ont été émises à ce sujet par les quelques adversaires de cette opération. Il y a quelques semaines que le docteur Routh, ancien président de la Société gynécologique britannique, a cru devoir faire appel aux sentiments chrétiens pour empêcher que l'on détruise l'appétit sexuel chez la femme, par suite de l'ablation des appendices utérins. Même si ce résultat de l'opération était la règle, au lieu d'être, comme il est actuellement, fort rare, j'avoue qu'à mon avis ce serait ajouter un étrange article aux devoirs de chrétien des chirurgiens, que de les engager à soutenir, à protéger et à développer la plus basse des passions animales, celle qui peut-être nous suscite le plus de déboires. Je considérerais le mari qui refuserait l'opération à sa femme, soit pour l'arrêt d'une hémorrhagie, causée par un fibrome de l'utérus, soit pour obvier aux dangers et aux souffrances constantes d'un pyo-salpinx, et qui baserait son refus sur ce que cette opération rendrait sa femme indifférente à ses désirs sexuels, je le regarderais, dis-je, comme une simple brute, et je n'hésite pas à qualifier les membres de notre profession qui avancent une théorie semblable, d'esprits malsains et indignes d'appartenir à notre sainte profession.

En ce qui concerne la troisième série, celle qui comprend les cas où l'ablation des appendices utérins peut avoir lieu pour remédier à de certaines conditions et symptômes se rattachant aux périodes menstruelles, je dois dire tout d'abord que je me suis gardé d'aller de l'avant dans cette direction, et cela par une prudence que je suis à présent disposé à trouver excessive. L'expérience d'un petit nombre de cas d'épilepsie menstruelle bien marquée, c'est-à-dire des cas où les accès n'ont eu lieu qu'aux époques menstruelles, plus quelques cas de tempérament excentrique où ma main a été, pour ainsi dire, forcée, ne m'autorise pas à me prononcer d'une façon formelle sur la valeur de ce procédé. En Angleterre, une lutte si acharnée s'est engagée au sujet des deux premiers groupes (où l'on peut défendre cette intervention, il me semble, par des arguments absolument convaincants), que je ne me suis jamais aventuré bien loin dans le traitement chirurgical des névroses. Je me borne donc à deux observations remontant à une époque assez lointaine pour permettre de constater jusqu'à quel point sont heureux les effets éloignés de cette intervention dans des cas graves bien caractérisés. J'ose même prédire, pour l'opération, un grand avenir dans cette voie, mais seulement lorsque la bataille aura pris fin et quand on pourra chercher à en délimiter l'application par un examen sérieux, loin du tracas des discussions et sans idées préconçues. Le premier cas est celui d'une fille dont j'ai enlevé les appendices utérins, le 9 avril 1880, sur la demande de feu le docteur Green, alors directeur de l'hospice municipal de Birmingham, appuyée par le docteur Whitcomb, son assistant alors et depuis le directeur actuel. Elle était idiote de naissance et, au moment de la puberté, il s'était développé des accès d'épilepsie coïncidant avec les périodes menstruelles. La maladie avait fait de tels progrès avec l'âge, que, depuis plusieurs mois, les accès étaient pour ainsi dire continus pendant toute la semaine des menstrues sans intervalle appréciable. Il lui fallait toujours deux gardiennes robustes qui se relevaient d'heure en heure pour la maintenir. MM. Green et Whitcomb déclarèrent tous deux que la malade ne tarderait pas à succomber à la violence des convulsions et par suite de l'impossibilité de lui faire prendre une nourriture suffisante.

Depuis l'ablation des appendices utérins, la menstruation a complètement cessé et les accès épileptiques ont graduellement diminué de fréquence et de gravité, jusqu'à ne plus présenter que quelques accès bénins (petit mal) au moment où aurait dû se produire la menstruation. Elle resta nécessairement idiote, mais guérie de son épilepsie.

Le deuxième cas est une dame de vingt-cinq ans, une des plus jolies femmes que j'aie jamais vues, qui s'était mariée à l'âge de vingt-deux ans et eut un enfant au bout de quinze mois. Une année environ après la naissance de l'enfant, on s'est aperçu qu'elle devenait excentrique pendant ses périodes menstruelles, tout en se portant parfaitement bien dans les intervalles. C'était la nièce d'un de nos plus grands chirurgiens d'alors, auteur d'un Traité de chirurgie qui est encore l'un des plus cités. Cela suffira pour vous convaincre que l'on avait fait tout ce qui était possible pour la ramener à la santé, mais aucun traitement ne réussit; elle allait de mal en pis et, finalement, pendant un de ces accès, on l'a découverte au moment où elle cherchait à tuer son unique enfant, dont elle raffolait dans ses moments lucides. Son oncle désira que l'on me consultât au sujet de la possibilité de la traiter par l'ablation des appendices utérins. Je me rendis donc chez elle, mais ne trouvant aucun indice de maladie des appendices, je refusai catégoriquement d'opérer. Huit mois plus tard cependant, son état avait tellement empiré que je consentis à entreprendre l'opération en en laissant, toutefois, l'entière responsabilité à celui qui l'avait proposée. Il suffit de dire que la guérison était complète au bout de quelques mois, et qu'à l'heure qu'il est, et il y a six ans de cette opération, il ne s'est pas produit le moindre retour de son ancien mal et sa santé se maintient excellente sous tous les rapports. De si éclatants exemples vont m'obliger à abandonner ma résistance passive à cette intervention et de faire l'opération dorénavant dans certains cas de ce genre soigneusement choisis, et l'opposition active des docteurs-accoucheurs anglais appartenant à la vieille école finira aussi sans doute par disparaître. Des résultats aussi brillants,

même si on ne les obtient que dans une faible proportion des cas traités, ne peuvent qu'étendre davantage le champ de cette intervention du chirurgien. »

Ablation des annexes; résultats éloignés. — M. JACOBS (de Bruxelles) fait connaître les résultats éloignés de 58 opérations des annexes qu'il a faites de la fin de 1888 à la fin de 1890. Sur ce nombre, il se trouve 49 ablations bilatérales et 9 unilatérales. Il compte en tout 56 guérisons et 2 décès. Il y eut aussi 2 décès tardifs. Dans un cas de pyo-salpinx unilatéral, la menstruation s'est rétablie et la femme a pu devenir ultérieurement enceinte. Sur 31 opérées, M. Jacobs compte 24 guérisons complètes, 2 récidives, 4 cas dans lesquels il y eut des accidents consécutifs, 1 cas où les symptômes douloureux ont apparu avec plus d'intensité après l'opération.

Pour les ovarites, sur 14 malades, il y eut 14 guérisons définitives.

En terminant, M. Jacobs émet l'opinion que dans bien des cas il y aurait lieu de faire l'hystéropexie après la laparotomie.

Ablation des annexes utérines. — M. LE DENTU bornera sa communication aux altérations inflammatoires des ovaires et des trompes. Il a fait 34 ablations des annexes de l'utérus pour ovarites, hydro-salpinx, hémo-salpinx, pyo-salpinx. Sur ces 34 cas il n'a eu qu'un seul décès par péritonite septique, résultant de la rupture de la ligature posée sur l'extrémité interne de la trompe; cette lésion a été constatée à l'autopsie. Toutes les autres malades ont guéri; l'une d'elles, qui avait une ovarite tuberculeuse, et qui a été opérée il y a trois mois, est encore assez gravement malade; une autre a une fistule stercorale, la guérison n'a été que retardée.

Au point de vue des suites éloignées de l'opération, un certain nombre de ces malades continuent à souffrir plus ou moins longtemps; les névropathes, en particulier, ont beaucoup de peine à se rétablir. Lorsqu'on a eu affaire à des adhérences étendues, celles-ci peuvent encore donner lieu à quelques accidents après l'opération. Enfin, la métrite joue un rôle considérable au point de vue de la prolongation des souffrances de ces opérées. M. Le Dentu cite l'exemple d'une malade chez laquelle il enleva successivement les deux ovaires et qui continua à souffrir comme par le passé; il lui pratiqua alors l'hystérectomie vaginale, qui fut très difficile en raison des adhérences et des hémorrhagies; cette malade a guéri avec une fistule de l'uretère et une fistule stercorale. Comme causes spéciales de douleurs consécutives à l'opération, M. Le Dentu signale le développement kystique du tronçon de trompe qui reste; il en a observé 4 cas, dans lesquels il a obtenu les meilleurs résultats de la dilatation utérine prolongée pendant dix jours; cette dilatation, en effet, a toujours fini par amener l'évacuation consécutive du kyste tubaire. On doit conclure de ces faits qu'il faut apporter le plus grand soin à l'extirpation *totale* des trompes, pour éviter ces dilatations kystiques consécutives.

Complication dans l'hystérectomie abdominale; statistique. — M. TERRILLON a pratiqué 140 ablations des annexes, 82 pour salpingites parenchymateuses catarrhales, 46 pour salpingites purulentes, 10 pour hémato-salpinx, 8 pour salpingites tuberculeuses, 4 pour hydro-salpinx. Comme résultats immédiats, M. Terrillon compte 9 décès sur ces 140 cas; 90 de ces faits ont été publiés, les 50 autres ont été observés du mois d'août 1890 jusqu'à ce jour. Sur les 90 faits déjà publiés, M. Terrillon a eu 4 décès, 74 malades guéries, 12 ayant eu des accidents bénins, 4 encore malades avec des lésions persistantes dans le voisinage des annexes, 1 tuberculeuse, atteinte actuellement de péritonite tuberculeuse. 3 de ces malades, opérées d'un seul côté, ont eu des grossesses consécutives. M. Terrillon appelle l'attention sur une complication bizarre qu'il a plusieurs fois observée : dans un premier cas, trois mois et demi après l'opération, la malade a été prise de fièvre, avec une tuméfaction fluctuante sur le côté de l'utérus; une ponction faite à travers la paroi abdominale donna issue à 320 grammes, non de pus, mais d'un liquide inflammatoire. Dans un second cas, trois semaines après l'ablation d'une double salpingite, le même phénomène se produisit, la ponction donna un liquide de même nature. Enfin, M. Terrillon a rencontré une malade dont il a enlevé l'utérus par la méthode de M. Péan, il insiste sur ce fait qu'il s'agit d'un liquide inflammatoire et non kystique ni purulent.

Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus. — M. BOUILLY fait connaître les résultats obtenus d'annexes malades : salpingites suppurées, ovarites suppurées, etc.; il déclare tout d'abord que cette opération doit être proscrite pour la cure des accidents nerveux. Sa statistique porte sur 70 cas, les phénomènes consécutifs qu'il a rencontrés se rattachent à trois ordres de faits : 1° les poussées péritonéales récidivantes; 2° le retour des douleurs; 3° les écoulements muqueux ou muco-purulents par l'utérus et les métrorrhagies.

1° *Poussées péritonéales récidivantes.* — M. Bouilly en a observé 2 cas consécutifs à des opérations de pyo-salpingites.

2° *Retour des douleurs.* — Chez une malade, le retour des douleurs se fit périodiquement, apparaissant quinze jours après les règles et durant jusqu'aux règles suivantes; en même temps on constatait une légère tuméfaction dans l'un des culs-de-sac vaginaux. M. Bouilly se décida à pratiquer une seconde laparotomie; il trouva une petite hématocèle enkystée dans de fausses membranes, qu'il put facilement évacuer; depuis, les accidents ont disparu. Dans deux autres cas, le retour des douleurs a été dû à une ablation incomplète probable.

3° *Écoulement par l'utérus.* — La cause principale de ces écoulements est le mauvais état de la muqueuse utérine. C'est ainsi que, chez trois malades, M. Bouilly a dû recourir consécutivement au curetage de la cavité utérine. Il n'a rien fait pour combattre les métrorrhagies qui ont cessé d'elles-mêmes, après cinq ou six mois, sans en avoir pu déterminer la cause. En résumé, sur 70 opérés il y a eu 9 fois des accidents consécutifs : 2 poussées péritonéales graves; 3 fois le retour des douleurs et 4 fois des écoulements par l'utérus.

Des résultats éloignés de l'ablation des annexes. — M. G. RICHELOT, sur les 240 laparotomies qu'il a faites depuis le 1er janvier 1889, en compte 170 qui ont porté sur des lésions tubo-ovariennes sans néoplasme. Sur ce nombre, il en est environ 150 sur lesquelles il peut porter un jugement définitif.

I. *Salpingo-ovarites légères, péri-ovarites, adhérences.* — L'ovaire est peu ou point altéré, la trompe congestionnée, légèrement flexueuse, son pavillon souvent oblitéré; les organes sont adhérents, quelquefois prolabés dans le cul-de-sac de Douglas, mais les adhérences sont facilement décollées avec le doigt; il y a du catarrhe utérin, plus ou moins rebelle aux traitements directs. M. Richelot a laparotomisé, dans ces conditions, quelques femmes qui avaient subi, sans succès, le curage plusieurs mois auparavant. La plupart ont généralement bien guéri. Une opérée du 16 mars 1889, qui avait déjà subi la colporrhaphie en avril 1887, le curage et l'opération de Schrœder, en novembre 1888, a été complètement guérie par l'ablation des annexes. Une autre, à peine améliorée par le curage en avril 1889, a subi, le 16 janvier 1890, l'ablation d'annexes peu malades, mais adhérentes, et se porte aujourd'hui très bien. Une femme de trente-huit ans, ayant de fortes règles et des douleurs insupportables, est débarrassée de tout ennui par l'extirpation d'ovaires adhérents, petits et sclérosés, faite le 14 novembre 1890.

Ces femmes, quand elles sont encore jeunes, ont des bouffées de chaleur à la face, des pesanteurs pelviennes de temps à autre, et ces phénomènes consécutifs à la ménopause anticipée peuvent durer un an, dix-huit mois.

Une opérée du 22 novembre dernier se plaint d'une assez vive sensibilité au niveau de ses deux pédicules. On a dit que les opérations pratiquées pour des lésions peu profondes sont celles qui donnent le plus de guérisons incomplètes. Cette opinion peut s'expliquer de deux manières : 1° si les organes petits, mais fortement adhérents, sont amenés par lambeaux et incomplètement

enlevés, les femmes restent réglées douloureuses et nerveuses ; 2° elles resteront malades encore plus sûrement, si on enlève des ovaires ne portant que des altérations anatomiques banales, si on opère des femmes neurasthéniques.

M. Richelot a dû, après une laparotomie pour ovaires sans adhérences et une salpingite légère avec pavillons oblitérés, faire le curage d'un utérus dont la cavité mesurait 10 centimètres et dont le catarrhe n'avait pas cessé ; le curage sans laparotomie eût été sans doute plus utile.

En résumé, le résultat thérapeutique dans les affections légères ne peut être moins bon que dans les graves, à la condition que, le diagnostic étant bien posé, avant ou après l'incision, on enlève des annexes qui soient la vraie cause du mal.

II. *Ovaires à petits kystes.* — La dégénérescence scléro-kystique des ovaires accompagne très souvent les altérations complexes de l'utérus et des trompes ; mais elle offre, par elle-même, des symptômes douloureux très accentués, quequefois une marche aiguë ou subaiguë, simulant la salpingite ; quelquefois, il y a eu une ou plusieurs poussées de pelvi-péritonite et, pour les expliquer, on ne trouve, au cours de l'opération, que de petites adhérences de l'ovaire et une trompe normale. D'autres fois, les adhérences sont plus étendues et plus solides. Il peut y avoir du catarrhe utérin et des métrorrhagies, qui rendent le diagnostic très obscur.

M. Richelot cite plusieurs exemples à l'appui de son dire.

Les femmes guérissent très bien dans ces deux cas, preuve que l'altération ovarienne est bien la cause de leurs douleurs souvent excessives. Cependant, sur une trentaine de malades, il y en a bien dix qui ont continué à présenter quelques accidents avant de se déclarer bien portantes. Celle-ci, bien que devenue valide, accuse, pendant plusieurs mois, des points douloureux au niveau de ses pédicules ; celle-là, nerveuse et dyspeptique, continue à gémir et ne s'amende qu'à la longue ; une autre s'inquiète en voyant revenir ses règles à deux ou trois reprises. Dans une vingtaine de cas, au contraire, la guérison est facile, prompte, radicale.

III. *Salpingites chroniques, parenchymateuses, adhérentes ; hydro-salpinx.* — Cette classe comprend tous les degrés de la salpingite chronique, invétérée, rebelle aux traitements indirects. Tantôt la trompe est un kyste à parois minces ou épaisses (hydro-salpinx), à contenu végétant (un cas) ; tantôt la cavité est petite, la paroi énorme, et l'organe a les dimensions du petit doigt, d'une anse d'intestin. La lumière étroite contient du muco-pus.

L'ovaire est diversement altéré : il est petit, atrophié, accolé à la paroi tubaire, ou bien gros et kystique. Il y a souvent de petits kystes séreux, transparents, surajoutés aux annexes.

Cette classe est nombreuse. Au point de vue des résultats éloignés, ils justifient l'intervention.

Sur presque toutes les malades, les phénomènes nerveux ordinaires, les petites douleurs des premières semaines ou des premiers mois n'empêchent pas les guérisons d'être complètes.

Trois castrations unilatérales. Dans la première, kyste tubaire végétant à droite, ovaire sain à gauche. Dans les deux autres, énucléation laborieuse à droite, impossible à gauche par les adhérences très serrées ; malgré l'opération incomplète, résultat thérapeutique excellent depuis le 17 décembre 1889 et le 3 juillet 1890.

Trois au moins sont des névropathes. La plus récente, opérée en décembre dernier pour des trompes volumineuses et très adhérentes avec de gros ovaires kystiques, prétend souffrir à peu près autant qu'avant l'intervention. Une malade, avec kyste végétant, est plus satisfaite ; elle ne souffre pas du ventre. La troisième, opérée le 22 janvier 1890 pour de grosses trompes dilatées, sinueuses, adhérentes et des ovaires kystiques, a eu des attaques d'hystérie pendant les deux ou trois semaines qui suivirent, puis des douleurs pelviennes et un nervosisme exagéré pendant plusieurs mois : mais, depuis la fin de l'année dernière, tout a disparu.

Cette dernière malade a eu, quatre mois après la castration ovarienne, une métrorrhagie sérieuse ; plus tard, une perte sanguine insignifiante ; aujourd'hui, calme parfait. Une autre, opérée le 7 mars 1889, a toujours eu depuis ce temps des pertes sanguines assez irrégulières, mais sans aucune interruption prolongée ; et cependant l'ablation des ovaires avait été relativement facile et très complète. Une troisième malade est intéressante par la persistance de la menstruation : ses deux trompes et ses deux ovaires ont été enlevés bien complètement ; opérée le 3 septembre 1889, ses règles sont venues le 18 octobre, le 18 novembre, et elle les a encore très régulièrement tous les mois, pendant trois jours. Une menstruation aussi parfaite, après une castration bilatérale authentique, est certainement exceptionnelle ; mais des phénomènes plus atténués et moins durables sont assez fréquents. Chez la femme adulte, l'habitude de la fluxion utérine survit à la disparition des ovaires.

IV. *Salpingo-ovarites, compliquées de rétroversion mobile ou adhérente.* — Quand la rétroversion est accompagnée de lésion des annexes, l'utérus est libre et seulement fixé par les adhérences tubo-ovariennes, ou bien il est adhérent lui-même par son fond et sa face postérieure au cul-de-sac de Douglas. Dans la seconde hypothèse, le décollement de l'utérus doit précéder ou suivre l'ablation des ovaires et des trompes, car la laparotomie a un double but : enlever des lésions douloureuses et graves par elles-mêmes ; redresser l'utérus dont la déviation entre pour une part dans les accidents.

Aujourd'hui on aime à fixer l'utérus à la paroi abdominale. On propose même l'hystéropexie pour des rétroversions mobiles et sans lésions ovariennes. Or, autant M. Richelot est partisan de l'hystéropexie pour certains prolapsus rebelles, autant il la croit peu utile pour la plupart des rétroversions, même quand des annexes malades conduisent à ouvrir le ventre. Il a toujours vu, jusqu'ici, l'utérus se redresser par le fait de la pédiculisation des annexes ; le ligament large, bien pris en faisceau, bride l'utérus et le maintient réduit.

Ainsi, l'extirpation des lésions ovariennes suffit généralement à la guérison des déviations complexes de l'utérus.

V. *Hémato-salpinx et hématocèles.* — Sur 12 observations, il trouva un hémato-salpinx tellement adhérent et perdu au milieu d'un magma intestinal, qu'il a fallu le laisser en place, l'évacuer et le drainer. Après six mois de guérison, poussée douloureuse et tuméfaction nouvelles ; mais le repos au lit calma tout, et la guérison paraît durable aujourd'hui. Chez une autre malade, M. Richelot enleva en totalité une poche tubaire contenant 200 grammes de vieux sang, mais de l'autre côté les annexes adhéraient si bien qu'il laissa des lambeaux saignants ; la malade est toujours souffrante et nerveuse.

Dans tous les autres cas, l'extirpation totale des lésions a donné des guérisons rapides et franches.

Il y a ensuite les grosses tumeurs hématiques, se laissant reconnaître ou simulant des fibromes. Le pronostic des hématocèles simplement ponctionnées ou incisées par le vagin est médiocre : la laparotomie est la méthode de choix.

M. Richelot cite quatre exemples de ce genre dans lesquels la laparotomie, avec ou sans ablation des annexes, lui a donné les meilleurs résultats.

VI. *Pyo-salpinx ou ovarites suppurées.* — C'est ici que se concentre toute la gravité des laparotomies faites pour enlever les annexes. Les adhérences du kyste purulent aux parois pelviennes et surtout à l'intestin, la vascularité de certaines adhérences, la rupture fréquente de la poche et l'effusion du pus dans le péritoine, l'infection de la séreuse par certains contenus très virulents, enfin le collapsus que détermine une opération d'assez longue durée chez une femme affaiblie et déjà septicémique, telles sont les causes qui font échouer dans des cas rares.

En revanche, les succès paraissent ici plus brillants que jamais, étant donné l'état lamentable ou menaçant dans lequel se trouvent habituellement les malades. Sur 27, M. Richelot en cite 15 chez qui la guérison a été pure et simple, tantôt après une double énucléation de poches purulentes plus ou moins développées, tantôt

après une castration unilatérale, les annexes les moins malades ayant été laissées dans le ventre pour cause d'adhérence excessive ou pour ne pas prolonger l'acte opératoire. Parmi celles qui ont eu des suites, il relève un empâtement douloureux autour d'un pédicule, n'ayant cédé qu'après plusieurs mois; des nerveuses ayant quelques pertes ou accusant des douleurs vagues, une surtout qui se plaint vivement, après un an et demi, malgré le retour complet des organes pelviens à leur souplesse et à leur attitude normales.

L'extirpation totale des organes malades est le but à poursuivre; mais elle n'est pas toujours possible. Il arrive aussi qu'en présence de poches purulentes multiples, perdues au milieu d'un magma d'adhérences intestinales, on fait une opération très incomplète et un drainage insuffisant. Quelquefois même il faut s'arrêter sans avoir rien fait; car, si on continue, souvent on ne trouve pas les annexes ou bien on les arrache par lambeaux après avoir fait de grands dégats à travers ce processus fibreux qui s'étend à l'ensemble du petit bassin, enclave l'utérus et forme autour de lui comme un dôme d'adhérences qui le sépare de la grande cavité abdominale. C'est alors que la laparotomie est vraiment périlleuse. Aussi, avons-nous accueilli avec faveur, au moins pour les cas les plus graves, l'hystérectomie vaginale appliquée aux suppurations péri-utérines (Péan, Segond), opération qui fait un vaste débridement au sein de la cavité pelvienne, ouvre les poches purulentes qui entourent la matrice, assure leur drainage et favorise leur oblitération. Bien que laissant en place les organes malades ou leurs lambeaux, peut-être les ouvre-t-elle avec plus de sécurité immédiate et dans de meilleures conditions pour l'avenir. L'étude non encore faite des résultats éloignés donnera la solution de ce problème.

VII. *Fibromes utérins.* — La castration ovarienne pour fibromes utérins a donné à M. Richelot des résultats entièrement satisfaisants.

Sur une quinzaine de malades, il faut en excepter deux. La première fut opérée, par erreur de diagnostic, pour des fibromes sous-péritonéaux, sortis de la paroi utérine; elle continua à souffrir et ne vit pas diminuer ses tumeurs; mais plus tard elle fut guérie par l'hystérectomie. Chez la seconde, profondément cachectique, il fit l'incision abdominale pour une ascite énorme et trouva une tumeur absolument adhérente, enclavée et paraissant tenir à la face postérieure de l'utérus; il fit l'ablation des ovaires; la malade succomba au bout de deux mois.

Dans tous les autres cas, M. Richelot a obtenu la suppression des douleurs, la ménopause parfaite et, de plus, une atrophie des fibromes.

Cette opération est excellente pour les fibromes interstitiels de petit ou de moyen volume, douloureux, hémorrhagiques ou évoluant avec rapidité.

VIII. *Névralgies; hystérie vraie.* — M. Richelot a obtenu quelques bons résultats, par la castration double ou unilatérale, dans les névralgies pures.

Il ne parle pas ici des malades qui ont de l'entéroptose et des points névralgiques.

Il ne s'agit pas non plus de la maladie scléro-kystique des ovaires, dont les douleurs semblent hors de proportion avec la petitesse des lésions anatomiques. M. Richelot cite l'exemple d'une jeune fille de vingt ans, vierge, ayant, depuis la puberté, des douleurs ovariennes continues; aucune attaque de nerfs, rien que la douleur accompagnée de règles abondantes et prolongées. Tous les traitements médicaux ont échoué, il y a du catarrhe utérin, la dilatation et le curage n'amènent aucun soulagement. M. Richelot refuse d'aller plus loin. Enfin, sur les instances de la mère et de la fille, il finit par consentir à une laparotomie. L'opération est toute récente (26 mars) : il a enlevé deux ovaires absolument dégénérés, bourrés de petits kystes et sans un atome de tissu normal; fonction abolie, intervention légitime. Ainsi, cette douleur à forme névralgique, intense et continue, correspondait à une lésion matérielle.

Dans un autre cas, il s'agit de névralgies fixes, violentes, à exacerbations, ayant pour siège des organes parfaitement sains. La malade se plaignait surtout du côté gauche. Sur ses instances et celles de son médecin, M. Richelot fait la laparotomie. Il trouve deux organes d'une intégrité parfaite; il laisse le droit et enlève le gauche, qui n'avait rien non plus. La douleur fut supprimée comme par enchantement; depuis l'opération, qui remonte à huit mois, il n'y a plus à gauche aucune sensation pénible. Malheureusement, les règles viennent encore trop souvent, presque tous les quinze jours, et M. Richelot se repent d'avoir épargné l'autre ovaire; mais la névralgie rebelle n'en est pas moins radicalement guérie.

Une femme de vingt-huit ans, malade depuis cinq ans à la suite d'une couche; pertes blanches et ménorrhagies, douleurs violentes, toujours nettement localisées du côté gauche. On ne sent pas d'annexes volumineuses, mais l'examen éveille à gauche une très vive sensibilité. Laparotomie le 22 octobre 1890 : ovaire droit un peu gros, sans adhérences, et trompe normale. A gauche, rien : petit ovaire sain, trompe saine, ils sont réintégrés dans l'abdomen. Ainsi, la castration unilatérale portant sur un ovaire à peu près sain, non sensible, et épargnant l'ovaire douloureux, avait fait disparaître une névralgie rebelle, vieille de cinq ans et sans aucune lésion matérielle.

Chez une autre malade ayant déjà subi plusieurs opérations, curage utérin, raccourcissement des ligaments ronds, pour des douleurs pelviennes, incessantes, n'ayant cependant ni métrite, ni déviation, ni lésion des annexes, M. Richelot enleva l'utérus et les annexes par la voie vaginale. L'opération réussit à souhait; les organes étaient sains et mobiles; enfin, M. Richelot cite un exemple d'hystérie vraie, sans lésions ni douleurs ovariennes, modifiée très heureusement par la castration; c'est un fait en contradiction formelle avec l'opinion des hommes les plus autorisés : l'ablation des ovaires, essayée plus d'une fois contre l'hystérie, n'a produit généralement aucun résultat. Il faut, cependant, bien reconnaître que, dans ce cas, elle en a produit.

C'était une jeune fille de dix-sept ans, grande hystérique, ayant successivement présenté toutes les phases de cette affection. M. Richelot fit l'opération sans scrupules, mais aussi avec un grand scepticisme. Opérée le 13 janvier 1890, la jeune fille est devenue calme, gaie, bien portante, elle n'avait ni attaques de nerfs, ni idées tristes ou folles; aucune menstruation; la sensation de boule, qui avait duré en s'atténuant, était elle-même disparue. Elle travaille aujourd'hui dans un couvent, tranquille et sérieuse; personne ne la considère comme une malade.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 mars 1891, sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Léon Labbé, chirurgien des hôpitaux, et M. le professeur Peter, médecin des hôpitaux.

— Par décret, en date du 1er avril 1891, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Barthélemy, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourguet (d'Aix), Henry Collin (de Saint-Honoré), Thévenot (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 41. — MARDI 7 AVRIL 1891. 64e ANNÉE. MARDI 7 AVRIL 1891. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. Suite de la discussion de la deuxième question : « Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de cet organe. » — Communications diverses; — Discussion de la troisième question : « Des diverses espèces de suppurations, examinées au point de vue bactériologique et clinique »; — Communications diverses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 6 avril 1891.

Dans la séance secrète que le Congrès de chirurgie a tenue samedi, avant la séance de clôture, il a été pris certaines décisions importantes.

Pour diriger avec plus de précision les discussions du Congrès sur les questions à l'ordre du jour, il a été décidé que les questions qui seraient publiquement débattues dans le prochain Congrès seraient dès maintenant connues, que ces questions seraient préalablement étudiées par des rapporteurs désignés par le comité permanent du Congrès. Ces rapporteurs exposeraient leurs travaux deux mois avant l'ouverture de la session prochaine, et un résumé de ce rapport ou ce rapport *in extenso* sera imprimé et distribué à tous les membres inscrits. Le Congrès, en adoptant cette mesure, a voulu donner une certaine direction aux discussions; il a imité en cela ce qui se passe dans les grandes sociétés savantes, où toute discussion ne s'élève qu'à la suite du rapport.

Les trois questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du prochain Congrès :

1° *Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales.* — Rapporteur général : M. Verneuil; rapporteurs : MM. Jeannel, Reclus, Sanchez Toledo.

2° *Des opérations pratiquées sur les voies biliaires; suites immédiates et éloignées.* — Rapporteur général : M. Terrier; rapporteurs : MM. Lucas-Championnière, Perier, Gross.

4° *Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires.* — Rapporteur général : M. Guyon; rapporteurs : MM. Albarran, Clado, Hallé, Pousson.

Les séances du matin étant habituellement moins fréquentées que celles du soir, il a été décidé, sur la proposition de M. Verneuil, que les questions mises à l'ordre du jour seraient traitées dans les séances du soir, celles du matin étant réservées aux communications diverses.

Il a été également décidé qu'une affiche indiquerait les opérations intéressantes qui pourraient avoir lieu dans les différents hôpitaux, pendant la semaine du Congrès.

Le nombre des communications augmentant chaque année, on a décidé de commencer les travaux du Congrès dès le lundi matin, tout en réservant la séance officielle d'inauguration pour l'après-midi. Après une suspension d'une demi-heure, une troisième séance aura lieu le lundi soir.

Le Congrès a décidé de se réunir tous les ans pendant la semaine de Pâques. Le prochain Congrès aura donc lieu à cette date dans l'amphithéâtre de la Faculté. Le président sera M. le professeur Demons (de Bordeaux), vice-président actuel.

M. le professeur Lannelongue (de Paris) a été nommé vice-président du prochain Congrès.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séance du 1er avril (matin). — Présidence de M. LANNELONGUE.

DEUXIÈME QUESTION (*suite*)

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'ABLATION DES ANNEXES DE L'UTÉRUS DANS LES AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DE CET ORGANE

Rétrodéviations à la suite de l'ablation des annexes. — **M. JEANNEL** ne partage pas l'opinion de M. Jacobs (de Bruxelles), relativement aux rétrodéviations qui seraient la conséquence éloignée de l'ablation des annexes et des avantages qu'il y aurait dès lors à fixer l'utérus à la paroi. L'extirpation des annexes sans autre manœuvre lui a toujours suffi et il l'a vu produire constamment l'atrophie utérine; plusieurs fois, cependant, les règles ont persisté; dans d'autres cas, il a observé des poussées congestives fréquentes à l'époque des règles, poussées hémorrhoïdaires, hémoptysies, bouffées de chaleur, etc. Enfin, chez une malade, il a vu se produire un kyste hématique pour lequel il a dû faire une seconde opération.

Lésions inflammatoires des annexes; laparotomie. — **M. POZZI** (de Paris) vient vanter les bons résultats que lui a donnés la laparotomie pour les lésions inflammatoires des annexes. Il a pu réunir 15 de ses opérées, qui toutes ont subi l'intervention chirurgicale pour des lésions fort graves : pyo-salpingites volumineuses, hématocèles, abcès pelviens, pelvi-péritonites, etc. M. Pozzi a fait venir ces 15 malades, aujourd'hui parfaitement guéries, pour que les membres du Congrès puissent bien juger combien est peu visible la cicatrice de l'incision abdominale. Cette cicatrice est solide et ne laisse rien à désirer. M. Pozzi pense qu'il doit peut-être ce résultat à son procédé de suture qu'il décrit minutieusement, mais qui n'est, en réalité,

qu'une suture à triple étage, la suture du péritoine, puis des muscles étant faites en surjet, au catgut chromique et à fil perdu.

Statistique de 17 laparotomies pour lésions des annexes. — M. **SEGOND** (de Paris) tient à rester dans la question telle qu'elle a été posée; il peut présenter au Congrès une liste de 17 laparotomies pour lésions des annexes, opérations dont la plus récente est de huit mois, et la plus ancienne date de deux ans.

Ces 17 interventions ont donné les résultats suivants :

1 insuccès complet pour une salpingite non suppurée;

5 guérisons parfaites, pour 2 pyo-salpinx et 3 hydro-salpinx;

7 améliorations très notables, en ce sens que les malades, bien qu'encore souffreteuses, n'ont plus de lésions suppuratives, ne sont plus impotentes, peuvent vaquer à leurs occupations et se déclarent elles-mêmes très heureuses;

4 malades atteintes d'affections suppurées graves, abcès pelvien, pelvi-péritonite, sont guéries en ce sens qu'elles ne souffrent plus, mais elles sont toujours tourmentées par des troubles utérins, leucorrhée, pesanteur, pertes parfois considérables, etc. 2 de ces malades ont dû depuis subir le curetage.

Parmi ces 17 laparotomisées, M. Segond en a 3 qui ont des hernies par la cicatrice. L'une à la suite d'une laparotomie grave, ayant laissé à sa suite une fistule rectale et nécessité un drainage prolongé. La cicatrice s'est distendue à l'endroit où le drain a été maintenu.

La deuxième malade atteinte de hernie est une jeune femme de vingt ans, chez laquelle l'intervention a été des plus simples. La réunion de la paroi a été parfaite et rapide, la malade se trouvait satisfaite, lorsque brusquement, à la suite d'une chute sur le bord d'une table, la cicatrice céda et une hernie se produisit brusquement.

La troisième malade a une hernie sans qu'on puisse en trouver la cause spéciale. On voit donc qu'il y a loin de là à cette cicatrice qui, au dire du précédent orateur, serait presque « un ornement ».

Fidèle à la campagne qu'il poursuit actuellement, M. Segond compare ses résultats avec ceux, plus récents il est vrai, que lui a donnés la castration utérine. Du 9 août au 15 décembre, il a fait 17 hystérectomies totales pour lésions des annexes. La plus récente date donc de trois mois, la plus ancienne remonte à six mois. De ces 17 cas, tous ont parfaitement et complètement guéri, sauf un cas où l'opération a été pratiquée sur une femme déjà laparotomisée et qui, actuellement encore, n'est pas complètement guérie.

Or, sur ces 16 guérisons parfaites, il y avait 9 lésions suppuratives : 5 pelvi-péritonites et 4 pyo-salpingites; les 7 autres étaient 7 annexites, relativement minimes, dont la cure par l'extirpation abdominale ne paraît pas très fréquente. A ce point de vue donc, la castration utérine l'emporte sur l'extirpation des annexes par la voie abdominale.

Guérison d'une plaie de l'intestin grêle par la laparotomie suivie de suture de l'intestin. — M. P. **BERGER** (de Paris) rappelle combien sont rares les guérisons de plaies de l'intestin, qu'on a tenté de suturer après laparotomie. Il n'y a guère qu'un ou deux cas, dus à M. Vaslin (d'Angers); le docteur Serastopoulos (de Constantinople) a publié tardivement un exemple de guérison remontant à l'année 1880. M. Jalaguier a fait connaître l'heureux résultat d'une de ses interventions, mais dans ce cas, il s'agissait d'une plaie de l'artère coronaire stomachique.

Le cas de M. Berger est celui d'un jeune homme de dix-huit ans qui, le 1er mars à une heure du matin, s'est tiré un coup de revolver dans la région inférieure droite de l'abdomen. A la visite du matin, on apprend que, dans la nuit, il y a eu un vomissement, mais l'état général est excellent, le pouls est plein, la parole bien timbrée, le facies respire la santé la plus parfaite. A droite et au-dessous de l'ombilic existe l'orifice d'entrée du projectile. Devant le bon état du sujet, M. Berger ne croit pas qu'il faille intervenir. Mais, à onze heures et demie, après la visite des salles, le chirurgien, retournant près de son blessé, trouve un tableau très différent, facies grippé, pouls rapide, misérable, voix cassée, ventre ballonné et sensible, anxiété très grande. Devant la certitude d'une péritonite par perforation, M. Berger fait transporter le malade dans la salle d'opérations et pratique la laparotomie.

A l'incision, on ne trouve aucun épanchement dans la cavité péritonéale, la séreuse paraît saine. Mais le mésocæcum est dédoublé par un vaste hématome, et à la partie inférieure du cœur, un petit orifice laisse sortir quelques bulles de gaz; cet orifice est suturé. C'est le seul qui soit trouvé, la suture est faite suivant le procédé classique de Lembert, avec de la soie très fine. Une anse d'intestin grêle voisine du cœur est perforée de part en part, vers son bord libre et son bord mésentérique; les orifices, très petits d'ailleurs, sont suturés; autour d'eux, il y avait un épanchement roussâtre et légèrement floconneux. Tout l'intestin est dévidé et trouvé sain.

Dans les vingt-quatre heures, il y eut un vomissement, trois jours après le malade est pris d'un ictère intense; le ventre se ballonne, puis le lendemain, selles très fréquentes et très copieuses. Au huitième jour, on défait les sutures abdominales, mais un des points avait lâché, il sort un jet considérable de sérosité jaune, on refait le pansement qui est rapidement inondé; tous les points de suture ont lâché; la plaie est largement écartée, le rapprochement en est impossible. Aujourd'hui, la plaie n'est pas encore complètement fermée, mais cela ne tardera guère, il faut craindre par la suite une gêne qui va résulter des adhérences intestino-pariétales, et une éventration possible.

C'est le septième cas de plaie pénétrante de l'abdomen qu'observe M. Berger.

Dans les deux premiers cas — qui ont guéri sans intervention et qui ont été publiés à l'Académie — il s'agissait de coups de couteau. Dans les cinq autres cas, il s'agissait de balles de revolver, deux ont guéri spontanément, deux sont morts après intervention, mais il y avait de graves délabrements intestinaux; le cinquième est actuellement guéri. C'est ce cas que M. Berger vient de faire connaître au Congrès.

Castration ovarienne chez une hystérique. — M. **BAZY** (de Paris) relate une observation de jeune femme hystérique chez laquelle il a enlevé les deux ovaires et qui, à la suite de cette double castration, paraît définitivement guérie de ses troubles névropathiques.

Mais ce qui fait l'intérêt de la communication de M. Bazy, c'est qu'il n'a opéré que sur des indications précises, il ne croit pas, en effet, qu'il soit recommandable d'opérer de la sorte toutes les hystériques. S'il est intervenu dans le cas actuel, c'est que le toucher vaginal avait démontré chez sa malade l'existence de lésions aux ovaires. Ceux-ci paraissaient doubles de volume et de surface irrégulière. Ils n'étaient toutefois le siège d'aucune douleur spontanée ou provoquée par la pression.

L'extirpation montra qu'il s'agissait d'ovaires scléro-kystiques. M. Bazy pense donc que, chez des hystériques à ovaires dégénérés, l'intervention chirurgicale peut agir favorablement sur la névrose elle-même.

Résultats éloignés des extirpations des annexes. — M. **ROUTIER** (de Paris) croit pouvoir tirer les conclusions suivantes des faits qu'il lui a été donné d'observer.

Plus les lésions des annexes sont avancées, plus leur ablation donne un excellent résultat thérapeutique.

Le meilleur résultat est obtenu par la cure du pyo-salpinx.

Dans les cas plus légers, l'ablation des annexes est encore une excellente opération; mais, chez certaines femmes jeunes, il persiste des bouffées de chaleur et des crises de sueurs en rapport évident avec la suppression brusque du flux menstruel.

La castration unilatérale, dans le cas de salpingo-ovarite, est une médiocre opération.

Castration tubo-ovarienne. — M. DOYEN (de Reims) présente le résumé de 56 observations de castrations tubo-ovariennes et utérines, comprenant 35 interventions abdominales et 21 hystérectomies vaginales. Nos lecteurs trouveront, au prochain compte rendu de l'Académie de médecine, le résumé de cette communication faite par l'auteur à la fois devant l'Académie de médecine et devant le Congrès de chirurgie.

La séance est levée.

Séance du 1er avril (soir). — Présidence de M. HEYDENREICH.

COMMUNICATIONS

Hystérectomie par la voie sacrée. — M. TERRIER fait une communication sur ce sujet. Après avoir rappelé les travaux antérieurs, et en particulier le procédé de Roux (de Lausanne), qui consiste à faire une résection temporaire du sacrum en volets, il relate les deux observations suivantes : femme de cinquante-deux ans avec un cancer utérin volumineux, le col effacé, le vagin rétréci, de telle sorte qu'il n'était pas possible d'agir par la voie vaginale.

M. Terrierse décida alors à faire une résection analogue à celle de Kraske ; il fit une incision latérale, désinséra le muscle fessier, ouvrit le releveur de l'anus et arriva ainsi jusqu'au péritoine; il fit une résection complète du coccyx et partielle du sacrum. Il eut ainsi une ouverture assez large pour pouvoir saisir l'utérus, l'attirer au dehors, poser une ligature sur le ligament large, disséquer latéralement l'utérus, faire une résection circulaire de la partie supérieure du vagin, en pinçant successivement les vaisseaux ouverts; puis il fit un tamponnement avec la gaze iodoformée, il sutura le péritoine, mit un tube à drainage, sutura les muscles, puis la peau, et plaça un second drain.

L'opération fut facile. Les résultats en furent d'abord excellents; mais au quatrième jour, il se fit des phlyctènes au niveau des lambeaux réunis, qui amenèrent la désunion et des accidents fébriles. Cependant la cicatrisation s'est faite et la malade a parfaitement guéri.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans mais plus vieille que son âge, grasse, atteinte d'un cancer intra-utérin paraissant avoir envahi le ligament large droit. M. Terrier pratiqua la même opération, mais non sans difficultés, en raison des adhérences qui rendaient l'utérus difficilement isolable; il enleva les annexes. L'un des uretères fut enserré dans la ligature du ligament large ; l'opération avait été pénible et avait duré deux heures, la malade est morte au cinquième jour.

M. Terrier fait observer que la lésion de l'uretère a été assez fréquemment observée dans ces sortes d'opérations. Il croit que l'hystérectomie vaginale est une opération de choix pour le cancer de l'utérus. Mais quand il n'y a plus de col, quand l'utérus est volumineux et que le ligament large est pris, l'opération par la voie sacrée est indiquée. C'est une opération exceptionnelle, mais qui pourtant a ses indications.

M. ROUX (de Lausanne) admet avec M. Terrier que c'est une opération d'exception ; mais dans les cas où l'hystérectomie vaginale est impossible on a, par cette résection en volets, une vaste ouverture à travers laquelle on peut facilement opérer à ciel ouvert; il est difficile de léser les uretères dans une pareille brèche. M. Roux a eu un décès mais dans un cas exceptionnellement grave où il avait dû extirper une partie de la vessie, réséquer l'uretère, etc.

Hystérectomie abdominale et vaginale. — M. BOUILLY communique l'observation d'une femme de quarante ans, présentant toutes les apparences d'une bonne santé, n'ayant eu ni grossesse ni fausse-couche et qui était atteinte depuis quelque temps de métrorrhagies abondantes. Après l'avoir examinée M. Bouilly reconnut qu'elle était affectée d'un cancer largement ulcéré du col de l'utérus et d'un fibrome du corps haut situé. Les culs-de-sac vaginaux étaient libres, il n'y avait pas de traces de généralisation cancéreuse, la malade ne souffrait pas.

L'hystérectomie vaginale n'était pas possible ; ou il ne fallait pas opérer ou il fallait faire une extirpation totale de l'utérus.

Voici le plan opératoire que conçut et suivit M. Bouilly : il procéda de façon à faire l'ablation du col par le vagin et fit ensuite une laparotomie pour pratiquer l'extraction du fibrome; il fit donc en quelque sorte deux hystérectomies, l'une abdominale, l'autre vaginale. L'opération fut assez laborieuse, M. Bouilly put, cependant, isoler le moignon utérin et le réséquer complètement. Les suites furent des plus simples ; vingt-quatre jours après, la guérison opératoire était complète. Il n'y avait pas dans ce cas d'autre conduite à tenir. Cette opération pourrait être appliquée également à certains fibromes pour lesquels il y aurait avantage à supprimer tout moignon utérin.

M. POZZI, tout en trouvant ce procédé très ingénieux, fait observer que M. Martin a publié une centaine de cas sur lesquels il y a eu huit morts, de telle sorte qu'après avoir montré un certain enthousiasme pour ce mode d'ablation totale de l'utérus, les Allemands semblent aujourd'hui devoir l'abandonner.

De la thyrotomie dans le cancer. — M. MOURE (de Bordeaux) a pratiqué trois fois cette opération et a eu trois insuccès :

Première observation. — Il s'agissait d'une demoiselle de trente-quatre ans, atteinte d'un épithélioma primitif du larynx chez laquelle, après avoir fait la trachéotomie il fit la thyrotomie pour enlever le cancer du larynx; douze jours après la récidive apparaissait et la malade est morte après dix mois;

Deuxième observation. — Homme de cinquante ans, cancer limité du larynx, aucun trouble respiratoire, ablation par thyrotomie, suites immédiates satisfaisantes, récidive rapide, mort après dix mois et demi.

Troisième observation. — Homme de quarante-huit ans, tumeur épithéliale de la corde vocale gauche ayant envahi une partie du ventricule, aucun retentissement ganglionnaire, trachéotomie préventive, ouverture du larynx; un an après le malade semblait guéri. Ablation consécutive du larynx, récidive; au total survie de trois ans.

La thyrotomie, pas plus que l'extirpation totale du larynx, ne met à l'abri des récidives. Faut-il pour cela repousser cette opération?

M. Moure ne le pense pas. Mais elle doit être pratiquée dans des conditions favorables, c'est-à-dire tout à fait au début de la maladie.

De la pelvi-péritonite. — M. RECLUS fait observer qu'on ne parle plus de pelvi-péritonite. Dans les derniers traités, en particulier dans celui de M. Pozzi, on va jusqu'à se demander si les cas décrits sous ce nom ne sont pas simplement des pyo-salpinx douloureux. Or, M. Reclus tient à communiquer quatre observations, qui lui permettent d'affirmer l'existence de ces pelvi-péritonites tombées dans l'oubli.

Dans ces quatre cas, il s'agit d'accidents survenus à la suite d'accouchements ou d'avortements. L'incision de la poche a suffi pour amener la guérison. Il y avait intégrité des annexes. L'infection avait pour point de départ la plaie utérine, qu'elle se soit faite par les lymphatiques selon la théorie de M. Lucas-Championnière ou qu'elle ait suivi la voie muqueuse.

Dans les deux interprétations, il est facile d'expliquer la marche des accidents.

Première observation. — Femme de vingt-trois ans, prise de péritonite cinq jours après un accouchement normal; les symptômes s'amendèrent puis reparurent de nouveau; il y eut une tuméfaction évidente au-dessus du pubis. M. Reclus pratiqua une incision de 8 centimètres sur la ligne médiane, trouva le péritoine épaissi, adhérent à l'utérus; un flot de pus s'écoula. Nulle part il ne put trouver de trompe friable; les pyo-salpinx les plus volumineux n'acquièrent jamais ce volume; en outre, il était aisé de reconnaître qu'il s'agissait d'une seule poche. Cette malade a parfaitement guéri de sa pelvi-péritonite.

Deuxième observation. — Femme de trente-deux ans, accouchement difficile, cinq jours après accidents graves de pelvi-péritonite, même intervention que dans le cas précédent, intégrité absolue des trompes et des ovaires, guérison. Cette femme est actuellement enceinte de six mois. Ici encore, on ne saurait accepter l'existence d'un double pyo-salpinx.

Troisième observation. — Jeune femme de vingt et un ans, accouchement normal, symptômes de pelvi-péritonite, épanchement formant une tumeur énorme, même traitement, même succès; à propos de ce cas, M. Reclus fait les mêmes réflexions que pour les précédents. Cette femme a pu également avoir un enfant.

Quatrième observation. — Est en tout semblable aux précédentes.

On peut donc admettre l'existence d'une pelvi-péritonite. Dans les cas qui précèdent, la communication des deux poches, le développement rapide de la tumeur, la conception consécutive entraînent l'exclusion d'un double pyo-salpinx.

Toutes les suppurations pelviennes ont leurs indications opératoires spéciales. Pour les petites salpingites suppurées, la petite incision proposée par M. Bouilly suffit; la laparotomie est indiquée dans les cas de pyo-salpinx. S'il s'agit de cas plus complexes, de pelvi-péritonites chroniques, de ce que l'on a appelé l'éponge purulente, l'hystérectomie de M. Péan, naguère encore défendue par M. Segond, est une excellente opération.

M. POZZI fait observer que M. Reclus n'a pas constaté *de visu* l'état d'intégrité des annexes; il l'a déduit de l'existence des grossesses consécutives. Il croit donc qu'il s'agit dans ces cas de péri-métro-salpingites suppurées. En effet, l'étiologie puerpérale ne suffit pas pour créer le diagnostic et les distinctions établies par M. Reclus sont un peu théoriques.

M. Pozzi ajoute que les faits de M. Reclus ne plaident pas en faveur des partisans de l'hystérectomie vaginale, puisque cette opération, si elle avait été pratiquée dans ces cas, aurait privé la France de deux citoyens.

M. RECLUS ne connaît pas de pyo-salpinx ayant acquis, et avec une telle rapidité, le volume des collections purulentes qu'il a ouvertes; de plus, chez ses malades, la tumeur proéminait aussi dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Quant à l'hystérectomie vaginale, il rappelle qu'on ne l'a jamais proposée pour les suppurations aiguës, mais seulement dans les pelvi-péritonites chroniques.

De l'ostéotomie dans les courbures rachitiques de la jambe et de la cuisse. — M. LEVRAT (de Lyon) a pratiqué 30 ostéotomies de la jambe : 8 pour des courbures antéro-postérieures (tibia en lame de sabre), 5 pour des courbures à concavité externe, 17 pour des courbures à concavité interne.

Pour pratiquer cette opération, ce chirurgien commence, après avoir fait son incision cutanée, à contourner l'os à l'aide de la sonde-rugine de M. Ollier, puis il amorce avec une pince-gouge le point où doit porter le ciseau et il pratique ensuite la résection cunéiforme. Selon l'habitude lyonnaise, ces différents temps de l'opération se font sous l'irrigation continue d'un liquide antiseptique qui nettoie la plaie et supprime les éponges.

Chez les enfants, âgés de moins de quatorze ans, jamais il n'est besoin de faire l'ostéotomie du péroné, qui se rompt sous le moindre effort. Après cette fracture, il est aisé de mettre le membre dans la rectitude; le périoste tibial est suturé au catgut chromique, les parties molles sont réunies sans drainage, la plaie doit guérir sous un seul pansement.

Dans six cas, pour obtenir une rectitude parfaite du membre, M. Levrat a été obligé de faire l'ostéoclasie du fémur, avec l'appareil de Robin, sans quoi, après le redressement de la jambe, il y aurait eu un genu valgum.

Chez les enfants, l'ostéoclasie ne produit pas ce claquement violent qu'il détermine chez l'adulte au moment de la fracture du fémur. Il faut déclancher l'appareil dès que la main reconnaît que la résistance osseuse est vaincue.

D. Mollière redressait le membre ostéoclasié, lorsque le cal était déjà formé, quoique ayant encore conservé sa souplesse. M. Levrat a toujours redressé immédiatement et n'a qu'à se louer de cette conduite. Dans un cas seulement, il a eu à noter de l'hydarthrose du genou.

L'ostéotomie du fémur n'a été pratiquée que deux fois par ce chirurgien. Dans les deux cas, le résultat obtenu a été excellent. Sans doute, la marche n'est pas irréprochable, mais ses deux malades « boitent gracieusement ».

Double laparotomie pour une hémorrhagie abdominale. — M. REYNIER (de Paris) a été amené à opérer une jeune femme qui, se croyant enceinte, a été brusquement prise, le 27 octobre, de signes indiscutables d'hémorrhagie interne. A l'anémie aiguë du premier jour, succédèrent, le lendemain, des signes de péritonite; la fièvre monta jusqu'à 39°4. La laparotomie fut décidée, on retira du petit bassin une quantité considérable de caillots. M. Reynier, par erreur, enleva la trompe et l'ovaire droits, qu'il croyait être la source de l'hémorrhagie. Mais il s'aperçut bientôt qu'il s'était trompé, et se mit en devoir d'enlever les annexes du côté gauche. Mais il ne put y parvenir, la trompe et l'ovaire étaient friables et recouverts de caillots, la malade faiblissait à vue d'œil, et M. Reynier se contenta de jeter une ligature sur la corne tubaire et se hâta de refermer le ventre, en établissant un drainage. Le lendemain, la malade allait un peu mieux, mais le surlendemain, la température s'éleva, aussi M. Reynier n'hésita-t-il pas à ouvrir le ventre à nouveau, et cette fois, il put retirer les annexes qu'il avait laissées. Il fit un lavage et établit un double drainage vaginal et abdominal. Après quelques oscillations thermiques, la guérison alla en s'accentuant. Une fistule persista deux mois au niveau de l'abdomen. L'auteur conclut de son observation à la nécessité d'une nouvelle intervention, quand la péritonite se manifeste après une opération.

Du chlorure d'éthyle comme anesthésique local. — M. REDARD (de Genève) vient vanter le chlorure d'éthyle, employé comme anesthésique local. Ce corps, liquide au-dessous de 10 degrés, peut être enfermé dans des petits tubes fermés à la lampe. Il suffit de tenir le tube à la main, et d'en briser la pointe pour qu'un jet fin se produise spontanément. En dirigeant ce jet sur la peau, on obtient rapidement une réfrigération donnant l'anesthésie la plus complète.

Laparotomie pour obstruction intestinale; mort. — M. CAMPENON (de Paris) rapporte une observation qui n'est pas sans quelque analogie avec celle que M. Thiriar a publiée à la première séance du Congrès. Mais, moins heureux que notre confrère belge, il n'a pu sauver sa malade.

On ne relève dans les antécédents aucun signe de maladie hépatique. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, étaient survenues quelques coliques vagues, puis des douleurs plus violentes, obligeant la malade à marcher courbée. Enfin, depuis quatre jours, des nausées, des vomissements bilieux, puis un seul vomissement fécaloïde. L'état général est mauvais, mais le ventre est plat, souple, de sonorité normale, la région sus-ombilicale est douloureuse. Le chirurgien croit à une obstruction intestinale, voisine de l'estomac. Après laparotomie, on trouve, en effet, une anse d'intestin grêle fortement distendue et rouge; à l'union de cette portion avec la partie vide et resserrée, se trouve un corps dur, volumineux, qui est péniblement extrait de l'intestin par l'incision. Il fallut l'énucléer. La suture intestinale fut faite suivant le procédé habituel et l'épiploon étalé au-devant de la ligne de suture. Après quelques signes d'amélioration, le troisième jour se déclara une péritonite généralisée promptement mortelle.

L'autopsie démontra que l'obstruction siégeait 40 centimètres au-dessous de l'estomac, que la ligne de suture avait parfaitement tenu, mais qu'il existait, sous le foie, une loge putride, dans laquelle on voyait des débris de la vésicule biliaire et une déchirure récente du colon transverse qui constituait une des

parois de cette cavité. C'est cette rupture qui avait occasionné la péritonite à laquelle avait succombé la malade.

Le calcul biliaire était fort volumineux, il avait 7 centimètres de long sur 3 et demi de large.

Kyste séreux de la vessie. — M. SEGOND (de Paris), au cours d'une de ses hystérectomies pour suppurations pelviennes, ramena, par la plaie vaginale, une petite tumeur lisse, arrondie et dure, que l'examen clinique lui avait fait prendre pour un fibrome utérin, mais qui, en réalité, était inclus dans la paroi musculaire postérieure de la vessie. La tumeur était kystique et contenait un liquide citrin renfermé dans des parois fibreuses régulières. Le diagnostic histologique sur la nature de ce kyste n'a pu être porté. M. Segond signale cette observation à cause de la rareté du fait.

Anévrysme ischiatique guéri par une injection coagulante. — M. MONTAZ (de Grenoble) a observé dans son service un homme de trente-cinq ans, qui présentait dans la fesse gauche une tumeur volumineuse, dont il faisait remonter le début à cinq ans. Cette tumeur présentait tous les signes de l'anévrysme : battements, souffle, expansion, etc. Des battements se faisaient sentir en arrière sur le trajet du cordon anastomotique collatéral. Une injection coagulante fut pratiquée, le lendemain la tumeur ne battait plus, mais une douleur atroce survint, le pus devint violacé et froid, le pouls fiévreux ne fut plus perçu, l'avant-pied se gangréna. M. Montaz pratiqua l'amputation de Chopart, mais l'anévrysme avait disparu.

Un an après ce malade se suicida, et l'autopsie put être faite. On trouva sur l'artère ischiatique un petit noyau fibreux. Il n'y avait plus trace de l'anévrysme.

De son observation, M. Montaz peut tirer plusieurs conclusions :

1° Les signes donnés par M. Farabeuf pour distinguer l'anévrysme ischiatique de l'anévrysme fessier, sont complètement illusoires. Il faudrait accorder plus de valeur aux battements perçus dans la partie postérieure de la cuisse, comme signes de l'anévrysme ischiatique ;

2° Les injections coagulantes sont dangereuses, et peuvent déterminer la gangrène des membres par embolie. Mieux vaudrait employer la méthode ancienne d'incision avec ou sans extirpation du sac.

Dans le cas d'embolie, le massage artériel peut fragmenter le caillot, le dissocier et enrayer les fragments dans des vaisseaux de second ordre et prévenir ainsi, ou tout au moins diminuer le sphacèle.

Traitement des abcès urineux. — M. DESNOS (de Paris) dit que, pour bien guérir les abcès urineux, il faut faire une incision périnéale, large, hâtive et rapide, mais il est de toute nécessité d'épargner tout traumatisme à l'urèthre.

Toutefois, dans les cas où l'abcès est constitué par une cavité unique, à parois lisses, sans cloisonnement, sans infiltration périnéale diffuse, on peut, après soigneuse asepsie de l'urèthre, pratiquer l'uréthrotomie interne, mais il ne faut pas chercher l'accolement des parois de l'abcès.

Si, au contraire, les abcès sont multiples, cloisonnés, situés au milieu de tissus indurés, il faut faire une très large incision au périnée, détruire toutes les loges, établir un drainage aboutissant sur les côtés de la verge, mais il ne faut, à aucun prix, toucher à l'urèthre.

Statistique d'hystérectomies abdominales. — M. TERRILLON (de Paris) vient donner sa statistique des hystérectomies sus-vaginales qu'il a pratiquées. Sur 54 cas, il a eu 6 décès. Ces 54 cas se répartissent ainsi : 28 cas avec pédicule rentré lui ont donné 3 morts ; 26 cas avec pédicule externe, avec 3 morts. La mortalité semble donc la même par les deux procédés.

Voici les modifications que l'auteur a introduites dans sa technique.

Quand il s'agit du pédicule externe : 1° M. Terrillon supprime toute suture séro-séreuse du pédicule, comme constituant un temps opératoire long et inutile, en serrant le dernier fil de suture de la paroi abdominale, le pédicule se trouve suffisamment embrassé par la boutonnière pariétale.

2° Il dessèche ce pédicule en le recouvrant et en insinuant dans la rainure de la poudre de tannin et d'iodoforme.

3° Il fixe le caoutchouc externe par un simple fil de soie et non par un instrument plus ou moins compliqué, susceptible de soulever le pansement et d'ouvrir la porte à l'infection.

4° Il a abandonné les tubes pleins qui cassent spontanément deux ou trois jours après leur application, et il se sert de la sonde en caoutchouc rouge de Nélaton, n° 14 ou 15 de la filière. Pour cela il détruit le vernis qui se trouve à sa surface par l'immersion prolongée dans le permanganate de potasse, puis il la lave à l'eau bouillie et au savon. Enfin, elle est plongée dans un tube contenant une solution de sublimé à 2 p. 100 et portée pendant vingt minutes à l'autoclave à une température de 130 degrés.

Ses 3 morts sont dues : l'une à des pansements défectueux, le trente-neuvième jour la malade succombait à la septicémie chronique ; la deuxième a succombé à une hémorrhagie par le pédicule, maintenu sans caoutchouc constricteur ; la troisième est morte de septicémie le quatrième jour.

Quand il pratique la réduction du pédicule, M. Terrillon abrase le cône muqueux central et cautérise avec la large boule du thermocautère. Il rentre ce pédicule, puis il le retire quelques instants après pour voir comment se comporte le lien en caoutchouc. Il n'est pas rare, en effet, après la reposition du moignon, de voir une partie du ligament large se détacher et saigner. Il faut alors faire une ligature complémentaire. Avant de laisser rentrer le pédicule, il est important de ne pas laisser d'anses intestinales s'engager dans le petit bassin où elles seraient comprimées dans la suite.

Ses 3 morts se répartissent ainsi : 1 par hémorrhagie ; 1 par septicémie, le quatrième jour ; 1 à la suite d'une opération grave laborieuse, au cours de laquelle le rectum et la vessie avaient été ouverts.

Dans deux cas, ses malades présentèrent tardivement des accidents fébriles, et on put extraire par le vagin les liens de caoutchouc au milieu d'une petite collection purulente.

A ces fibromes pédiculés, M. Terrillon ajoute deux cas de fibromes énormes et où l'on ne trouva pas de pédicule : l'un pesait 32 kilogrammes, la malade guérit ; le deuxième pesait 19 kilogrammes, la mort survint six heures après l'opération.

Ovaires ectopiés ; laparotomie. — M. DELAGENIÈRE (du Mans) relate une observation de laparotomie destinée à enlever, à une jeune fille, deux ovaires ectopiés dont elle paraissait souffrir. On avait déjà noté l'absence complète de vagin, et au cours de l'opération, M. Delagenière constate l'absence totale d'utérus. On se demande, dès lors, à quelle indication pressante a pu obéir ce jeune chirurgien, lorsque, chez cette malade, privée d'utérus et d'ovaires, il s'est mis à refaire péniblement un vagin, que l'on sait d'avance impropre, même à la copulation.

Pathogénie et traitement préventif de la fièvre urineuse. — M. LAVAUX (de Paris), après avoir rappelé que la pathogénie de la fièvre urineuse est restée obscure jusque dans ces dernières années, aucune des théories émises n'ayant permis de donner une explication satisfaisante de cette grave complication des affections des voies urinaires, fait connaître les résultats de ses recherches sur ce sujet.

En 1885, il constate, à l'hospice d'Ivry, que chez les vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate, les urines ont toujours été purulentes avant l'apparition de la fièvre urineuse.

En 1886, il note, à l'hôpital Saint-Antoine, les particularités suivantes : chez des rétrécis atteints de cystite que l'on traite par la dilatation d'après les anciens procédés, il survient de la fièvre urineuse. On a soin, alors, de faire précéder et suivre le cathétérisme de plusieurs lavages de la vessie, sans sonde, et la

fièvre urineuse ne se produit plus. La dilatation peut être ainsi achevée, sans déterminer de nouveaux accidents fébriles.

En 1887, il recueille à l'hôpital de la Pitié, chez des rétrécis, de nouvelles observations, qu'il communique à l'Académie de médecine. Chez un prostatique à la troisième période, avec état général très grave, il parvient également à éviter la fièvre urineuse, en substituant à l'urine purulente, contenue dans la vessie, une solution saturée d'acide borique. C'est alors qu'il publie un travail dans lequel il soutient, pour la première fois, que la fièvre urineuse lui paraît due à la pénétration dans le torrent circulatoire des microbes pathogènes contenus dans les voies urinaires; que la mort, qui survient parfois très rapidement dans ces cas, est le résultat d'une infection de l'organisme.

M. Lavaux rappelle que cette théorie de l'infection a été confirmée, depuis 1887, par de nouvelles observations cliniques, par la bactériologie, la chimie biologique et l'expérimentation. Il constate que ces dernières ont même permis de préciser la cause de la fièvre urineuse, en démontrant l'existence de poisons bactériens pyrétogènes, poisons solubles, et il conclut de la façon suivante : « Lorsque l'accès fébrile survient très peu de temps après une opération pratiquée sur l'urèthre ou la vessie, il est probable qu'il est uniquement dû à la pénétration dans le torrent circulatoire des poisons bactériens contenus dans les voies urinaires. Plus tard, au contraire, la fièvre urineuse est due, au moins en grande partie, aux poisons produits par les bactéries qui ont pénétré dans l'appareil circulatoire, bactéries dont la pullulation serait extrêmement rapide. »

Passant ensuite au traitement préventif de la fièvre urineuse, il rappelle ce précepte formulé par M. le professeur Bouchard : « Si le poison est sécrété sur une surface accessible, il faut l'évacuer ou le précipiter, empêcher qu'il soit absorbé. » Il montre que le traitement local ou direct permet seul de répondre efficacement à cette indication et qu'il y répond d'une façon simple, immédiate et rapide dans presque tous les cas. En effet, après avoir débarrassé l'urèthre des poisons bactériens qu'il contient, si cet organe présente un calibre suffisant, la cavité vésicale peut être soumise à des lavages abondants et répétés, soit à l'aide des anciens procédés, soit en pratiquant ces lavages sans sonde. Si l'urèthre est trop rétréci, ce dernier procédé permet encore d'intervenir d'une façon efficace. M. Lavaux cite, à ce sujet, des observations fort intéressantes, entre autres la suivante, qu'il a recueillie, en 1888, à l'hôpital Saint-Louis. Il s'agit d'un rétréci, âgé de soixante-quatorze ans, qui urine très difficilement depuis six mois, qui a des accès fébriles tous les jours, depuis deux mois, et qui entre à l'hôpital avec la vessie distendue, des urines très purulentes et une température de 40°6; le rétrécissement ne permet d'introduire qu'une bougie n° 3, que l'on fixe. Au bout de douze heures, la température est encore de 40°,3, mais le rétrécissement laisse passer une bougie n° 8 et la vessie s'est vidée. On fait alors des lavages de la vessie sans sonde, et douze heures plus tard, vingt-quatre heures après l'entrée du malade à l'hôpital, la température est tombée à 37 degrés. La dilatation est achevée sans déterminer d'accès fébrile.

M. Lavaux insiste sur la nécessité, pour éviter la fièvre urineuse, de répéter ces lavages dans les vingt-quatre heures, surtout lorsqu'il existe de l'uretéro-pyélo-néphrite, et de recourir à un liquide antiseptique, peu irritant et non douloureux. La solution saturée d'acide borique lui paraît le liquide de choix à employer.

En résumé, pour ce chirurgien, la fièvre urineuse est due à la pénétration dans le torrent circulatoire des poisons bactériens et des bactéries contenus dans les voies urinaires. Quant au traitement préventif de cette grave complication des maladies des voies urinaires, il consiste, suivant lui, à évacuer ces agents septiques à l'aide de lavages abondants et répétés de l'urèthre et de la vessie.

Traitement de certaines déviations utérines au moyen de pessaires. — M. BERRUT (de Paris) rapporte plusieurs observations de guérison définitive de femmes atteintes de rétroversion et de prolapsus utérins, traités par l'opération de la réduction et de la contention, sans opération sanglante. La confirmation de la guérison a été constatée cinq, dix, quinze et vingt ans après la suppression du moyen contentif.

M. Berrut pense donc que c'est à tort que certains chirurgiens rejettent systématiquement le pessaire de la thérapeutique gynécologique.

Curabilité de la péritonite post-laparotomique. — M. JULLIEN (de Paris). En face des péritonites trop fréquentes encore qui grèvent les statistiques des laparotomistes, que fait le chirurgien? Généralement rien. Et cette abstention est d'autant plus inexplicable, que ces mêmes chirurgiens n'hésitent pas à ouvrir le ventre dans les peritonites spontanées et en obtiennent de très heureux résultats (Raymond, Lawson Tait, Trèves).

La littérature comprend bien quelques tentatives, mais pour la plupart infructueuses (Mundé, Routier). Si bien qu'une guérison dans un cas de ce genre est une rareté, une exception digne d'être publiée, ne fût-ce que pour encourager les opérateurs à lutter plus vigoureusement contre ce danger.

M. Jullien a été assez heureux pour pratiquer une opération de ce genre dans son service de Saint-Lazare et sauver ainsi la vie à une jeune fille de dix-huit ans, lutteuse de profession, qu'il avait laparotomisée pour une suppuration pelvienne fort complexe. Une poche purulente rompue et des manœuvres très prolongées, c'en était assez pour que le péritoine fût exposé aux plus graves accidents septiques. Ceux-ci ne manquèrent pas de se produire, et, dès le soir de l'opération, le teint terreux, le facies grippé, la parole brève, le pouls incomptable semblaient attester une atteinte irrémédiable. C'est alors que le chirurgien fit sauter deux points de suture, réouvrit le ventre et fit passer dans sa cavité 7 litres de liquide antiseptique, ayant soin de fouiller du bout de sa longue canule de 25 centimètres tous les recoins depuis le diaphragme jusqu'au pubis. Pendant les trois jours qui suivirent, il renouvela cette opération, et sa malade, que le premier lavage avait ressuscitée, fut définitivement guérie par les suivants. Il avait aussi employé la glace en applications sur l'abdomen, et les injections de morphine et d'atropine pour faire cesser les vomissements.

Un tel exemple doit servir de contre-partie aux échecs trop connus, et pousser les chirurgiens dans une voie de lutte à outrance contre un ennemi qu'on peut vaincre avec de la décision, un soin méticuleux et quelque peu de persévérance.

Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse. — M. A. DARIER, partant de l'idée que les granulations sont de nature microbienne infectieuse, pose en principe que l'on ne peut être sûr de leur guérison définitive, que tant qu'on aura détruit complètement tout le tissu morbide comme c'est le cas pour le lupus, faisant abstraction des formes aiguës qui guérissent souvent par les cautérisations au sulfate de cuivre, au nitrate d'argent, etc. M. Darier vante, contre les formes rebelles, la destruction complète des granulations par le grattage et le brossage de tout leur contenu préalablement mis à nu par des scarifications. Une condition essentielle est d'étaler au jour toute la surface conjonctivale au moyen des pinces spéciales de façon à ce qu'aucune partie malade ne passe inaperçue. L'opération est longue et délicate et ne peut être faite sans chloroforme, mais elle récompense grandement et le malade et l'opérateur par des résultats qu'aucun autre procédé n'a donnés jusqu'ici dans un laps de temps aussi court.

En quatre ou cinq jours les malades éprouvent un soulagement considérable, et en très peu de temps les granulations ont, dans la plupart des cas, fait place à un tissu cicatriciel lisse et souple. Les ulcérations cornéennes se comblent et les pannus s'atténuent promptement. L'avenir nous apprendra si ce procédé met mieux que les autres traitements à l'abri des rechutes.

La séance est levée.

Séance du 3 avril (matin). — Présidence de M. Rochard.

TROISIÈME QUESTION

DES DIVERSES ESPÈCES DE SUPPURATIONS EXAMINÉES AU POINT DE VUE BACTÉRIOLOGIQUE ET CLINIQUE

Métastase purulente de l'anthrax. — M. VERNEUIL, au nom de MM. Thiéry et Beretta, communique l'observation d'un malade qui était atteint de pleurésie avec épanchement et d'une tuméfaction à la partie inférieure qui fit croire à la coexistence d'un abcès périnéphrétique. Une ponction faite dans la pleurésie donna issue à une sérosité louche; on fit des cultures avec ce liquide et on reconnut qu'il s'agissait d'une pleurésie à staphylococcus aureus. Les urines de ce malade étant saines et normales, M. Verneuil repoussa le diagnostic d'abcès périnéphrétique et pensa qu'il s'agissait d'un abcès sous-périostique de la colonne vertébrale. Il fit l'aspiration et donna issue à un pus phlegmoneux. Le lendemain, il ouvrit largement ce foyer et en évacua 1 litre et quart de pus. Il y avait un premier foyer dans le carré des lombes et un second se dirigeant vers la fosse iliaque. Il n'y avait rien du côté des reins ni du côté des os. C'est alors que M. Verneuil apprit que ce malade avait eu un anthrax à la fesse. M. Beretta examina le pus de cet abcès et y trouva le staphylococcus aureus. L'anthrax était cicatrisé. M. Verneuil termine en disant qu'on pourrait donc donner à cette observation le titre de métastase purulente de l'anthrax.

Des ostéomyélites à staphylocoques, à streptocoques et à pneumocoques au point de vue expérimental et clinique. — M. LANNELONGUE, persuadé que l'affection qu'il avait étudiée dès l'année 1878, sous le nom d'ostéomyélite aiguë des adolescents, était d'origine infectieuse, pria M. Pasteur d'en faire l'étude microbiologique, en 1880, et celui-ci obtint par cultures un microbe semblable à celui du furoncle.

M. Lannelongue rappelle avoir été le premier à démontrer les ostéomyélites à streptocoques et il vient fournir deux cas d'ostéomyélite à pneumocoques. MM. Verneuil et Netter avaient déjà rencontré cet agent dans les abcès de la région mastoïdienne consécutifs aux otites, c'est-à-dire dans des conditions spéciales. Il y avait donc lieu de comparer les lésions produites et de voir si on pouvait distinguer des espèces en clinique.

A. *Lésions expérimentales* : 1° *Staphylococcus aureus et albus.* — M. Lannelongue a fait ces expériences avec M. Achard. Les lésions ont été produites par des injections de cultures de l'aureus dans les veines, sans qu'on ait préalablement produit des fractures. Les résultats, en ce qui concerne les os, ont été des abcès sous-périostiques, des abcès intra-médullaires, des infiltrations purulentes, des nécroses baignant ou non dans le pus, des décollements épiphysaires.

On a obtenu les mêmes lésions avec l'albus, seulement il fallait donner des doses plus fortes, ce qui semble indiquer une virulence moindre.

2° *Streptocoque.* — On a obtenu les mêmes désordres avec quelques nuances seulement et une plus grande fréquence des arthrites et l'érysipèle dans la moitié des cas.

L'examen histologique a montré la présence de nombreux streptocoques, tantôt agglomérés en amas, tantôt disséminés dans le tissu médullaire, comme les premiers. On en a trouvé dans les canaux de Havers, dans le périoste, dans les capillaires, dans les travées directrices de l'ossification.

3° *Pneumocoque.* — MM. Verneuil et Netter l'avaient vu dans un abcès mastoïdien communiquant avec l'oreille moyenne, cela allait de soi. MM. Netter et Mariage l'ont vu aussi dans des foyers de fractures multiples. Enfin nous avons été assez heureux pour observer le premier cas d'ostéomyélite à pneumocoques sans lésion des os, l'infection ayant eu lieu sans cause appréciable et incontestablement par la voie sanguine. L'affection occupait l'extrémité supérieure du fémur gauche chez un enfant de dix-sept mois; nous en avons recueilli un second chez un enfant de quatre mois; ici, la localisation occupait l'extrémité inférieure du fémur. Dans les deux cas, l'articulation suppura promptement et abondamment, mais la guérison des arthrites a été prompte. La cicatrisation des foyers osseux a eu lieu sans nécrose et en peu de temps. Il s'est fait dans les deux cas des produits plastiques abondants dans les jointures.

L'examen microbiologique y a révélé les caractères des pneumocoques de Frænkel : diplocoques lancéolés et encapsulés. Les stries sur gélose forment un pointillé fin; le bouillon est troublé à 38 degrés.

Expérimenté sur la souris et le lapin, il a été mortel, et on l'a trouvé dans le sang et la pulpe de ces animaux.

B. *Clinique.* — M. Lannelongue a examiné 37 cas d'ostéomyélite : 21 à staphylocoques aureus; 7 à staphylocoques albus; 1 à staphylocoques albus et aureus; 4 à streptocoques; 2 à pneumocoques et 2 indéterminés.

L'ostéomyélite à staphylocoques présente le tableau classique bien connu.

Bien que les faits ne soient pas encore très nombreux, l'ostéomyélite à streptocoques paraît présenter des différences qui ont permis de la reconnaître. Son début est très aigu, la fièvre est très intense, mais reste moins longtemps élevée; la température descend de 40 degrés en deux ou trois jours et n'offre plus que de grandes oscillations du matin au soir. Les douleurs spontanées sont moins vives. L'état local présente des caractères différentiels saillants. La suppuration est rapide à se former et vaste, il n'y a pas de bourrelets périphériques, la peau est érysipélateuse avec œdème et le réseau veineux si constant dans l'ostéomyélite à staphylocoques fait défaut. Au contraire, il semble que l'appareil lymphatique soit le siège d'une infection secondaire, témoin l'angioleucite réticulaire et l'adénite observées dans ces cas. Enfin, les complications articulaires dans des jointures plus ou moins éloignées, sont plus communes dans l'ostéomyélite à streptocoques. Dans les deux premiers cas, il s'agissait de nouveau-nés dont les mères avaient eu des accidents puerpéraux et l'on sait que le streptocoque est l'agent habituel de l'infection.

Au point de vue pronostique, les faits actuels semblent faire croire que le streptocoque trouve dans la moelle des os un terrain moins favorable, par suite, ses effets paraissent moins graves. Il n'y a pas eu de nécroses dans deux cas.

En résumé, la clinique, d'accord avec les enseignements de la physiologie expérimentale, établit que les ostéomyélites à staphylocoques sont les plus graves; celles à streptocoques viennent ensuite, et enfin, les ostéomyélites à pneumocoques sont les plus bénignes.

Indications fournies au diagnostic et au traitement des suppurations par les recherches bactériologiques. — M. VERNEUIL fait une communication sur les indications que l'on peut tirer des études bactériologiques pour le traitement des suppurations.

La belle découverte de la nature et de la provenance du pus laissait encore ignorer la cause première de la suppuration. Il était réservé à la bactériologie de fixer la science sur ce point en montrant le rôle pyogène des microbes. Les microbes pyogènes sont nombreux : les uns sont constamment pyogènes, tels que le staphylocoque, le streptocoque; d'autres, surtout agents de maladies infectieuses, ne le sont qu'éventuellement, tels que le bacille de Koch, celui d'Eberth. En outre, il y a des abcès dont le pus est monomicrobien; d'autres qui contiennent à la fois plusieurs microbes. Ces associations microbiennes sont actuellement à l'étude. Elles peuvent être plus ou moins complexes. Un foyer primitivement monomicrobique peut devenir polymicrobique. Le microbe de l'érysipèle, par exemple, peut venir s'ajouter à d'autres microbes. Ces associations peuvent exister dès le début, ou se produire successivement, ou bien encore les diverses variétés de microbes devront se substituer les unes aux autres. Il y a des cas, enfin, où la suppuration existe sans microbes. On trouve parfois ainsi du pus ne contenant plus de microbes, mais en ayant contenu.

Les microbes engendrant la suppuration siègent partout où celle-ci l'observe. On en rencontre aussi bien dans la paroi d'une collection purulente que dans le pus lui-même, c'est ce que l'on observe plus particulièrement pour les abcès froids, clos, tuberculeux. On en trouve aussi dans des corps étrangers ayant séjourné dans des foyers purulents. Enfin, les microbes pyogènes peuvent rester longtemps à l'état latent, M. Verneuil a, depuis longtemps, insisté sur ce microbisme latent.

Il résulte de ces faits, que l'examen bactériologique du pus doit entrer définitivement dans la pratique journalière, d'autant qu'il en résulte des résultats thérapeutiques importants.

La destruction des microbes n'est pas chose banale, on n'a pas tout fait quand on a appliqué un pansement antiseptique quelconque. La spécificité des microbes entraîne la spécificité des microbicides. Il faut donc chercher pour chaque microbe donné son agent microbicide. Donc, cette indication est formelle, si vous voulez combattre la suppuration, il faut s'attaquer aux microbes; voilà longtemps, d'ailleurs, qu'on fait de l'antisepsie sans le savoir. La pyophobie a existé de tout temps. Nélaton avec l'alcool, Bonnet avec l'iode avaient déjà touché la question. Mais on ne savait pas ce qu'on faisait. Nous sommes, aujourd'hui, en possession d'agents dont nous connaissons l'action microbicide sur certains microbes. Tel, par exemple, l'acide phénique, contre les affections streptococciques, l'anthrax, l'érysipèle, la lymphangite; tel l'iodoforme contre le bacille de Koch, etc. L'ouverture des foyers purulents est destinée à évacuer le pus; il reste ensuite à les stériliser.

Hématome enflammé et suppuré à la suite d'un érysipèle. — M. RECLUS communique l'observation d'une femme de quarante ans, qui était atteinte d'un abcès de la région ombilicale. En examinant la tumeur il était aisé de reconnaître qu'elle siégeait dans les interstices du muscle droit antérieur. Quelques mois auparavant, cette malade avait été affectée d'une bronchite aiguë et, pendant un effort de toux, elle avait senti brusquement une douleur au niveau du siège de l'abcès actuel. Il s'était fait évidemment une déchirure de quelques fibres du muscle droit antérieur, d'où rupture musculaire et production d'une collection sanguine. Comment cet hématome est-il devenu un abcès? Quelques jours après un léger érysipèle est survenu à la face et l'on voit dès lors l'application des phénomènes : rupture des fibres du droit antérieur, production d'un hématome, inoculation par les streptocoques de l'érysipèle consécutif. L'examen bactériologique du pus de l'abcès a vérifié ce diagnostic, il contenait en effet le streptocoque de l'érysipèle.

Origine infectieuse de certaines formes de cystites. — M. BAZY (de Paris) dit que certaines formes de cystites, dites à frigore ou rhumatismales, peuvent être rattachées à d'autres causes, en particulier à une infection partie d'un autre point du corps. C'est ce qu'il a observé plusieurs fois; ainsi, dans un cas, c'est à la suite d'un abcès dentaire qu'une cystite survint; dans deux autres faits, la maladie est apparue consécutivement à une bronchite avec expectoration purulente, et à une suppuration sous-préputiale. Chez chacun de ces malades, il n'existait aucun signe de tuberculose ou de blennorrhagie; il ajoute que ces cystites guérissent très facilement.

Abcès du foie sans micro-organisme. — M. PEYROT communique une observation qu'il a déjà présentée à la Société de chirurgie. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 48.)

Thyroïdite suppurée consécutive à une pneumonie. — M. GÉRARD MARCHANT a observé une thyroïdite sur une femme de soixante-douze ans, qui, trois semaines après une pneumonie, vit survenir les accidents suivants au niveau de la région thyroïdienne. Après quelques jours de douleurs apparut sur la partie latérale gauche un gonflement rouge et œdémateux, offrant tous les symptômes d'une collection liquide suppurée. Une incision donna issue à une grande quantité de pus, dont l'examen histologique montra qu'il contenait des pneumocoques, sans autres micro-organismes; des cultures furent faites et reconnues positives; des inoculations furent pratiquées sur une souris, et dans le sang de cette souris, morte trente heures après les inoculations, on a découvert des pneumocoques.

La séance est levée.

Séance du 3 avril (soir). — Présidence de M. DUPLAY.

COMMUNICATIONS

Résection totale du tarse dans les lésions tuberculeuses. — M. GROSS (de Nancy) fait une communication sur ce sujet. Cette opération a été rarement pratiquée. Le nombre des observations publiées est assez restreint. M. Gross relate l'observation suivante : il s'agit d'une femme de vingt-trois ans, grande, pâle, portant sur la joue gauche un lupus érythémateux qui indiquait sa nature tuberculeuse. M. Gross l'opéra d'abord d'une gomme tuberculeuse à l'avant-bras droit, quelque temps après elle fut prise d'une synovite fongueuse; à peine était-elle guérie, qu'elle fut de nouveau atteinte au pied droit. M. Gross lui pratiqua la résection totale du tarse, et extirpa en une seule séance les sept os du tarse, en laissant seulement une mince capsule calcanéenne pour respecter l'insertion du tendon d'Achille. Les suites de l'opération furent simples mais fort longues. Le résultat définitif est parfait, ainsi qu'on peut le voir sur le moule présenté par M. Gross.

Cette observation prouve que c'est une erreur de croire que les lésions tuberculeuses du tarse doivent forcément entraîner l'amputation de la jambe. Elle montre encore que l'on peut enlever tout le tarse, et que, grâce à la méthode antiseptique, cette chirurgie conservatrice donne d'excellents résultats. En effet, chez la malade de M. Gross, le résultat fonctionnel est très bon, la forme du pied est satisfaisante, c'est un pied mignon et élégant et sur lequel la malade peut parfaitement s'appuyer.

M. MICHAUX rappelle à ce propos qu'il a modifié l'opération de Mickulicz en arrivant à faire une résection complète du tarse. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1169.)

M. PONCET (de Lyon) reconnaît que ces opérations, pratiquées sur le tarse, donnent de bons résultats, mais à la condition que l'on suive longtemps les malades; les suites de ces opérations sont, en effet, toujours fort longues. La désarticulation tibio-tarsienne est suivie d'une guérison beaucoup plus rapide.

Origine parasitaire du cancer. — M. LE DENTU, en son nom et au nom de M. Fabre-Domergue, fait une communication sur ce sujet. Il rappelle que c'est à M. Malassez que revient le mérite d'avoir le premier découvert dans le cancer ces protozoaires auxquels on a donné le nom de coccidées. Plusieurs travaux sont venus confirmer la découverte de M. Malassez, mais bientôt une voix discordante s'est élevée et M. Barel a démontré que les corps arrondis pris par M. Malassez pour des protozoaires n'étaient que des formes cellulaires. Les nouvelles recherches que M. Fabre-Domergue vient de faire dans le service de M. Le Dentu, viennent appuyer la manière de voir de M. Barel. La conclusion à en tirer est donc que jusqu'ici rien ne vient étayer l'origine parasitaire du cancer.

M. ALBARRAN défend à son tour l'opinion de son maître M. Malassez, sur la présence de sporospermies dans le cancer. Le travail de M. Fabre-Domergue prouve tout simplement qu'il existe des formes cellulaires capables de simuler ces sporospermies, mais la présence de celles-ci a été amplement démontrée par les travaux de M. Malassez et par les propres recherches de M. Albarran.

Sur le manuel opératoire de l'ablation des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. — M. RUAULT pratique l'ablation de ces tumeurs pendant l'anesthésie chloroformique, le malade étant étendu sur une table, la tête pendante. Il se sert de pinces-curettes à cuillers tranchantes, que M. Collin lui a construites dans ce but, il y a déjà quatre ans, et il enlève toute

la tumeur en une seule séance. Le point important, et sur lequel l'attention n'a pas encore été suffisamment appelée jusqu'ici, est de pratiquer l'opération antiseptiquement. Il faut faire l'antisepsie préalable du champ opératoire, ce qu'on réalise en faisant faire, par les fosses nasales, des insufflations antiseptiques (poudre de salol) pendant trois ou quatre jours avant d'opérer. Il faut encore, après l'opération, faire continuer ces insufflations pendant six à huit jours. On évite ainsi les accidents consécutifs, et particulièrement la fièvre, qu'on observe si fréquemment orsque ces précautions ne sont pas prises.

Pathogénie de l'hydrocèle congénitale; variété peu connue de cette hydrocèle. — M. G. PHOCAS (de Lille). On est peu d'accord sur la provenance du liquide dans l'hydrocèle congénitale. Les uns ont admis l'origine péritonéale du liquide, d'autres sa production sur place. Certains faits plaident en faveur de l'origine péritonéale, de l'épanchement et, en particulier, la guérison de l'hydrocèle par la simple oblitération du canal péritonéo-vaginal. M. Phocas a eu l'occasion d'observer cette guérison chez un enfant de onze ans, opéré par lui, le 17 novembre 1890, d'une hydrocèle congénitale, chez lequel il s'est contenté d'exciser le collet du sac dans l'étendue de 1 centimètre environ.

Au point de vue clinique, on peut souvent constater la présence des signes d'une ascite plus ou moins manifeste dans beaucoup de cas d'hydrocèles congénitales. M. Phocas cite trois observations où ces signes lui ont apparu très nettement, car il a pu trouver le phénomène du flot et la matité caractéristique de la présence du liquide. Du reste, dans un de ces faits, l'opération est venue confirmer l'origine péritonéale de l'épanchement. En faisant la cure radicale de l'hydrocèle, M. Phocas a ouvert le sac et l'écoulement du liquide a été absolument disproportionné relativement au volume de l'hydrocèle. Cette dernière ne mesurait que 5 centimètres environ. Elle pouvait contenir 30 grammes de liquide et cependant il est sorti un demi-litre de liquide qui provenait certainement du péritoine. Enfin, il est très exact, ainsi que le fait remarquer M. Faure dans une Revue sur la question publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (1), que l'apparition de l'hydrocèle congénitale coïncide avec un affaiblissement de la santé de l'enfant. Cette dernière considération l'amène tout naturellement à parler de la nature du liquide contenu dans la poche.

Déjà, dans les observations de MM. Lorrain et Letulle, l'hydrocèle congénitale fut occasionnée par une péritonite purulente. Dans deux observations de M. Phocas, ce fut la tuberculose péritonéale qui a engendré l'hydrocèle. La constatation de la nature tuberculeuse du liquide fut faite dans un cas, au point de vue bactériologique. On y a trouvé des bacilles de Koch. L'enfant eut du reste, peu de temps après, tous les signes d'une péritonite tuberculeuse, pour laquelle la laparotomie fut pratiquée. Quatorze mois après, la mort est survenue à la suite d'une fistule stercorale et de l'évolution de la tuberculose péritonéale et pulmonaire.

Un autre enfant, porteur d'une hydrocèle et d'une ascite, ne fut pas opéré à cause des lésions avancées du poumon. Il est mort, quatre mois après, de généralisation tuberculeuse.

Ces faits ont rarement attiré l'attention des chirurgiens. Ils sont à rapprocher des observations de tuberculose herniaire rassemblées dans un travail de M. Jonnesco, qui est en voie de publication dans la *Revue de chirurgie* (observation de Cruveilher, Lejars, Guinon, Jonnesco, Puech, Lagneau et P. Berger).

Si l'hydrocèle n'était qu'un épiphénomène de la péritonite tuberculeuse, elle mériterait à peine une mention. Mais ce qui fait l'intérêt de ce complexus pathologique, c'est la prédominance de l'hydrocèle au début. On croit se trouver en présence d'une hydrocèle congénitale classique; on assiste, en réalité, à l'éclosion des premiers signes d'une péritonite tuberculeuse. Pour cette raison, M. Phocas propose d'appeler cette forme d'hydrocèle « hydrocèle congénitale tuberculeuse », sans rien préjuger de sa fréquence et de sa gravité.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 845.

Une dernière question peut être soulevée à propos de ces faits, à propos de la marche des lésions. Est-ce le péritoine qui devient primitivement tuberculeux? N'est-ce pas plutôt le sac péritonéo-vaginal qui est le premier atteint de la tuberculose? Sur ce point, on ne peut émettre une opinion raisonnée.

Des fractures épiphysaires par tentatives de redressement dans les tumeurs blanches. — M. ISCOVESCO (de Paris). Il résulte des quatre observations que l'auteur a publiées :

1° Que dans certains cas d'affections articulaires chroniques, il y a un véritable ramollissement des cartilages épiphysaires juxta-articulaires;

2° Que dans les quatre observations qu'il a citées, il s'agit d'enfants âgés de moins de dix ans;

3° Que dans aucun de ses cas, la fracture épiphysaire n'a semblé aggraver le pronostic;

4° Que lorsque cet accident se produit, il faut soigner le membre par l'immobilité avec réaction continue dans une bonne position.

5° Que dans ces cas, non seulement les fractures ont eu une évolution bénigne, mais qu'encore elles ont semblé exercer une influence favorable sur l'évolution de la maladie articulaire, au point qu'il se demande si l'ostéoclasie juxta-articulaire ne serait pas un moyen efficace pour le traitement des tumeurs blanches.

Kyste hydatique du foie ayant envahi tout l'organe; laparotomie; guérison. — M. P. MICHAUX (chirurgien des hôpitaux de Paris). Les faits de kyste hydatique du foie traités par la laparotomie n'offrent plus que très rarement un intérêt suffisant pour justifier une communication. Cependant, si nous connaissons bien, depuis la communication de notre maître et collègue M. Segond, les kystes antéro-supérieurs et antéro-inférieurs, il y a encore deux catégories où les faits de laparotomie sont relativement rares : ce sont les kystes hydatiques centraux et les kystes hydatiques ayant envahi la totalité de l'organe.

M. Michaux a observé cette année deux faits appartenant à chacune de ces deux variétés.

Dans le cas de kyste hydatique central, la tumeur faisait une saillie considérable à la région épigastrique, le diagnostic fut facile, mais l'opération présenta des difficultés particulières en raison de la situation très profonde du kyste; il faudra donc, dans certains de ces kystes, se borner au traitement médical.

La seconde observation est extrêmement curieuse; il s'agit d'un kyste hydatique ayant détruit la totalité du foie et contenant 15 litres de vésicules hydatiques. La cavité unique remontait en haut jusqu'à la quatrième côte qu'il a nettement sentie dans toute son étendue.

La cavité fermée en bas par les intestins fut suturée aux lèvres de l'incision des parois de l'abdomen et bourrée de gaze salolée. Elle a mis un an à se combler. Au bout de ce temps, la malade nous a quitté engraissée, méconnaissable, enchantée. Les difficultés du diagnostic, les bons résultats de la laparotomie, la reconstitution du foie qui semblait détruit en totalité, constituent autant de points intéressants qui méritaient d'être signalés.

Sur un nouveau procédé de greffe intestinale. — M. CHAPUT a obturé de larges perforations intestinales (mesurant 3 centimètres sur 2 centimètres) chez le chien, en suturant des plaques de gaze iodoformée (5 à 6 doubles d'épaisseur) au pourtour de l'orifice (trois guérisons dans trois cas).

Ces plaques restent en place plusieurs semaines, mais comme elles sont infectées par leur face profonde, elles finissent par s'éliminer dans l'intestin.

Elles protègent d'autant mieux le péritoine, que l'épiploon leur adhère immédiatement et forme une seconde couche protectrice organisée et définitive, de plusieurs millimètres d'épaisseur.

C'est, en somme, une greffe temporaire qui permet à l'épiploon de s'épaissir et de s'organiser convenablement. La gaze

arrête la migration des microbes vers le péritoine par sa structure aréolaire, par l'action antiseptique de l'iodoforme et aussi, grâce aux phénomènes de phagocytose qui se produisent dans l'intérieur des mailles. On trouve, en effet, dans celles-ci, des leucocytes qui continuent à vivre, grâce au voisinage immédiat de l'épiploon et des tuniques intestinales qui envoient des prolongements dans l'épaisseur même de la rondelle iodoformée. Cette greffe est supérieure à la greffe épiploïque, car à l'état sain, l'épiploon est trop friable pour constituer un obturateur suffisamment résistant.

L'auteur pense que ce procédé pourrait s'appliquer avec avantage aux coups de feu de l'intestin et aux perforations intestinales survenant au cours de la laparotomie (adhérences intestinales).

Il est encore très avantageux d'employer cette greffe dans la plupart des opérations sur l'intestin. On revêt les lignes de suture de bandelettes de gaze et l'on obtient ainsi une sécurité beaucoup plus grande. L'auteur, dans trois cas, s'est servi de ce procédé pour des sutures circulaires et il a eu trois succès.

Étude comparative des divers procédés de suture intestinale; modification de l'entérorrhaphie longitudinale. — M. CHAPUT. On peut reprocher à la suture circulaire séro-séreuse le rétrécissement valvulaire et son insuffisance en présence des inégalités de calibre.

La suture circulaire par abrasion diminue le rétrécissement, mais ne donne pas satisfaction pour les inégalités de calibre.

L'entérorrhaphie longitudinale remédie aux deux inconvénients précités, mais elle est longue et l'oblitération de l'orifice terminal n'a pas atteint jusqu'ici toute la perfection désirable.

Quant à l'entérorrhaphie par anastomose, elle expose à l'oblitération spontanée de l'orifice qui peut encore se trouver obturé par la saillie des bouts invaginés.

La nouvelle opération se pratique de la façon suivante :

On commence comme pour une suture circulaire. On exécute d'abord un premier plan de suture muco-muqueuse, sur la demi-circonférence postérieure de l'intestin. On fait ensuite une fente longitudinale de 3 centimètres sur chacun des deux bouts. Cette fente peut être placée, soit sur le bord convexe, soit à égale distance entre ce bord et l'insertion mésentérique. On obtient, de chaque côté de cette incision, deux lambeaux flottants triangulaires, que l'on arrondit en excisant leur sommet.

On achève la suture muco-muqueuse sur toute la circonférence de l'intestin, et on la poursuit sur les bords des fentes jusqu'à leur terminaison.

Il ne reste plus qu'à renforcer le premier plan des sutures par deux séries de points séro-séreux ou une seule série de suture de Gussenbauer.

En résumé, cette opération est identique à l'entérorrhaphie longitudinale, à cela près, que dans l'exécution de cette dernière, on commence par réunir entre elles les fentes longitudinales, tandis que dans le nouveau procédé on suture d'abord l'orifice terminal.

Les avantages de ce procédé sont : 1° de supprimer le rétrécissement valvulaire; 2° de remédier efficacement aux inégalités de calibre (il suffit de prolonger davantage l'incision sur le bout le plus petit); 3° de permettre des adossements aussi larges que possible, grâce à l'ampleur de l'étoffe disponible; 4° elle est facile à exécuter.

Note sur l'arthrectomie et la résection intra-épiphysaire du genou chez les enfants. — M. COUDRAY (de Paris). La tuberculose du genou est très fréquente chez l'enfant. Très souvent aussi elle y est grave.

Sans doute, le traitement conservateur, et en particulier l'extension continue donne des résultats satisfaisants, surtout dans les premières phases du mal, mais il échoue dans un grand nombre de cas.

Quand surviennent la suppuration et les fistules, on est amené à des opérations plus complètes, l'arthrectomie et la résection intra-épiphysaire, puisqu'il s'agit d'enfants. C'est ce que M. Coudray a fait dans les deux observations qui suivent.

La première est relative à une tuberculose du genou chez un garçon de six ans, caractérisée par des fongosités très abondantes, pour deux abcès fémoraux indépendants et un trajet fistuleux lié à une lésion du tibia. L'arthrectomie fut pratiquée le 19 mars 1888, à l'aide de la bande d'Esmarch, dissection complète de la synoviale doublée d'épaisses fongosités, extirpation des cartilages semi-lunaires, grattage des abcès, évidement des os malades, drainage. Après une suppuration de quatre mois et un abcès poplité consécutif, l'enfant a guéri avec une ankylose légèrement fléchie et solide, sans raccourcissement appréciable au bout d'un an.

Dans une deuxième observation, relative à un garçon de sept ans et demi, atteint d'une tuberculose du genou depuis cinq ans, après avoir sans résultat longuement appliqué le traitement conservateur et avoir fait l'arthrotomie, le grattage articulaire et l'ignipuncture, l'auteur pratiqua la résection et l'opération montra qu'il y avait une caverne dans le condyle interne du fémur, et une grande cavité occupant presque toute l'épiphyse du tibia. Il a enlevé 12 millimètres du fémur, et 6 à 7 millimètres du tibia. Traitement de la plaie, comme l'a indiqué J. Bœckel, absence de ligatures et de suture osseuse, absence absolue de drainage, pansement sous la bande d'Esmarch. L'asepsie fut parfaite et le pansement fut enlevé le dix-septième jour. La consolidation était à peu près complète au bout d'un mois.

Aucun renseignement ne peut être donné sur le raccourcissement à craindre, mais les documents qui existent sur ce sujet, permettent de le connaître approximativement.

Tout d'abord il est évident qu'on ne pouvait penser, dans ce cas, à faire une simple arthrectomie. D'ailleurs, les faits de J. Bœckel, ceux de Wright et Collier, de Neugebauer montrent que cette opération, de même que l'ostéo-arthrectomie, donne d'assez mauvais résultats chez l'enfant, tant au point de vue des suites immédiates, suppuration et fistules fréquentes, consolidation très lentes, qu'au point de vue du raccourcissement ultérieur, qui n'est nullement évité, pas plus que dans les résections intra-épyphisaires.

Il résulte, en effet, des 16 cas de Bœckel, des 26 indiqués par Neugebauer, que le raccourcissement observé à la suite des résections de 2, 3 centimètres, ne s'élève guère qu'à 4 et 6 centimètres au bout de quelques années, et que la croissance achevée, les sujets ne présentent qu'un raccourcissement définitif de 6 à 8 centimètres, ce qui est très compatible avec une marche excellente.

Il ne faut donc pas proscrire la résection extra-épyphisaire du genou chez les enfants, on peut même dire qu'elle constitue une très bonne opération pour les tuberculoses suppurées et graves du genou qui, presque toujours, s'accompagnent de lésions osseuses profondes, l'arthrectomie restant indiquée seulement dans les cas où les cartilages sont absolument sains.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 2 avril 1891, MM. les docteurs Decuignières, maire de Clermont (Oise), et Viret, médecin en chef honoraire de l'asile départemental d'aliénés de Prémontré, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 4 avril 1891, MM. les docteurs Lefebvre et Gibrat ont été nommés médecins de deuxième classe de la marine.

— Un concours pour deux places de médecin au Bureau central s'ouvrira, le mardi 12 mai 1891, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi

13 avril 1891, à midi, et clos définitivement le mardi 27 du même mois, à trois heures.

— Un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux de Paris, s'ouvrira le lundi 25 mai 1891, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat général de l'administration de onze heures à trois heures, du lundi 27 avril au samedi 9 mai inclusivement.

— Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger, s'ouvrira le 9 novembre 1891, devant la Faculté de médecine de Montpellier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 42. — JEUDI 9 AVRIL 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 9 AVRIL 1891. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. Les éléments principaux du pronostic et du diagnostic. — Congrès français de Chirurgie. — Académie de Médecine. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La semaine qui vient de s'écouler ayant été toute au Congrès de chirurgie, la séance de l'Académie s'en est un peu ressentie. Nous n'avons, en effet, à signaler que trois petits rapports et deux courtes communications.

M. Chauvel a fait un rapport sur un cas d'anévrysme spontané de l'artère thyroïdienne inférieure adressé par M. Brousses (de Lyon). Après une courte discussion sur les signes diagnostiques de cet anévrysme, M. le rapporteur termine en signalant les inconvénients que peut avoir la ponction dans ces cas, quelque justifiée qu'elle soit d'ailleurs par l'obscurité du diagnostic. Le second rapport, fait par M. Bucquoy, avait pour but d'analyser un travail de M. Hache (de Beyrouth), relatif à trois cas de pleurésie purulente traités par l'incision postérieure de Walther. A propos de ce travail, dont nous avons donné le résumé, M. Bucquoy rappelle que la Société médicale des hôpitaux et la Société de thérapeutique ont admis comme règle générale qu'il faut s'abstenir des lavages intra-pleuraux dans les pansements consécutifs à la pleurotomie. Enfin, dans le troisième rapport, lu par M. Charpentier, il s'agit d'une opération césarienne pratiquée par M. Jeannel (de Toulouse) sur une femme atteinte d'un carcinome annulaire du col et du vagin.

Les deux communications sont d'ordre chirurgical ; l'une d'elles, celle de M. Doyen (de Reims), a été faite en double au Congrès de chirurgie ; il s'agit d'une comparaison entre la laparotomie et l'hystérectomie vaginale. Il s'agit également de l'hystérectomie vaginale dans la communication qu'a faite M. Jules Bœckel (de Strasbourg). Nos lecteurs ont suffisamment entendu parler de ces deux opérations dans nos derniers numéros pour que nous n'y revenions pas encore ici.

Hier, l'Académie a recommencé la discussion sur la dépopulation de la France. Signalons seulement, à propos de cette discussion, une petite conférence de M. Le Fort sur l'accouchement secret en Russie, et une nouvelle campagne de M. Guéniot en faveur du rétablissement des tours.

L'Académie a entendu plusieurs communications : M. Polaillon a lu une curieuse observation d'hermaphrodisme avec autopsie ; M. Tripier (de Lyon) a communiqué un cas d'angiome capsulaire du genou guéri par l'extirpation partielle ; M. Magnant (de Gondrecourt) a lu une note sur le traitement et la guérison de beaucoup de maladies, en particulier de la tuberculose pulmonaire, par l'injection de lymphe pure humaine.

On a ensuite procédé à l'élection de deux nouveaux membres correspondants nationaux dans la première division, MM. Morvan (de Lannilis) et Bouchard (de Bordeaux). Puis l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hérard sur les candidats au titre de membre associé national. La liste de présentation porte : en première ligne, M. Levieux (de Bordeaux) ; en seconde ligne, M. Mignot (de Chantelle) ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Nivet (de Clermont-Ferrand) et Rollet (de Lyon).

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Les éléments principaux du pronostic et du diagnostic.

La thérapeutique est le but suprême de la médecine ; c'est vers elle que doivent tendre tous les efforts de la clinique ; celle-ci, dès que le traitement n'est pas son objectif principal, se trouve, comme on l'a dit, réduite à une inutile histoire naturelle. Et pourtant, avant d'aborder dans le cours de ces leçons les grandes indications du traitement dans chacune des principales affections médicales, laissez-moi une fois encore vous montrer que ces indications ont pour base le pronostic et le diagnostic, qu'il n'est aucun des signes si multiples, si complexes de la séméiologie, qui ne vienne, d'une façon directe ou indirecte, concourir au traitement.

Que le pronostic soit le fondement même de la thérapeutique, c'est un fait évident par lui-même. Il est, en effet, des affections à évolution bénigne, tendant d'elles-mêmes vers la guérison, qu'il est inutile de traiter. Il en est d'autres, plutôt utiles au malade qu'elles atteignent, et qu'il faut savoir respecter. Il en est enfin de dangereuses qu'il faut combattre avec toutes les ressources dont vous disposez. Pour prendre un exemple, les diverses variétés cliniques de pneumothorax offrent bien les types de ces trois

classes d'affections : indifférente, utile et dangereuse. Chez un premier malade, il s'agira d'un pneumothorax très limité, sans dyspnée, sans réaction, au cours d'une tuberculose chronique; attendre la résorption spontanée est le seul parti possible. Chez un second, le pneumothorax, encore unilatéral, sera survenu au cours d'une granulie ; l'épanchement aérien, en comprimant le poumon, est alors plus utile pour enrayer l'envahissement tuberculeux, que nuisible par l'augmentation de dyspnée qu'il entraîne. Chez un troisième, au contraire, ce sera un épanchement bilatéral très étendu, menaçant d'amener la mort par suffocation. Inutile chez le premier malade, contre-indiquée chez le second, l'intervention s'impose impérieusement chez le troisième. La fièvre typhoïde avec ses variations d'intensité vous a offert, cet hiver, bien d'autres exemples des diversités d'indications thérapeutiques dans une même maladie; dans certaines formes hyperpyrétiques, l'expectation aurait été aussi déraisonnable que l'eût été l'intervention à outrance dans certaines fièvres bénignes. Il faut admirer comme théoriciens, et plaindre comme praticiens, ceux-là qui préconisent un seul traitement systématique, toujours le même, dans les formes si variées de cette affection.

Mais si le pronostic est la base du traitement, il a lui-même le diagnostic pour base. Certes, bien des tentatives ont été faites, et les plus anciennes remontent aux livres hippocratiques, pour établir des signes du pronostic en soi. Ces signes ont une réelle valeur. Toutefois, les mieux établis d'entre eux indiquent surtout, soit la mort prochaine (facies hippocratique, par exemple), soit, au contraire, la convalescence à bref délai. Ce sont donc là des éléments un peu tardifs, et qui ne sont guère utiles pour les indications du traitement.

Le diagnostic, au contraire, qui vous permet de connaître, avec la nature de la maladie, toutes les notions déjà acquises sur sa marche régulière et ses complications possibles, est la vraie base du pronostic. Mais pour y parvenir, il faut une série d'opérations complexes; il faut recueillir les symptômes soit objectifs soit subjectifs de l'affection, interpréter leur valeur, tirer une conclusion précise. La première de ces opérations est aujourd'hui — avec la multiplicité des symptômes fournis non seulement par l'examen direct du malade, mais par l'analyse chimique, l'électricité, le thermomètre, le microscope, — singulièrement plus difficile à bien faire et à faire complètement qu'autrefois. La recherche de quelques-uns de ces symptômes, les examens bactériologiques, par exemple, ne peut être faite que par des observateurs spécialement préparés à cette tâche. D'autres recherches plus simples deviennent elles-mêmes la source de grossières erreurs. Il me suffira de vous en citer deux exemples. Prenez la température d'un phtisique comme on le fait d'ordinaire, en laissant cinq minutes un thermomètre même très sensible dans l'aisselle. Vous trouverez 37°5. Au bout de vingt minutes, vous aurez 39 et plus. C'est que, si ce délai de cinq minutes est suffisant dans les fièvres internes avec circulation exagérée pour amener le creux de l'aisselle à une température voisine de la température centrale, il est loin de l'être pour amener cet équilibre chez des sujets fébricitants, mais à circulation affaiblie. Je ne vous parle pas des causes d'erreur liées au thermomètre lui-même, bien que j'aie vu, dernièrement encore, toute une famille fort alarmée par des températures de 41 degrés, constatées matin et soir chez une jeune accouchée. Vérification faite, il s'agissait simplement d'une rupture de la colonne mercurielle invariablement fixée au chiffre de 41 degrés. — La recherche de l'albumine elle aussi, cette opération si simple en apparence, est la source d'erreurs nombreuses. Il suffit, par exemple, que le tube dans lequel vous chaufferez l'urine ait été antérieurement mouillé avec un peu d'acide nitrique, pour que le précipité cesse de se produire, même par une ébullition prolongée. Ce petit fait peu connu est la cause de bien des diagnostics erronés. Il est si constant que je l'utilise chez ces hypochondriaques passant leur temps à analyser eux-mêmes leurs urines, et tourmentés par l'apparition du moindre précipité. Ces tubes à analyse qu'on leur confie ont été une fois mouillés d'acide nitrique. Les pauvres malades se rassureront vite en voyant leurs recherches journalières ne plus donner de précipité.

Les signes subjectifs éprouvés par le malade ne sont pas d'une recherche moins délicate que les signes objectifs. Que de fois le médecin dicte inconsciemment aux malades leurs réponses par la forme trop formelle, trop suggestive de ses questions! Que de fois aussi le malade, au lieu de vous donner des renseignements simples et précis, s'obstine à les remplacer par ses théories et ses interprétations! Et pourtant, dans bien des cas, il vous importe d'être exactement fixé sur les symptômes ressentis par le malade. En voici un seul exemple tiré du pronostic de l'angine de poitrine. Tel malade voit ces accès douloureux survenir la nuit brusquement pendant le sommeil, ces accès sont atroces. Tel autre les voit survenir après une fatigue, au bout de deux à trois heures de marche ou après avoir monté plusieurs étages. Tel autre, au contraire, n'a qu'une douleur légère supportable, mais qui vient au moment même d'un effort insignifiant, pendant qu'il monte une rue en pente, en marchant contre le vent par exemple. Cette analyse minutieuse des conditions de l'accès offre la plus grande importance. Le troisième malade, chez qui les accès sont le moins inquiétants en apparence, est de beaucoup le plus menacé. C'est lui qui est atteint de l'angor pectoris vraie, par rétrécissement des coronaires et exposé à la mort subite. Les deux autres ont des phénomènes très douloureux dus au rhumatisme du plexus cardiaque, mais ils n'ont pas de lésions des coronaires. Le traitement ne varie pas moins que le pronostic. Aux deux premiers réussiront les révulsifs, le salicylate de soude, les bains de vapeur, un exercice modéré; au troisième, au contraire, ce qu'il faut avant tout, à côté du traitement ioduré, c'est le repos absolu. Or ce n'est bien souvent qu'à force de questions précises, méthodiques, que vous arriverez à extorquer, en quelque sorte, le détail important au milieu du déluge d'explications, d'exagérations, de théories qui constituent les premières réponses.

Le signe subjectif ou objectif trouvé, reste à apprécier sa valeur. Bien peu de signes sont pathognomoniques. Il vous faut donc grouper les signes constatés et décider sur leur ensemble. Mais il vous faut en même temps pousser à fond l'étude de chaque signe en lui-même pour en tirer tout ce qu'il peut donner. Bien des affections se présentent sous une forme feinte où se retrouvent seulement deux à trois de leurs symptômes habituels. Le groupement ordinaire manque. Dans le rétrécissement mitral, par exemple, il arrive que tous les symptômes se réduisent au dédoublement du second huit. Ce signe à lui seul peut et doit suffire si l'on élimine avec soin les diverses causes autres que le rétrécissement qui pourraient amener ce dédoublement.

A la longue, une sorte d'entamement intellectuel per-

met d'apprécier presque instinctivement et instantanément la valeur d'un symptôme. Le râle crépitant, par exemple, peut s'entendre dans la pneumonie, l'œdème pulmonaire, la congestion pulmonaire, certaines pleurites, Mais si vous avez pris l'habitude d'une analyse complète et méthodique de ce symptôme, vous finirez par reconnaître presque d'emblée sa signification sans repasser par tout le travail et toutes les éliminations du début.

Ne croyez pas, d'ailleurs, que votre diagnostic doive se borner à reconnaître la nature de la maladie. La question du terrain se pose toujours, car rien n'est plus rare qu'une affection qui soit, en quelque sorte, absolument étrangère à l'organisme et développée en une économie tout à fait saine. Quelle sera la réaction réciproque de la tare organique ancienne et de l'agent pathogène nouveau. C'est l'importante question qu'il vous faudra toujours essayer de seconder.

Rappelez-vous enfin que votre examen doit toujours être complet et ne négliger aucun organe. Les méthodes de diagnostic *a priori*, brillantes, rapides, exposent les plus expérimentés aux confusions et surtout aux omissions. Mais cet examen complet ne doit pas être aussi mécanique, aussi invariable qu'on l'a proposé jadis. Laissez-vous, au cours de vos instigations, guider par les signes déjà rencontrés; cherchez à les coordonner, à les interpréter sans, cependant, vous rendre jamais esclave de votre première hypothèse. Vous arriverez ainsi à un diagnostic et un pronostic aussi complets que possible et qui pourront être les bases utiles d'un traitement raisonné.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séance du 3 avril (soir). — Présidence de M. Duplay.

COMMUNICATIONS

Recherches anatomo-pathologiques expérimentales et cliniques, relatives à la fièvre aseptique, consécutive à l'oblitération vasculaire. — M. GANGOLPHE (de Lyon) présente le résumé de travaux qu'il a faits en collaboration avec M. Courmont.

En 1888, M. Gangolphe eut à soigner un malade qui avait reçu sur la cuisse un tonneau plein de liquide : la contusion fut violente; la partie inférieure du membre était froide et insensible. Malgré l'absence de toute plaie extérieure, un large pansement aseptique préventif fut appliqué sur le membre. Le malade fut couché dans une gouttière de Bonnet. Malgré toutes ces précautions, la température atteignit 40 degrés.

Le 13 janvier 1890, à l'hôpital de la Croix-Rousse, un malade fut atteint d'oblitération de l'artère humérale. C'était un marinier de trente-cinq ans et de constitution athlétique. Il y avait menace de gangrène de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras Le malade était venu à pied à l'hôpital. Un pansement aseptique fut immédiatement appliqué, le soir la température atteignait 40°7, pendant plusieurs jours elle se maintint à ce niveau. Au fur et à mesure que les parties molles devenaient noires, la température tomba. Le 1er février, le sillon d'élimination apparut, la température était normale. Le 13 février on pratiquait l'amputation d'avant-bras.

Pour expliquer cette fièvre, M. Gangolphe, s'inspirant des travaux de M. Chauveau sur la nécrobiose et la gangrène, supposa que les cellules de l'organisme de la partie destinée à se sphacéler, secrétaient des produits pyrétiques, et se livra alors, avec M. Courmont, à une série de recherches expérimentales. Il pratiqua le bistournage chez un bélier, pendant dix jours la température monta de 1 degré. Chez un autre, il pratiqua la ligature totale du scrotum, jusqu'à amener du sphacèle. La ligature empêchait évidemment les produits sécrétés par les tissus nécrobiosés d'être résorbés, aussi la température monta-t-elle à peine d'un dixième de degré. Si l'on enlevait la ligature le troisième jour, brusquement la température montait de 2 degrés en quelques heures.

Or, si l'on prend le suc de testicules sains de bélier, et si on fait l'injection, il n'y a aucune élévation thermique. Si l'on injecte, au contraire, du suc de testicule bistourné, il y a une ascension thermique de 2 degrés.

En traitant par l'alcool, ce liquide des tissus en voie de nécrobiose, on le divise en deux parties : l'une soluble et nullement pyrétogène; l'autre noire et insoluble, qui se redissout facilement dans l'eau glycérinée et qui a des effets pyrétogènes marqués.

Du scrotum d'un bélier, on peut retirer 180 grammes de liquide contenant 4 centigr. 5 de tubes pyrétogènes; si on les dissout dans 100 grammes d'eau glycérinée et qu'on prenne 1 décigramme de cette solution et qu'on l'injecte sous la peau d'un bélier, on élève immédiatement sa température de 2 degrés. En d'autres termes, dans un scrotum en voie de nécrobiose, il existe une substance pyrétogène capable d'élever de 2 degrés la température de 4500 autres animaux.

Kystes hydatiques de la région rétro-vésicale. — M. TUFFIER (de Paris). Les kystes hydatiques du petit bassin ont été étudiés autrefois par M. le professeur Charcot, plus récemment la thèse de M. Legrand (1889) et une observation de M. le professeur Duplay constituent les principaux documents sur la question. Chez l'homme, 40 observations ou dissections, que nous avons réunies, prouvent que ces kystes se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Leur siège d'élection, discuté, est en réalité l'espace cellulaire compris immédiatement au-dessus de la prostate, en avant du rectum, en arrière de la vessie, au-dessous du péritoine. Nés à ce niveau, ils se développent d'une facon toute spéciale qui constitue le fait le plus intéressant de leur histoire, ils refoulent le péritoine; et on ne peut mieux comparer la déformation qu'ils provoquent, qu'à celle d'un très volumineux ballon de Petersen. Pour bien comprendre leur évolution, il faut se rappeler les connexions intimes du péritoine et de la vessie. Pour les mettre bien en évidence, nous avons autrefois disséqué, à l'instigation de M. Guyon, un grand nombre de sujets, et fait de nombreuses coupes de cette région ; la conclusion, que nous voulions appliquer à l'établissement de fistules vésico-rectales, est la suivante. La séreuse peut se décoller facilement de la face postérieure de la vessie, plus on avance vers l'ouraque, plus l'adhérence est intime. Cependant, la dissociation est encore possible. Les kystes suivent cette voie, ils décollent le péritoine, et viennent se mettre en rapport avec la paroi abdominale antérieure, de chaque côté de l'ouraque; dans cette évolution, ils s'accolent si intimement aux parois vésicales que quelquefois ils s'ouvrent dans ce viscère, et peuvent faire croire à leur développement dans l'épaisseur des parois de la vessie.

C'est cette évolution qui justifie l'incision sus-pubienne dans le traitement de ces kystes.

Leur évolution clinique est celle des kystes hydatiques, leurs symptômes fonctionnels, ceux de la compression vésicale et rectale ; ce sont des tumeurs arrondies, fluctuantes entre le doigt rectal et la main placée sur l'hypogastre; ils sont souvent méconnus.

Le cas suivant est intéressant à tous les points de vue : Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans qui présentait une tumeur située au-dessus de l'ombilic, arrondie, lisse, indolente, fluctuante; la tumeur faisait d'autre part saillie dans le rectum ; cathétérisme vésical impossible. Grâce à un explorateur introduit dans le canal de l'urèthre, j'arrive à localiser la tumeur en arrière de la vessie; le diagnostic fut porté : kyste hydatique rétro-vésical,

3 ponctions ne donnèrent issue à aucun liquide; je fais alors une incision hypogastrique, je tombe sur la vessie, je coupe l'ouraque et rabats la vessie en dehors du ventre sur le pubis, je tombe alors sur la face antérieure du kyste qui est incisé et contient plusieurs litres d'hydatides de tout volume. Suture de la poche à la paroi, guérison complète entravée seulement : 1° par des poussées d'urticaire avec 40 degrés à chaque lavage de la cavité; 2° par des crises épileptiformes toutes les fois que la cavité du kyste est distendue par un lavage. L'abord facile de la tumeur par la voie hypogastrique, la large incision que l'on peut faire au kyste, l'antisepsie facile, sont autant d'arguments qui plaident en faveur de ce mode d'intervention, de préférence à la voie périnéale trop petite ou à la voie rectale toujours septique, dans le traitement de ces kystes.

Séance du samedi 4 avril (soir). — Présidence de M. Panas.

COMMUNICATIONS

Sur la blessure des uretères dans les laparotomies. — **M. Pozzi** communique l'observation d'une malade chez laquelle il pratiqua la laparotomie pour un volumineux kyste de l'ovaire. Le ventre ouvert, il se trouva en présence d'un péritoine charnu, épaissi, et soupçonna qu'il s'agissait d'un kyste aréolaire, il fit trois ponctions avec un gros trocart sans rien obtenir, ce qu'il attribua d'une part, à la petitesse des aréoles et, d'autre part, à la viscosité du liquide. Il se décida, dès lors, à inciser largement la poche avec des ciseaux et à en évacuer le contenu avec ses mains, puis il fit l'énucléation de toute la partie supérieure de la poche. L'énucléation de la partie profonde fut très difficile; il y avait des adhérences fibreuses nombreuses et solides, qu'il fallut exciser, non seulement avec les doigts et la spatule, mais encore avec les ciseaux. Ceci fait, M. Pozzi se trouva en présence d'une grande cavité saignante, au fond de laquelle se trouvaient deux gros tractus fibreux, dont l'un avait été arraché dans le cours de l'opération; il ne tarda pas à reconnaître qu'il s'agissait des uretères. Que fallait-il faire? On ne pouvait songer à réunir les deux bouts de l'uretère divisé, il n'y avait plus qu'à constituer une fistule urétérale.

Avant tout il fallait savoir quel était l'uretère arraché. La question paraît oiseuse, mais si l'on songe que la vessie avait été retournée et quel délabrement avait été commis, on comprendra que l'on ait pu se poser cette question. M. Pozzi chercha donc de quel côté filtrait l'urine : ayant reconnu que c'était à droite, il disséqua un bout de l'uretère de ce côté et le fixa à la paroi abdominale, de façon à le fistuliser. Il réséqua ensuite une portion du bout vésical et le ferma, se proposant de faire ultérieurement, chez cette malade, la néphrectomie, et il acheva l'opération en appliquant un tamponnement de Mickulicz et referma le ventre après avoir placé trois sondes : l'une dans la vessie, l'autre dans la partie inférieure et la troisième dans la partie supérieure de la plaie, de telle sorte que, s'il avait pu mettre sa malade debout, elle aurait assez bien représenté une de ces fontaines publiques, d'où s'échappent plusieurs jets. Cette malade étant tout à fait guérie, pour la débarrasser de sa fistule urétérale, M. Pozzi lui pratiqua, trois mois après, la néphrectomie du rein droit, opération dont elle guérit bien; ce rein droit était absolument sain, le rein gauche y avait suppléé d'une façon absolue.

Cette observation montre que la fistulisation d'un rein pendant trois mois n'entraîne pas l'altération de cet organe.

Rétention d'urine prolongée dans la blennorrhagie aiguë. — **M. Rochet** (de Lyon) cite le cas d'un homme de vingt-quatre ans qui eut, au début d'une blennorrhagie aiguë, une rétention d'urine qui dura vingt-cinq jours. Cette rétention paraît être due à la paralysie vésicale, il y avait en même temps une constipation absolue. Après l'usage de l'électricité et l'emploi de l'ergot de seigle, la rétention disparut rapidement.

Contribution à la chirurgie biliaire. — **M. Perier** rapporte les trois cas où il a eu à intervenir pour des lésions de la vésicule biliaire.

Le premier cas a déjà été communiqué à l'Académie le 7 octobre 1890 (1), il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans qui présentait, à grande distance du foie, une tumeur mobile et ronde qui ressemblait à un kyste hydatique. Une première ponction donna un liquide séreux qui se reproduisit vite malgré une injection de liquide de van Swieten. La laparotomie démontra que cette tumeur kystique était en réalité une grosse vésicule biliaire distendue et oblitérée par un calcul. Le canal cystique put être lié et oblitéré par une suture en bourse entrecoupée, la vésicule fut enlevée, le ventre fut refermé, la malade guérit complètement.

Le deuxième cas a trait à une femme de trente-six ans, qui, depuis deux ans, avait des douleurs irradiées et des vomissements, mais qui n'avait jamais présenté d'ictère; en 1890, elle eut une attaque de coliques hépatiques et une tumeur ronde, douloureuse, se manifesta à l'hypochondre droit, dans la région hépato-stomacale. Après laparotomie médiane, il fut nécessaire d'agrandir transversalement l'incision, on ponctionna le centre fluctuant de la masse. Il sortit un liquide filant et jaunâtre, la cavité fut ensuite incisée, lavée et nettoyée, puis suturée à la partie transversale de l'incision, un gros drain fut placé dans l'intérieur; pendant quelques jours, il sortit un liquide jaune brun; le 24 décembre 1890, le cinquante et unième jour, les fils furent enlevés; et, six semaines après, la malade, débarrassée de ses douleurs, quittait l'hôpital, conservant une fistulette minime.

Le troisième cas est celui d'une femme de soixante ans, de santé mauvaise, souffrant, depuis longtemps, de coliques hépatiques et présentant tous les signes d'un rétrécissement du pylore : contractions stomacales fort douloureuses, vomissements fréquents, etc. Sur l'instance de MM. Bouchard et Rigal, M. Perier pratique la laparotomie; il trouve une vésicule biliaire distendue par des calculs et comprenant la région pylorique. La vésicule est incisée et on recueille 306 calculs, il existait autour une masse indurée inflammatoire ressemblant à une masse d'épiploon enflammé, la vésicule fut suturée et drainée. Le suintement fut minime, et le huitième jour on enleva le drain. Mais il y eut une issue de matières fécales et de gaz par la plaie, il s'était donc produit une perforation du gros intestin. La constipation était opiniâtre, on dut faire le curage mécanique du rectum, puis on obtint une évacuation abondante, mais l'eau des lavements souillait la plaie, le quatorzième jour, la fistule se tarit; à la septième semaine, la guérison était parfaite.

De l'étude de ces trois faits, M. Perier croit pouvoir conclure que la laparotomie qui, dans ces cas, est souvent exploratrice, doit toujours être médiane; elle permet de bien explorer le canal cystique; on peut, d'ailleurs, agrandir ou modifier son incision suivant le besoin. Il convient de ponctionner d'abord et de vider le liquide, dont on prévient ainsi l'effusion dans le péritoine. La cavité doit être nettoyée au naphtol camphré, ou enlevée si cela est possible facilement.

Quant aux calculs on se guidera pour les enlever suivant les circonstances. Presque toujours il convient de drainer.

Sur la myosite tuberculeuse. — **M. Delorme** (de Paris) apporte des faits nouveaux et intéressants à l'étude d'une manifestation de la tuberculose, qui n'a guère, on pourrait presque dire qui n'a pas, fixé l'attention des chirurgiens. En fait de tuberculose musculaire, on n'a décrit que les abcès intra-musculaires tuberculeux et les altérations secondaires des muscles au voisinage d'articulations ou d'os envahis par le tubercule, mais on ne s'est point arrêté aux autres formes de tuberculoses musculaires primitives ou secondaires, diffuses ou circonscrites, aiguës ou subaiguës. Un fait de M. Lancereaux, un autre de Müller, c'est à peu près tout ce que la science nous fournit sur ce

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1077.

sujet et les faits de ces auteurs ne sont guère semblables à ceux que M. Delorme va brièvement résumer. En somme, si le cadre des tuberculoses musculaires est tracé, il est à remplir. La fréquence des tuberculoses externes dans l'armée, l'emploi des modes d'intervention directs lui ont permis de recueillir, en plusieurs années, les 4 cas de tuberculoses musculaires suivants :

« *Première observation.* — Un soldat d'infanterie, de formes athlétiques (ch. du 24e de ligne), entre il y a cinq ans, en mars 1886, dans mon service à l'hôpital Saint-Martin. Soigneusement examiné à ce point de vue, il ne présente aucune affection générale qui puisse retentir sur les muscles (syphilis, morve, paludisme, etc.). Malgré sa vigueur, il est le dernier survivant de neuf enfants, morts presque tous en bas âge, d'affections qu'il ne peut préciser. Sa mère est souffreteuse et tousse. Quinze jours avant son entrée, il a fait une chute sur le coude, mais qui ne l'a pas empêché de continuer son service. Il n'a pas été surmené. Les poumons semblent sains.

Au milieu de la région pectorale droite, depuis huit à dix jours, il présente une tuméfaction indolore, très bien circonscrite, de la grosseur d'un petit œuf de poule, dure quoique un peu rénitente, peu saillante sous la peau qui présente une coloration violacée, lie de vin. Pas de réaction générale ou locale. Cet homme m'est adressé avec le diagnostic phlegmon chronique, je crois à un abcès tuberculeux intra-musculaire à poche tendue et je propose l'ablation qui est acceptée.

Après avoir découvert la tumeur, je suis surpris de la trouver constituée exclusivement par du tissu fongueux mêlé de sanie sans pus ni sang noir et plus étendue qu'elle ne paraissait au premier examen. Elle avait envahi la plus grande partie du grand pectoral dont les aponévroses étaient respectées. A la périphérie, on remarquait quelques vestiges d'une myosite interstitielle suppurative, quelques traînées purulentes entre les faisceaux musculaires. Je réserve mon diagnostic, je pense à un sarcome. Quelques débris de la masse sont adressés au Val-de-Grâce, on m'affirme qu'il ne s'agit pas d'une tumeur, mais on ne trouve pas non plus de follicules tuberculeux. Le fait n'a rien qui puisse surprendre, quand on sait les difficultés qu'on éprouve parfois à retrouver les produits organisés du tubercule dans des produits fongueux.

La plaie, réunie d'abord par première intention, présente, au bout de huit à dix jours, ces ulcérations circulaires avec soulèvement des bords, si caractéristiques des récidives tuberculeuses, à la suite des ablations incomplètes. La plaie devient fistuleuse, fournit une suppuration séro-purulente peu abondante, sans fièvre ; puis le blessé maigrit à vue d'œil, il tousse ; on constate bientôt les signes d'une induration des sommets des poumons et deux mois après l'intervention, un épanchement pleurétique à droite et une péricardite, avec léger épanchement, pleurésie et péricardite accompagnées de phénomènes fonctionnels assez marqués, mais de symptômes réactionnels généraux presque nuls. La tuberculose est cliniquement affirmée et malgré la singularité du fait, je pose le diagnostic de myosite fongueuse tuberculeuse.

Quatre mois après le début du mal, la plaie opératoire restant toujours fistuleuse, le blessé désolé attire mon attention sur une tuméfaction étendue à la presque totalité du triceps droit et prolongée sur le long dorsal et le grand rond. Mêmes caractères de dureté de la tuméfaction, de légère rénitence, sans réaction générale ou locale. Je pratique une incision sur ces muscles, mais l'ablation complète est impossible, les lésions sont trop étendues, je dois me contenter d'un grattage. La plaie, primitivement réunie, s'ulcère encore et sécrète une faible quantité de sérosité purulente.

Sept mois après le début du mal, ce sont les muscles antérieurs de l'avant-bras du côté gauche qui se prennent et les caractères extérieurs sont identiques, à cette différence que la peau rougit légèrement et s'œdématie. Température 38 degrés. M. le médecin-principal Driout, qui avait bien voulu prendre la direction de mon service, pendant quelques jours de congé, croit à un phlegmon profond, fait une incision, est frappé, comme je l'avais été pour les incisions précédentes, de la quantité de sang qui s'échappe de la plaie et laisse cette dernière ouverte.

Puis, et j'abrège mon observation en la réduisant aux détails indispensables, après l'envahissement alternatif de grosses masses musculaires, des poumons et de deux grandes séreuses viscérales, le tissu cellulaire fut envahi à son tour.

Des gommes tuberculeuses, d'étendue variable, se développèrent, avec leurs caractères classiques, sur le dos du pied, le genou, la face externe de la cuisse, à l'aine, au cou, sur le cuir chevelu. Ouvertes spontanément, ou par moi, elles restaient longtemps fistuleuses ou se fermaient.

L'articulation du poignet gauche présente ensuite les signes typiques d'une ostéo-arthrite, avec envahissement de la grande gaine des fléchisseurs par les fongosités ; j'eus à ouvrir encore un abcès ostéopathique du sternum et quand ce malheureux blessé succomba, un an après le début du mal, en février 1887, après avoir accusé, dans les derniers jours de sa vie, des douleurs vives dans l'abdomen, nous trouvâmes, M. l'aide-major Dumont et moi : un péritoine épaissi, rugueux, parsemé de tubercules, les anses intestinales réunies çà et là par des adhérences anciennes ; une poche purulente étendue dans l'arrière-cavité des épiploons, des ganglions mésentériques caséeux, quelques-uns ayant le volume d'un petit œuf ; une tuberculose ancienne caséeuse des sommets des poumons et des noyaux circonscrits et moins anciens disséminés dans le reste de leur étendue, le péricarde, la plèvre gauche épaissie, la plèvre droite doublée de fausses membranes et contenant peu de liquide.

En somme, mon blessé avait présenté successivement une tuberculose musculaire parenchymateuse, primitive sur plusieurs muscles, des tuberculoses cutanées, synoviale, articulaire, osseuse et viscérales. Si l'examen bactériologique a fait ici défaut, et cette remarque s'applique encore aux autres faits, c'est qu'ils datent de plusieurs années. Ce n'est là sans doute qu'une excuse, mais malgré ce desideratum, cette observation n'en reste pas moins, cliniquement, des plus démonstratives, étant donné les caractères si précis des tuberculoses des divers appareils, et il n'est personne qui, ici, eût hésité à affirmer le diagnostic de tuberculose.

Deuxième observation. — En 1887, entre dans mon service au Val-de-Grâce, avec le diagnostic de phlébite de la saphène interne, un blessé peu vigoureux qui n'accuse cependant aucun antécédent héréditaire ou acquis.

Le pied et la jambe gauches sont légèrement œdémateux, mais la veine est perméable et l'examen attentif du membre montre que la tuméfaction qu'il présente sur le bord interne du jumeau interne appartient bien à ce muscle.

La masse indurée, rénitente, a 8 centimètres de long, 4 à 5 de large ; elle est régulière de forme et indolore. Elle s'est développée insidieusement et c'est par hasard que le blessé s'en est aperçu. Je penche pour le diagnostic d'abcès froid intra-musculaire, en faisant des réserves pour celui de myosite parenchymateuse fongueuse. Les organes centraux sont sains. Pas de fièvre.

Le blessé était en observation depuis trois semaines quand il accusa de la gêne des mouvements du membre inférieur en totalité, et un gonflement au niveau du pli inguino-crural. Il présentait un volumineux abcès par congestion de la fosse iliaque que l'incision montra liée à une ostéite tuberculeuse de l'os iliaque, près de son articulation avec le sacrum. Une pleurésie sèche, les signes d'une induration des sommets que le blessé présenta quelques mois plus tard, vinrent encore affirmer le diagnostic étiologique.

L'incision de la tumeur de la jambe me fit tomber dans une poche renfermant du sang noir presque pur, sans traces de pus et dont la paroi était formée par une couche de fongosités de 2 centimètres d'épaisseur. Pas de coque isolante. Les fongosités furent enlevées incomplètement à la curette et la plaie resta fistuleuse.

Troisième observation. — Quelques mois plus tard, j'ai à abraser la poche, irrégulièrement épaisse, d'un abcès froid sous-cutané de la fesse, étalée dans l'étendue du poing vers le milieu du grand fessier. Cet abcès s'est développé progressivement et sans douleur depuis quelques semaines. En rasant avec le bistouri l'aponévrose fessière, comme dans une dissection, je trouve l'aponévrose de ce muscle détruite dans l'étendue du petit doigt; au-dessous, dans le muscle, un petit noyau caséeux de la grosseur d'un pois. Je me donne du jour et je trouve le muscle grand fessier fongueux dans une étendue un peu supérieure à une pièce de 2 francs et dans presque toute son épaisseur. Étant donné l'apparition rapide de l'abcès d'une part, la résistance des aponévroses à l'envahissement tuberculeux et l'état caséeux partiel du muscle au moment de l'opération, il est permis de penser que, dans ce cas, les lésions se sont développées, non du tissu cellulaire vers la profondeur, mais du muscle vers le tissu cellulaire.

Quatrième observation. — Mon dernier fait, observé il y a trois ans, est un exemple des plus remarquables, des plus typiques de myosite parenchymateuse tuberculeuse, à forme scléreuse :

B..., soldat de la 22[e] section d'état-major, entre le 14 janvier 1887 dans mon service du Val-de-Grâce, porteur depuis plusieurs mois d'un abcès de la région lombo-dorsale de la grosseur d'une tête de fœtus. L'intervention montra qu'il était d'origine thoracique. Il communiquait largement avec la cavité pleurale et présentait un gros diverticule abdominal extra-péritonéal. Pendant qu'en présence de mes collègues, MM. Vautrin, Chavasse et Vaillard, je disséquais la paroi externe de la poche avec une minutieuse attention, je fus frappé, nous fûmes frappés de voir au milieu des autres muscles, qui tous présentaient une surface cruentée normale, la masse musculaire du long dorsal qui tranchait par une coloration blanc rosé uniforme sur le fond brun rouge des premiers. Ce long dorsal avait bien conservé sa forme, mais il semblait bridé, boudiné dans son aponévrose; il représentait une masse lardacée, fibroïde. Ayant dégagé ce muscle jusque vers la partie moyenne de l'omoplate en m'aidant de mon incision agrandie, je constatai que ses altérations remontaient plus haut. Je coupai à la limite de sa dénudation, puis je le repris dans une incision transversale portée, entre la colonne vertébrale et le bord spinal de l'omoplate au niveau de son épine ; je constatai qu'il était là aussi altéré qu'il l'était plus bas ; je le coupai, j'énucléai le bord inférieur et poursuivis le bout supérieur jusqu'au dessus de la base du cou. L'altération remontait plus haut encore, probablement jusqu'à ses insertions supérieures. Je m'arrêtai là.

Des coupes du muscle, faites séance tenante, montrèrent que, dans toute l'étendue des 25 à 30 centimètres réséqués, il présentait un aspect fibreux, lardacé, blanc rosé, uniforme, et les coupes histologiques faites par M. Vaillard, à plusieurs hauteurs, permirent d'affirmer que ce muscle présentait une myosite tuberculeuse, scléreuse, diffuse, des plus typiques.

Comme vous pouvez le constater sur ces préparations où la chose peut se constater presque à l'œil nu, l'aponévrose d'enveloppe des faisceaux musculaires est très épaissie, légèrement infiltrée de tubercules ; la fibre musculaire a totalement disparu et est remplacée par un semis épais de nodules tuberculeux, avec ou sans cellules géantes. C'était une tuberculose massive, totale d'un des grands muscles de l'économie, une véritable substitution des follicules tuberculeux à la substance musculaire.

En résumé, en dehors des abcès musculaires tuberculeux, qui ne sont pas aussi rares qu'on l'admet, je pourrais le prouver, en dehors de cette myosite purulente, on peut constater une myosite fongueuse sans suppuration ou avec foyer sanguin central ou noyau caséeux, enfin une myosite tuberculeuse scléreuse. »

Quelques remarques sur les procédés de résection de la hanche par incision antérieure. — M. DELORME (de Paris). Parmi les nombreux procédés de résection de la hanche, celui que préfèrent les rares chirurgiens français qui pratiquent cette opération, celui qu'on a coutume d'enseigner dans les amphithéâtres consiste, comme vous savez, dans une incision externe d'une étendue suffisante dérivée de celle de White, incision portée suivant l'axe du fémur légèrement fléchi, et prolongé vers l'épine iliaque postéro-supérieure.

L'incision faite on sacrifie, sans regret, les insertions trochantériennes des muscles pelvi-trochantériens, on coupe la capsule et, après avoir placé le membre en rotation forcée en dedans, on expose au bistouri l'insertion fémorale du ligament rond, on luxe la tête et on termine par la section osseuse qu'on porte généralement à la base du col. Certains sacrifient en plus le grand trochanter dénudé. Sur un blessé auquel j'ai récemment pratiqué la résection de la hanche et dont l'histoire est banale — elle n'en était que plus intéressante pour les remarques qu'elle m'a suggérées — j'ai dû discuter l'opportunité de ce procédé dit de choix et j'ai été amené à constater qu'on était chez nous trop enclin à rejeter systématiquement les incisions antérieures. Cet homme, pour résumer mon observation en deux mots, présentait une fémoro-coxalgie avec lésions osseuses étendues sur la cavité cotyloïde, sur le fémur au-dessous de la ligne bi-trochantérienne et ces lésions étaient compliquées d'un vaste abcès antérieur.

Si, comme on tend à l'admettre de plus en plus, sans que la pratique soit toujours en rapport avec la formule théorique, la résection ne doit plus seulement consister dans l'abrasion osseuse telle qu'on la fait sur le cadavre, mais si elle doit comporter l'ablation très minutieuse, très attentive de la synoviale fongueuse, celle des portions de capsule, voire même de toute la capsule altérée, la dissection complète des poches purulentes dites circonvoisines et comme pis aller un curage très soigné de ces poches ; si, enfin, après avoir sacrifié les fongosités des parties molles, abrasé le fémur, on doit avec la même attention, surtout chez les jeunes sujets ou les adultes, poursuivre les foyers d'ostéite de la cavité cotyloïde, il semble que l'incision antérieure doive assez souvent prendre la place trop exclusivement réservée à l'incision externe.

C'est en avant, en effet, que la synoviale coxo-fémorale est le plus développée ; c'est vers ses insertions qu'elle est le plus tôt, le plus complètement transformée ; il semble, dès lors, indiqué de recourir à un procédé qui, après la section de la capsule, la met directement sous les yeux dans toute son étendue et qui découvre surtout très bien ses insertions supéro-inférieures, plutôt que de s'adresser à un mode opératoire qui ne permet de la découvrir que de champ, et avec lequel on ne peut guère faire aisément qu'un raclage plutôt qu'une dissection attentive.

Si, comme chez mon blessé, la capsule est transformée totalement, épaisse de près de 2 centimètres, infiltrée de tubercules et ramollie, si son abrasion par la dissection s'impose, l'incision antérieure la découvre bien mieux et plus complètement que l'incision externe et après avoir fait cette abrasion antérieure, la partie postérieure se présente de front sous le bistouri ou les ciseaux.

La dissection minutieuse des abcès des parties molles étant une des conditions les plus importantes à remplir pour se mettre à l'abri des récidives précoces, si ces abcès, et vous savez que la chose est habituelle, se collectent au voisinage des vaisseaux ou en dehors du droit antérieur, en avant dans les deux cas, n'est-on pas incité à faire servir à la résection l'incision antérieure qui doit assurer le traitement qu'ils réclament plutôt que de compliquer le manuel opératoire en pratiquant, à la fois et à quelques centimètres de distance, une grande incision externe et une incision antérieure, puisque la première ne peut suffire ?

D'un autre côté, il est banal que, chez les enfants et les adultes, souvent le cotyle est intéressé, surtout à la période à laquelle nous consentons à faire la résection ; or, si on a utilisé l'incision externe, ce n'est qu'au fond d'une plaie profonde, mal éclairée, qu'on peut la découvrir, condition défavorable pour se rendre bien compte et de l'étendue de ses lésions et pour conduire sur elles les instruments. Avec une incision antérieure, on raccourcit

de plus de moitié le chemin qu'on a à parcourir pour l'atteindre, on l'a sous les yeux et sous la main (j'en ai fait l'expérience chez mon blessé chez lequel j'ai dû l'évider dans une grande étendue, dans toute son épaisseur), et il se présente alors obliquement *de champ*, c'est-à-dire dans la direction suivant laquelle on manœuvre contre un os plat les instruments de la façon la plus commode et sans risque d'échappées ou de fractures. Joignez à ces avantages que si, comme chez mon homme, la lésion s'étend au-dessous de la base du col, on n'a qu'à laisser pendre le membre et à le propulser légèrement de bas en haut pour pouvoir agir avec la gouge ou la curette suivant l'axe du fémur. Il est facile de se figurer que la manœuvre serait moins aisée avec l'incision postérieure.

Enfin, ce procédé ne sacrifie aucune attache musculaire pelvi-trochantérienne et, si on a assez à la hanche de rotateurs en dehors, après l'ablation de la capsule fongueuse, il n'est peut-être pas inutile de conserver une coque musculo-fibreuse engainante complète. En agissant ainsi, on obéit à la règle bien française, trop méconnue pour la hanche, qui veut que dans les résections on ne fasse que les sacrifices tendineux imposés.

Très loin de moi est la pensée de pousser à la substitution d'une incision qui a fait ses preuves depuis l'adoption de la résection de la hanche. L'incision antérieure n'est pas encore acceptée chez nous; mais il m'est bien permis d'insister sur ce point :

Que si, dans les coxalgies avec abcès fessiers ou externes concomitants et étendus, il est préférable d'utiliser l'incision externe; s'il est indifférent d'employer l'une ou l'autre dans les cas de coxalgies compliquées d'abcès cruraux et fessiers ; dans les abcès antérieurs, il semble préférable d'avoir recours à l'incision antérieure. Enfin, que cette dernière donne plus de jour pour enlever la synoviale et la capsule fongueuses et évider la cavité cotyloïde. Un gonflement considérable dans la région inguino-crurale, indice de la transformation synovio-capsulaire, engagera donc à l'utiliser.

M. Farabeuf, dont le nom fait si justement autorité en médecine opératoire, trouve les procédés antérieurs difficiles sur le cadavre et ces difficultés lui semblent suffisantes pour ne pas insister sur les avantages. Ces difficultés sont réelles sur le cadavre, je l'ai constaté, mais on ne les éprouve que pour un temps de l'opération, lorsqu'on cherche à séparer le fémur de la cavité cotyloïde; la rotation en dehors qui tend à mettre à jour le ligament rond est plus bornée que la rotation en dedans qu'on emploie avec l'incision externe. Si l'on porte l'incision, comme le veulent Schede et Lucke, entre le psoas et le droit antérieur, on peut même craindre, en dirigeant à maintes reprises contre le ligament rond le bistouri qui appuie contre la lèvre interne de l'incision, du côté de l'artère, on peut craindre le vaisseau principal du membre; mais si, comme l'a proposé Hueter, on place l'incision longitudinale au côté externe du couturier et du droit antérieur, on n'a pas à redouter de blesser l'artère protégée par ces muscles. D'un autre côté, le ligament rond est détruit ou ramolli le plus souvent. Il cède aux moindres mouvements de rotation et ne cèderait-il pas qu'il serait facile de dégager le col d'un coup ou de deux coups de ciseaux de Mac Ewen. On enlèverait ensuite par morceaux le fragment représenté par une portion de la tête.

En somme, si, pour certaines jointures, le genou, en particulier, on peut se contenter d'un procédé de résection unique, il serait peut-être utile pour la hanche d'être moins exclusif et de faire plus large place au procédé de Hueter, quand le blessé présente des abcès antérieurs volumineux, qu'on a lieu de croire la capsule profondément altérée, ainsi que la cavité cotyloïde.

Pathogénie et traitement de l'ophthalmie sympathique. — M. ABADIE. L'ophthalmie sympathique est une maladie d'origine microbienne. A la suite d'un traumatisme l'œil blessé est infecté. Des lèvres de la plaie, l'infection gagne de proche en proche les parties profondes, envahit le nerf optique, le chiasma, pour atteindre l'œil opposé.

Dès qu'une ophthalmie sympathique éclate, il faut cautériser la plaie oculaire, quel qu'en soit le siège, au galvanocautère, et injecter dans le corps vitré de l'œil blessé une goutte d'une solution de sublimé à 1 p. 1000. Au bout de quelques jours, cette injection devra être répétée si cela est nécessaire.

On parviendra par ce moyen non seulement à arrêter le développement de l'ophthalmie sympathique, mais quelquefois à sauver d'une perte certaine l'œil traumatisé.

Toutefois, ce traitement n'est applicable qu'aux formes récentes de l'ophthalmie sympathique, quand la question de sauver l'œil primitivement blessé peut être encore posée.

Lorsqu'il s'agit d'une ophthalmie sympathique tardive provoquée par un moignon difforme, douloureux, dont la conservation ne présente plus aucun intérêt, l'énucléation ne peut être qu'avantageuse et doit être préférée à tout autre traitement.

Dans ce dernier cas, les frictions mercurielles à haute dose et longtemps prolongées devront toujours être associées au traitement chirurgical.

Torticolis traité par la section à ciel ouvert. — M. PHOCAS (de Lille) communique trois observations de torticolis musculaire traité par la méthode à ciel ouvert. Il s'agit de trois enfants dont l'un présentait un torticolis très prononcé, avec asymétrie faciale.

Il désire surtout insister sur un point particulier de médecine opératoire et sur le traitement consécutif.

La ténotomie à ciel ouvert serait toujours préférable à la ténotomie sous-cutanée, si elle ne pouvait présenter parfois un petit inconvénient consistant en une cicatrice difforme. C'est en vue de pallier cet inconvénient qu'il s'est astreint à pratiquer des petites incisions verticales, dont la cicatrice est moins visible et qui donnent, d'après ce qu'il a vu, largement accès pour aborder non seulement le chef sternal, mais aussi le chef claviculaire du muscle.

Après avoir découvert le tendon, il le charge sur une sonde cannelée recourbée en crochet, et le sectionne à ciel ouvert.

Quant au traitement consécutif, il le fait consister dans le port de l'appareil de Sayre, continué pendant quelques jours et remplacé après par un collier en carton.

Dans les torticolis accompagnés de scoliose, il sera nécessaire de poursuivre un traitement orthopédique, consistant dans des exercices d'auto-suspension et de gymnastique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mars 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un travail de M. Fiessinger (d'Oyonnax), sur la pneumonie;

2° Un travail de M. Matton, sur les eaux de Saint-Nectaire;

3° Un travail de M. Babinski sur la paraplégie flasque par compression de la moelle.

RAPPORTS

Anévrysme spontané de l'artère thyroïdienne inférieure. — M. CHAUVEL lit un rapport sur un mémoire de M. Brousses (de Lyon), relatif à un cas d'anévrysme spontané de l'artère thyroïdienne inférieure. D'après cet auteur, le diagnostic doit s'établir, à défaut des mouvements d'expansion, du souffle, de la réductibilité, sur la précocité des névralgies, leur apparition avant la constatation de toute tumeur, sur l'accroissement très rapide et par poussées, sur la conservation d'un état général passable, enfin, sur la facilité avec laquelle une aiguille exploratrice évolue dans tous les sens de la tumeur.

M. le rapporteur fait observer que ces névralgies n'ont rien de spécial à ces tumeurs, que la rapidité de l'accroissement pourrait être consécutive à une ponction capillaire, comme dans le cas observé par M. Brousses. Il pourrait s'agir d'un lympho-sarcome kystique. L'absence de cachexie se comprend mieux avec une tumeur bénigne, vasculaire, qu'avec un néoplasme à marche foudroyante : elle n'a pas cependant une valeur pathognomonique. Enfin, la facilité des mouvements de l'aiguille exploratrice enfoncée dans la tumeur n'a, dans l'espèce, qu'une valeur diagnostique très relative. En effet, certains néoplasmes malins présentent assez de mollesse pour rendre aisée une telle exploration.

Par contre, l'issue de sang rutilant se projetant en jets isochrones aux contractions cardiaques, survenue à la suite d'une ponction, constitue un signe diagnostique plus certain. Mais cette ponction, dans le cas de M. Brousses, a certainement déterminé l'accroissement énorme que la tumeur a acquis en quelques heures, quelque justifiée qu'elle ait été en présence de l'obscurité du diagnostic.

Pleurotomie et lavages intra-pleuraux. — M. BUCQUOY fait un rapport sur un travail de M. Hache (de Beyrouth), relatif à trois cas de pleurésie purulente traités par l'incision postérieure de Walther. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 910.)

La question des lavages intra-pleuraux a été discutée récemment à la Société médicale des hôpitaux et à la Société de thérapeutique. On admet généralement comme règle qu'il faut s'en abstenir dans les pansements consécutifs, à moins d'indications fournies par la putridité des liquides écoulés par la plaie ; mais on est plus divisé sur l'opportunité du lavage immédiatement après l'opération, soit qu'on l'emploie, surtout comme l'a fait M. Hache, afin de nettoyer la plèvre et de la débarrasser plus complètement du pus et des fausses membranes, soit qu'on veuille, par l'antisepsie, à l'aide de solutions mercurielles, détruire les micro-organismes. Les faits publiés jusqu'ici ne permettent pas d'avoir une opinion ferme à cet égard. Dans tous les cas où la pleurotomie est rigoureusement antiseptique, il y a chance d'obtenir une guérison rapide et complète. Ce n'est que lorsque le liquide est manifestement putride qu'il convient de recourir aux lavages plus ou moins répétés dans les pansements consécutifs.

M. LE DENTU dit qu'il importe peu que l'incision soit faite dans le septième, le huitième et le neuvième intercostal, pourvu qu'elle soit faite au point le plus déclive possible.

Il ajoute que, dans la pleurésie purulente, la rétention du pus, l'existence de bacilles tuberculeux, de fausses membranes, en un mot d'éléments de septicité plus ou moins grande ou plus ou moins rapide, sont autant d'indications pour adopter ou rejeter les lavages intra-pleuraux, auxquels on impute souvent à tort l'issue fâcheuse du traitement. Pour sa part, M. Le Dentu pratique une méthode mixte. Il fait un premier lavage aussitôt après l'opération, et s'en tient là, à moins que l'élévation continue de la température ne l'oblige à de nouvelles injections.

M. BUCQUOY partage l'avis de M. Le Dentu relativement au siège de l'incision ; ce qu'il importe, c'est de faire l'antisepsie aussi rigoureusement que possible.

Quant aux lavages intra-pleuraux, de tous les faits publiés, on n'est pas autorisé à conclure qu'il soit bon de les pratiquer après une première opération à moins d'indications formelles.

Opération césarienne. — M. CHARPENTIER lit un rapport sur une observation d'opération césarienne adressée par M. Jeannel (de Toulouse), opération qu'il a pratiquée pour un carcinome annulaire du col et du vagin.

M. Charpentier a vu sept cas de grossesse compliquée de cancer plus ou moins étendu de l'utérus ; six fois l'accouchement s'est terminé seul ; une seule fois il a fallu faire des incisions multiples et appliquer le forceps. Dans ce cas, l'enfant vint mort ; il naquit vivant cinq fois sur six après l'accouchement spontané. D'un autre côté, cette intervention pendant la grossesse n'est pas toujours possible ; force est donc bien d'avoir recours à un autre procédé.

Or, deux moyens seuls nous restent : ou attendre l'accouchement spontané et, si cela ne se fait pas ou tarde trop, faire l'opération césarienne avant que la vie de l'enfant ne soit compromise. Ou bien pratiquer d'emblée cette opération dans les quelques jours qui suivent le travail, comme MM. Bar et Bouilly ; ou attendre le début du travail et procéder alors seulement à l'opération, comme le veulent la plupart des auteurs et comme l'ont fait récemment avec succès MM. Guéniot et Porak.

Les progrès réalisés dans l'antisepsie tendent de jour en jour à diminuer les dangers de l'opération césarienne : de 54 p. 100, la mortalité est tombée aujourd'hui à 24,66 p. 100, et même à 8 p. 100 pour certains accoucheurs. Dans le cas de M. Jeannel, la malade a succombé le dix-huitième jour, non aux suites opératoires, mais à sa cachexie cancéreuse, et l'enfant né vivant n'est mort que trois mois après, d'une maladie accidentelle. On peut donc encore compter ce fait comme un nouveau succès.

M. GUÉNIOT trouve que les incisions faites par M. Jeannel à la paroi abdominale et à l'utérus sont trop longues : 26 centimètres pour la paroi abdominale et 20 centimètres pour la paroi utérine ; or, la tête du fœtus n'a pas besoin d'une ouverture aussi large pour être extraite. On s'expose, avec de pareilles incisions, à des hernies de la masse intestinale et à des hémorrhagies abondantes ; elles exigent, en outre, l'application d'un bien plus grand nombre de points de suture, et augmentent la durée de l'opération.

M. CHARPENTIER rappelle que l'incision faite par M. Jeannel à la paroi utérine était, en effet, de 20 centimètres, mais elle commençait à la face postérieure de l'utérus pour se terminer sur sa face antérieure. Elle présentait, par conséquent, une courbe dont l'arc était à peine de 15 à 16 centimètres, ce qui est la longueur normale.

M. GUÉNIOT maintient son observation en ce qui concerne l'incision de la paroi abdominale.

Hystérectomie vaginale en dehors du cancer utérin. — M. J. BŒCKEL, depuis 1884, époque à laquelle il communiqua à la Société de chirurgie une opération d'hystérectomie vaginale dans un cas de cancer de l'utérus, et malgré un succès éclatant, n'a plus pratiqué que rarement cette opération en raison de ses dangers immédiats, des complications sérieuses qu'elle fait naître et surtout des chances très minimes de guérison durable qu'elle peut offrir. Il n'en est pas de même pour certaines affections utérines relativement bénignes, mais rebelles aux traitements antérieurs. L'opération reprend ici tous ses droits, et la guérison peut alors seulement être qualifiée de radicale. C'est ainsi que M. Bœckel l'a pratiquée heureusement deux fois pour une métrite hémorrhagique, deux fois pour un prolapsus complet et invétéré de l'utérus, une fois pour une rétroflexion grave, et enfin deux autres fois pour des corps fibreux volumineux de la matrice.

Deux cas d'actinomycose. — M. DOYEN présente des photographies d'actinomycose observée dans deux cas chez l'homme, le premier concernant un abcès de la mâchoire, le second un abcès de la base de la langue.

De la laparotomie comparée avec l'hystérectomie vaginale. — M. DOYEN donne la statistique de 56 opérations pratiquées pour salpingites suppurées chroniques, douleurs ovariennes, etc.

Comme conclusions, M. Doyen déclare que la mortalité a toujours été peu élevée. Il a pratiqué 35 laparotomies avec 2 morts et 25 hystérectomies vaginales également avec 2 cas de mort.

De ces observations, M. Doyen pense pouvoir déduire les indications de l'une ou de l'autre opération. Les deux morts par la laparotomie eussent peut-être été évitées si l'opération eût été arrêtée à temps, puis suivie, un mois après, d'hystérectomie. De même, pour les deux cas de mort par hystérectomie, si l'on avait fait l'opération par l'abdomen.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

Séance du 7 avril 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Des mémoires de MM. Bertin et Picq (de Nantes) sur le traitement de la tuberculose par le sang de chèvre; de M. Luton (de Reims) sur le traitement de la tuberculose par les sels de cuivre;

2° Un mémoire de M. Crié sur la prétendue toxicité de la morille comestible.

COMMUNICATIONS

Sur un cas d'hermaphrodisme. — M. POLAILLON communique un fait d'hermaphrodisme, dont l'observation a été complétée par l'autopsie et l'examen histologique. Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans qui lui a été adressée par M. Tourneux pour absence de vagin. Elle n'avait jamais été réglée.

Les organes génitaux externes étaient bien conformés. Mais, en arrière de la fosse naviculaire, le vagin n'était représenté que par une légère dépression, dont la profondeur, déterminée par la pression du doigt, avait à peine 2 centimètres. Rien au-dessus de cette dépression n'indiquait la présence d'un utérus. Au niveau du canal inguinal existait, de chaque côté, une saillie, grosse comme une noix et ressemblant à une hernie. A droite, on sentait un corps assez dur, ovoïde, mobile, donnant, lorsqu'on venait à le comprimer, la sensation d'une douleur particulière qui partait du cœur. A gauche, la hernie contenait aussi un corps dur, mais moins volumineux, moins sensible. Ces grosseurs étaient réductibles, incomplètement à droite, complètement à gauche. On pouvait penser que ces tumeurs étaient formées par des ovaires dégénérés, inertes.

Elles pouvaient être aussi des testicules, mais M. Polaillon abandonna cette hypothèse en considérant que la jeune personne offrait tous les caractères de la féminité.

Cette femme s'adonna à une vie galante, et les tentatives de ses amants firent ce que la chirurgie aurait pu faire. En effet, en 1888, la dépression vaginale mesurait 5 à 6 centimètres de profondeur. En 1889, elle avait 7 à 8 centimètres. En 1890, elle avait la longueur de l'index et admettait un spéculum de Cusco. La peau, ainsi refoulée entre la vessie et le rectum, avait pris la teinte rosée et la finesse d'une muqueuse.

Cette femme a succombé à une néphrite avec urémie.

A l'autopsie, faite par M. Brodier, on ne trouve ni trompes, ni ovaires. La place de l'utérus est occupée par un épaississement des tissus formant un noyau gros comme un haricot. Ce noyau est un peu au-dessus et en avant du vagin artificiel. Il en part, de chaque côté, un cordon qui va se rendre à chacun des organes contenus dans les hernies inguinales. Ces cordons sont constitués par un canal.

Les organes herniés sont enfermés dans une séreuse close. Ils sont ovoïdes; le droit ressemble assez bien à un testicule. De chaque côté, un faisceau vasculaire, représentant l'artère spermatique et ses veines, se rend à ces organes. A la coupe la structure du testicule est assez nette.

L'examen histologique, fait par M. Cornil, a montré qu'il s'agissait, en effet, de testicules atrophiés.

Angiome capsulaire (sous-séreux) du genou ; extirpation partielle; guérison. — M. TRIPIER (de Lyon) relate l'observation d'un jeune homme de 18 ans qui, depuis son enfance, ressentait des douleurs dans le genou gauche. Il avait été traité jusque-là pour une tumeur blanche.

On constatait une tuméfaction de la partie interne de l'articulation et il existait un point très douloureux sur la tubérosité interne du tibia. Par suite d'un certain nombre de signes qu'indique M. Tripier, il reconnaît qu'il s'agissait d'une ectasie veineuse.

Pour diverses raisons qu'il fait connaître, il s'arrêta au diagnostic d'*angiome simple développé dans la couche parostale*. L'extirpation a été faite au moyen d'une incision parallèle au membre. Une hémorrhagie abondante oblige à placer la bande d'Esmarch. Après avoir séparé le néoplasme du côté de la peau, on l'excise d'abord en arrière, puis en avant. Ensuite, comme il se continue sous le tendon du triceps et sous le tendon rotulien, on fait des contre-ouvertures sous la face externe, et l'on termine l'opération en cautérisant aussi largement que possible les parties qui n'ont pas pu être enlevées.

Les suites ont été aussi simples que possible; la réunion s'est faite par première intention. La guérison est complète.

Sur l'emploi de la lymphe humaine en thérapeutique. — M. MAGNANT (de Gondrecourt) communique plusieurs observations de plaies de mauvaise nature, d'ulcères atoniques, etc., qui ont été guéris très rapidement par des injections de « lymphe humaine », c'est-à-dire du liquide séreux contenu dans l'ampoule des vésicatoires.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux (1re division).

Au premier tour, M. Morvan (de Lannilis) est élu par 44 suffrages, sur 59 votants. Après deux tours de scrutin, M. Bouchard (de Bordeaux) est élu par 35 suffrages sur 55 votants.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

Après un échange d'explications entre MM. Javal, Dujardin-Beaumetz, Le Fort et Rochard, la première conclusion est renvoyée à l'examen de la commission pour être modifiée.

M. LE FORT fait connaître ce qui se passe en Russie relativement aux accouchements secrets.

M. GUÉNIOT fait un plaidoyer en faveur du rétablissement des tours.

A cinq heures l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 avril 1891, M. Godet, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, a été nommé médecin de deuxième classe dans le corps de santé des colonies.

— Par décision ministérielle, en date du 15 mars 1891, MM. le médecin inspecteur général, les médecins inspecteurs et le pharmacien inspecteur dont les noms suivent, ont été désignés pour procéder, cette année, à l'inspection générale des divers arrondissements d'inspection du service de santé, savoir :

Ier arrondissement. — Gouvernement militaire de Paris (moins les divisions des 3e, 4e et 5e corps d'armée); brigade d'artillerie de Vincennes; École du service de santé; Écoles polytechnique, spéciale militaire, militaire de l'artillerie et du génie, d'administration de Vincennes, normale de gymnastique, préparatoire d'infanterie de Rambouillet, orphelinat Hériot; M. le médecin inspecteur général Colin, président du comité technique de santé.

IIe arrondissement. — 17e et 18e corps d'armée; divisions des 3e, 4e et 5e corps d'armée, stationnées dans le gouvernement militaire de Paris; 3e brigade d'artillerie (Versailles) : M. le médecin inspecteur Baudouin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, membre du comité technique de santé.

IIIe arrondissement. — 5e et 9e corps d'armée; Écoles d'application de l'artillerie et du génie, d'application de cavalerie, militaire d'infanterie : M. le médecin inspecteur Weber, directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, membre du comité technique de santé.

IVe arrondissement. — 7e, 8e et 13e corps d'armée; Écoles préparatoires de cavalerie, de l'artillerie et du génie : M. le médecin inspecteur Mathis, directeur du service de santé du 7e corps d'armée.

Ve arrondissement. — 4e, 6e et 11e corps d'armée; prytanée

militaire : M. le médecin-inspecteur Dauvé, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

VIe arrondissement. — 1er, 2e, 3e et 10e corps d'armée ; écoles préparatoires de Montreuil-sur-Mer et des Andelys : M. le médecin-inspecteur Arnould, directeur du service de santé du 1er corps d'armée.

VIIe arrondissement. — 12e et 14e corps d'armée ; troupes détachées des 13e et 15e corps d'armée (portions principales des 98e et 121e régiments d'infanterie, 1 bataillon du 38e régiment d'infanterie, batteries d'artillerie) : M. le médecin inspecteur Vallin, directeur de l'École du service de santé militaire de Lyon.

VIIIe arrondissement. — 15e et 16e corps d'armée ; école préparatoire d'infanterie de Saint-Hippolyte-du-Fort : M. le médecin inspecteur Papillon, directeur du service de santé du 15e corps d'armée.

IXe arrondissement. — 19e corps d'armée et brigade d'occupation de Tunisie : M. le médecin inspecteur Aron, directeur du service de santé du 19e corps d'armée.

Arrondissement pharmaceutique. — 2e, 3e, 4e, 8e, 9e, 10e et 11e corps d'armée : M. Marty, pharmacien inspecteur, membre du Comité technique de santé.

— Le règlement relatif au stage obstétrical et aux épreuves du cinquième examen de doctorat est arrêté comme suit :

Article premier. — Après la seizième inscription, chaque étudiant en médecine est tenu de faire un stage dans une des cliniques obstétricales de la Faculté.

La durée de ce stage est d'un mois, pendant lequel l'étudiant est obligé de pratiquer lui-même au moins deux accouchements.

Les étudiants qui auront été internes dans les services des accouchements des hôpitaux sont seuls dispensés de ce stage ; ils produiront, à cet effet, un certificat signé de leur chef de service, accoucheur des hôpitaux.

Art. 2. — La première partie du cinquième examen de doctorat se compose :

1° D'une épreuve de clinique chirurgicale, subie dans une des cliniques chirurgicales de la Faculté ;

2° D'une épreuve de clinique obstétricale, subie dans une des cliniques obstétricales de la Faculté.

Chacune de ces épreuves est éliminatoire ; le candidat conserve le bénéfice de l'épreuve antérieurement subie avec succès.

Les séries des épreuves de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale comprennent six candidats.

Pour être admis à la deuxième de ces épreuves, le candidat justifiera de l'accomplissement du stage hospitalier établi à l'article premier, et produira, à cet effet, un certificat signé d'un des professeurs de clinique obstétricale.

Art. 3. — Ces dispositions seront applicables à partir du 6 avril 1891, en ce qui concerne le stage obstétrical, et à partir du 1er juin suivant, en ce qui concerne le cinquième examen de doctorat.

Dispositions relatives à l'application du présent règlement. — 1° Les élèves pourvus de seize inscriptions seront admis à se faire inscrire, en vue du stage obstétrical, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2) tous les jours, de midi à trois heures. Ils seront ensuite convoqués par lettre spéciale.

Chaque série comprendra vingt-quatre élèves à la clinique d'accouchements de la rue d'Assas, et trente, à la clinique Baudelocque, boulevard de Port-Royal, 125.

2° Ces élèves assisteront à la visite pendant un mois. — Ils devront, trois fois par semaine, par séries de garde, séjourner à la clinique, de neuf heures du matin à dix heures du soir.

3° L'appel nominal sera fait tous les matins dans chaque service, à neuf heures, par le professeur ou par le chef de clinique.

4° Les stagiaires de garde ne pourront s'absenter dans la journée sans une autorisation spéciale du professeur ou du chef de clinique ; mais, à l'heure du repas, ces élèves auront droit à une sortie d'une heure pour le déjeuner et d'une heure pour le dîner.

5° Les internes des hôpitaux seront admis à faire leur stage à la clinique Baudelocque, de dix heures du soir à huit heures du matin.

En s'inscrivant au secrétariat de la Faculté, ils devront faire connaître leurs intentions à ce sujet.

6° Les élèves sages-femmes étant de garde à la clinique d'accouchements (rue d'Assas) de dix heures du soir à huit heures du matin, les étudiants n'y seront pas admis pendant ce temps.

— Les directeurs et délégués des Ecoles de médecine, préoccupés de la situation créée par la loi sur le service militaire et par l'adoption à la Chambre des députés de la loi sur l'exercice de la médecine, se sont de nouveau réunis dimanche matin à Paris. Après une longue discussion, la réunion a pris les résolutions suivantes :

« Considérant que, dans l'intérêt des études médicales en général et du service de l'assistance médicale des campagnes, il est nécessaire de conserver, en les développant, les Ecoles de médecine existantes ; que, la suppression de l'officiat de santé ayant été prononcée par la Chambre des députés et le diplôme de docteur devant être obtenu avant l'âge de vingt-six ans et après avoir passé une année sous les drapeaux, il importe de consacrer aux études médicales tout le temps nécessaire pour former de bons praticiens, les directeurs et délégués des Ecoles de médecine estiment que :

1° Les études des baccalauréats spéciaux pour la médecine doivent être abrégées dans la mesure du possible, de manière à gagner une année au profit des études médicales proprement dites ;

2° Que le régime d'études qui répondrait le mieux à ces desiderata est le suivant :

Dès la première année, études anatomiques et cliniques avec la sanction d'un examen de fin d'année ;

2e année : études anatomiques et cliniques et physiologie avec un examen probatoire à la fin de l'année ;

3e année : clinique et pathologie avec la sanction d'un examen de fin d'année ;

Répartition de l'étude des sciences accessoires dans le cours de la scolarité.

Ils réclament en outre :

1° La possibilité pour les étudiants ayant obtenu des fonctions au concours (internes, prosecteurs, aides d'anatomie) de passer quatre années dans les écoles secondaires avec équivalence des inscriptions ;

2° L'incorporation des étudiants en médecine et en pharmacie faisant leur service militaire à un corps de troupes tenant garnison dans une ville où siège une Ecole de médecine et de pharmacie, et l'autorisation pour ces jeunes gens, après leur première année de service, de suivre les cours de ces Ecoles ;

3° La constitution de jurys mixtes pour les examens probatoires subis au siège des Ecoles ;

4° La représentation des Ecoles de médecine et de pharmacie au Conseil supérieur de l'instruction publique et au Conseil général des Facultés. »

— *Tous docteurs!* — L'annonce suivante a été proposée à la Compagnie générale des annonces de Paris et refusée par elle :

« Contre un envoi de 750 francs, on expédie à domicile, franco de port et recommandé, à MM. les dentistes et à toute personne sachant lire et écrire, un diplôme de docteur en chirurgie dentaire, d'une école de Philadelphie ou de toute autre école dentaire semblable des États-Unis d'Amérique.

« Pour plus amples renseignements, s'adresser à M. D..., Philadelphia, ou à son agent général, M. H..., Berlin.

« *Nota.* — Sous aucun prétexte, les personnes munies d'un de ces diplômes ne peuvent pratiquer l'art dentaire aux États-Unis d'Amérique ou dans le royaume et les possessions anglaises. »

Comment s'étonner, après cette restriction, que la France en particulier soit si riche en pseudo-docteurs exotiques ! (*Journ. des Connaiss. médic.*)

— M. le docteur Kirmisson commencera à l'hospice des Enfants

Assistés, le lundi 13 avril à dix heures, des leçons de chirurgie orthopédique; il les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Les leçons de cette année seront consacrées aux difformités du membre inférieur.

— M. le docteur Bérillon commencera le mardi 14 avril à cinq heures, à l'École pratique de la Faculté (amphithéâtre Cruvelhier) un cours libre sur les applications de l'hypnotisme au traitement des maladies nerveuses et mentales et le continuera les samedis et mardis suivants, à cinq heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire de médecine pratique, par le docteur E. Monin. In-12. — Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Manuel du doctorat en médecine, par le professeur Paul Lefort, aide-mémoire de pathologie interne. 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Travaux d'ophthalmologie, par le docteur A. Trousseau. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. Session annuelle. — CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Session annuelle

Séance du 2 avril 1891. — Présidence de M. LAILLER.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Observation d'hypertrophie congénitale de la main. — **M. RICHARDIÈRE** fait voir le moulage d'une main atteinte d'une hypertrophie congénitale semblable à celle que présente le malade amené par M. Du Castel à la dernière séance.

Le malade de M. Richardière, hémiplégique du côté où existe cette déformation, prétend que cette main a toujours été, depuis sa naissance, plus grosse que celle du côté opposé. Le diamètre vertical n'est pas accru; tous les doigts sont augmentés de volume, à l'exception de l'annulaire. Les parties osseuses sont normales. La peau est saine; la tuméfaction présente une consistance lipomateuse, il semble que l'on ait affaire à un lipome diffus infiltré. Dans une observation semblable de Billroth, il s'agissait du reste d'un lipome diffus; on trouve dans la littérature médicale un certain nombre d'observations semblables.

M. DU CASTEL. Il y a entre le cas de M. Richardière et le mien une grande analogie, mais il y a aussi des différences. La main que j'ai présentée est plus rouge, elle porte des troubles trophiques, elle a un aspect éléphantiasique ; celle du malade de M. Richardière est plus pâle, sans troubles trophiques, d'aspect lipomateux.

COMMUNICATIONS

Persistance de la perméabilité des voies lymphatiques dans certaines variétés d'adéno-lymphopathies. — **M. MOREL-LAVALLÉE.** Dans certaines lymphangites ou adéno-lymphites infectieuses, il peut y avoir de loin en loin des foyers maxima d'inflammation, sans que les troncs lymphatiques intermédiaires présentent de lésions appréciables à l'examen. C'est ainsi que l'on peut, sur le trajet des troncs lymphatiques, trouver de loin en loin des abcès, des chancres mous, des nodosités d'aspect gommeux ou des ulcérations tuberculeuses, alors que rien ne révèle une modification anatomique des troncs lymphatiques interposés. Les éléments pathogènes ont été transportés de l'un à l'autre de ces foyers, sans laisser trace de leur passage. On comprend que ce mode de propagation des lésions spécifiques se rencontre plus facilement avec les agents microbiens d'une maladie habituellement lente dans son évolution, comme la tuberculose, qu'avec les bactéries pathogènes d'affections qui suivent ordinairement une marche aiguë, les streptocoques pyogènes par exemple. Les foyers gommeux de cet ordre, rencontrés jusqu'à présent, étaient de nature tuberculeuse : il y a là une notion importante pour le diagnostic.

Quand les voies lymphatiques demeurent ainsi perméables, les agents pathogènes ne peuvent plus être arrêtés que par les ganglions. Il y a là une donnée importante au point de vue du pronostic.

Lorsqu'il s'agit d'adénites tuberculeuses, les troncs lymphatiques interposés peuvent demeurer perméables; cela n'est pas sans intérêt pour l'intervention thérapeutique. En voici la preuve : M. Félizet a eu l'idée d'injecter de la teinture d'iode dans des ganglions tuméfiés chez des enfants atteints d'adénopathie cervicale et trachéo-bronchique. La teinture d'iode était introduite dans les ganglions du cou. Dès le jour même, les enfants ont été pris de dyspnée considérable, en rapport sans doute avec une tuméfaction des masses ganglionnaires du médiastin. Ces accidents aigus ont rapidement disparu, et, au bout de quelques mois, les petits malades étaient notablement améliorés, on ne trouvait plus ni matité présternale ou interscapulaire, ni toux coqueluchoïde. Que s'était-il passé? Il est probable que l'iode injecté dans les ganglions cervicaux avait pénétré jusque dans les ganglions intra-thoraciques par les troncs lymphatiques demeurés perméables. La notion de cette perméabilité peut donc avoir une grande importance au point de vue de l'intervention thérapeutique.

De l'hérédité syphilitique. — **M. JULLIEN** a observé 43 ménages syphilitiques au point de vue de l'hérédité syphilitique. A ces 43 ménages correspondent 206 grossesses ou plutôt 206 fœtus, car il y a eu un certain nombre de grossesses gémellaires.

Trente-six fois il y a eu accouchement avant terme; 8 fois les enfants étaient mort-nés; 69 enfants sont morts en bas âge; 93 ont survécu, dont 53 syphilitiques et 40 bien portants.

Les observations de M. Jullien confirment une fois de plus l'effrayante mortalité des hérédo-syphilitiques et la loi de décroissance des accidents présentés par les enfants de parents syphilitiques, à mesure que vieillit la syphilis des générateurs.

Une femme syphilitique a eu 20 enfants, 17 sont morts. Une autre a eu 5 avortements, 9 enfants morts, 1 seul a survécu.

Il est à signaler que la méningite et les convulsions s'observent chez la moitié des enfants hérédo-syphilitiques.

Hérédité de la syphilis; observations d'évolution anormale. — **M. TERRAS** (de Luchon) rapporte sous ce titre un certain nombre d'observations qui tendent à montrer que, souvent, l'hérédo-syphilis procède d'une façon anormale, irrégulière. En général, les conséquences de la syphilis vont en s'éteignant à mesure que l'on s'éloigne de l'accident primitif. D'après la loi de décroissance de M. Diday, les choses procèdent habituellement

de la façon suivante : les premières grossesses se terminent par des avortements, les suivantes aboutissent à terme, mais les enfants sont morts en naissant, ou bien ils meurent rapidement après. Plus tard encore, les enfants survivent, mais ils sont syphilitiques; plus tard, enfin, peuvent venir des enfants exempts de toute tare syphilitique.

En général donc, les produits de la conception sont d'autant plus tôt et plus fortement touchés que les parents ont une syphilis plus récente. Il n'en est pas toujours ainsi et quelquefois, à des enfants sains, succèdent des enfants syphilitiques : il est important de le savoir. Cela montre, en particulier, que les syphilitiques, dans l'intérêt de leur progéniture, ne doivent pas renoncer au traitement trop tôt, et qu'ils doivent même le poursuivre dans les premiers temps du mariage et après la naissance d'enfants indemnes de syphilis.

M. Terras signale également la fréquence des accidents d'encéphalo-méningite chez les enfants hérédo-syphilitiques. Il s'agit sans doute là souvent d'accidents de nature spécifique; l'anatomie pathologique, seule, pourrait en donner la preuve irréfutable.

M. AUGAGNEUR (de Lyon) fait remarquer que les expériences de M. Straus, sur la transmission du charbon de la mère au fœtus, font bien comprendre l'irrégularité de la transmission de la syphilis de la mère à l'enfant. Tantôt la bactéridie charbonneuse passe à travers le placenta, tantôt elle est arrêtée par lui : il y a là de grandes irrégularités. Il doit en être de même pour l'agent de contagion syphilitique.

La transmission de la mère à l'enfant est beaucoup mieux démontrée que la transmission du père à l'enfant.

M. BARTHÉLÉMY. C'est vrai, mais cependant cette dernière existe, et il faut en tenir compte.

Les médecins anglais, qui emploient volontiers l'iodure de potassium et le mercure dans le traitement des accidents encéphalo-méningitiques des enfants, obtiennent, de temps en temps, des guérisons. Cependant, il n'y a nulle opposition entre la syphilis et la tuberculose; la tuberculose est même fréquente chez les individus atteints de syphilis acquise. La même coexistence peut se rencontrer chez des enfants. En voici un exemple : un jeune malade, du service de M. Hutinel, présente des accidents d'aspect méningitique; on le soumet au traitement par le mercure et l'iodure; il guérit en apparence, mais six mois après, il succombe et, à l'autopsie, on trouve un gros tubercule du cerveau et des accidents indiscutables de méningite syphilitique.

M. JULLIEN. En parlant de méningite, j'ai voulu, pour ma part, signaler seulement le syndrome méningé, sans préjuger sa nature.

Il résulte de mes statistiques que la syphilis héréditaire ne prédispose pas à la tuberculose.

Traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections hypodermiques de hautes doses d'huile créosotée. — M. BURLUREAUX fait connaître les résultats qu'il a obtenus par l'injection hypodermique d'huile créosotée à hautes doses, pratiquée par le procédé qu'il a fait connaître à la dernière séance de la Société, dans le traitement des adénopathies tuberculeuses. Huit cas ont été soumis à ces injections; il s'agissait d'adénopathies très volumineuses. La guérison a été, en général, obtenue en deux mois. M. Burlureaux présente deux malades complètement guéris : le premier a reçu 4200 grammes d'huile créosotée en vingt-cinq séances, et 83 grammes de créosote; le second 1130 grammes d'huile en vingt-deux jours et 75 grammes de créosote.

Traitement de la trichophytie. — MM. QUINQUAUD et BUTTE font connaître les résultats qu'ils ont obtenus dans le traitement de la teigne tondante, à l'École de l'hôpital Saint-Louis.

Ils commencent par faire couper les cheveux très courts, puis ils pratiquent, à plusieurs reprises, un râclage destiné à enlever les spores disséminées sur les diverses parties du cuir chevelu, en des points en apparence sains. Les spores se trouvent incorporées dans les couches superficielles de l'épiderme. Ce râclage fait avec soin est suivi d'un lavage.

Les spores du trichophyton succombent à une température de 52 à 55 degrés; les vêtements des enfants, leurs coiffures sont donc passés à l'étuve pour détruire ces spores. En ville, on peut se contenter de les soumettre à l'eau bouillante.

Jusqu'à présent, on n'a pas pu trouver de substance spécifique qui tue rapidement, qui foudroie le parasite, et MM. Quinquaud et Butte se servent encore de leur mixture de bi-iodure et de bichlorure de mercure (1).

Ce procédé a donné d'excellents résultats. La première année, on a pu renvoyer dans leur famille 124 enfants guéris; cette année, on en a renvoyé déjà 150. Ce sont là des résultats très supérieurs à ceux que l'on obtenait autrefois.

La continuité dans le traitement a une importance très grande. C'est ainsi que les enfants qui sont venus régulièrement à l'école ont été guéris, en moyenne, en deux mois et douze jours. Les irréguliers n'ont été guéris, au contraire, qu'au bout de huit mois.

M. HALLOPEAU. La statistique de M. Quinquaud constitue un argument irréfutable en faveur de l'excellence de sa méthode; nous croyons cependant devoir faire des réserves sur certains points. La méthode étant complexe, il est possible que tous les moyens dont l'ensemble la constitue n'aient pas une égale valeur et que quelques-uns d'entre eux n'aient qu'une efficacité contestable. Il en est ainsi, suivant nous, du râclage; nous avons vu, en effet, sous son influence, les foyers se multiplier. La circonscription constante de la maladie en un nombre très restreint de petits foyers, dès qu'un traitement régulier a été institué, nous fait également douter de l'utilité des mesures de désinfection que vient de préconiser M. Quinquaud; c'est aux autres moyens qu'il emploie, c'est-à-dire à l'application de bons parasiticides et à l'occlusion, qu'il faut sans doute attribuer l'efficacité de sa méthode. Le mode d'application de ces moyens nous paraît avoir une importance capitale; nous avons vu maintes fois une médication identique, employée simultanément dans nos deux salles de trichophytiques, par des infirmiers différents, donner régulièrement, dans l'un des succès, dans l'autre des insuccès. Nous avons obtenu, dans ces derniers temps, des résultats relativement favorables, d'abord avec l'acide chrysophanique dissous dans le chloroforme, puis avec la teinture d'iode. Nous attachons, comme MM. Vidal, Quinquaud et Unna, une importance capitale à l'occlusion; après avoir essayé à cet égard la pellicule adhésive de M. Vigier, nous faisons usage de la gutta-percha dissoute dans le chloroforme; on renouvelle cinq ou six fois par semaine les applications successives de la teinture d'iode et de cette solution.

M. QUINQUAUD. Le grattage n'a d'inconvénient que lorsqu'il est mal fait; quand il est bien fait et suivi d'un grand lavage, il n'y a pas de réinoculation.

M. CRUYL (de Gand) emploie avec succès la teinture d'iode, d'après le procédé de M. Vidal (2). Il en est très satisfait; sous

(1) Voici la formule de cette mixture, telle qu'ils l'ont fait connaître au Congrès de dermatologie de 1889 :

Bi-iodure d'hydrargyre. . . . . . 15 centigrammes.
Bi-chlorure d'hydrargyre. . . . . 1 gramme.

Triturer dans un mortier et dissoudre avec :

Alcool à 90 degrés. . . . . 40 grammes.
ajouter : Eau distillée. . . . . 250 —

Après le grattage et la lotion, on applique sur le cuir chevelu une rondelle d'emplâtre mixte :

Bi-iodure d'hydrargyre. . . . . . 15 centigrammes.
Bi-chlorure d'hydrargyre . . . . . 1 gramme.
Emplâtre simple. . . . . 250 —

(*Comptes rendus du Congrès international de dermatologie*, 1889, p. 195.)

(2) Congrès international de dermatologie, 1889.

l'influence de ce traitement, il a vu diminuer de moitié la durée du traitement pour les cas qui lui sont soumis.

La séance est levée.

Séance du 3 avril 1891. — Présidence de M. Lailler.

COMMUNICATIONS

Équinia chronique; farcinose mutilante du centre de la face. — M. E. BESNIER. Quand on se trouve en présence d'ulcérations destructives, mutilantes du centre de la face, on songe à la syphilis, à la tuberculose, au lupus, à l'épithélioma, on ne pense pas à la morve qu'on ne se représente pas évoluant d'une façon chronique, avec une conservation relative de la santé générale : de là des confusions. Je suis certain, pour ma part, d'avoir méconnu plusieurs fois la morve, alors qu'elle se présentait à moi sous cette forme, avec cette localisation.

Le jeune homme, qui m'a fourni la matière de la présente communication, était âgé de vingt-cinq ans, il avait été successivement palefrenier, conducteur de chevaux, charretier et garçon marchand de vin. Il n'avait d'abord fait connaître que cette dernière profession, ce qui éloignait encore l'idée de la morve. Entré à l'hôpital en mai 1890, il présentait des lésions destructives du centre de la face, qui dataient de cinq mois et éveillaient tout d'abord l'idée d'accidents syphilitiques. On constatait une infiltration morbide et des ulcérations qui, commençant à la partie moyenne du dos du nez, atteignaient le canal lacrymal et détruisaient une grande partie du nez. La lèvre supérieure détruite dans sa partie moyenne laissait les dents à nu ; elle était infiltrée dans toute son épaisseur. La lésion se continuait vers les joues; elle attaquait la voûte palatine et se prolongeait jusqu'à l'isthme du pharynx.

Les lésions reposent partout sur une base infiltrée, rouge, livide, pâteuse, qui sépare les parties malades de la peau saine. C'est sur cette base que se produisent les boutons farcineux sous forme de saillies du volume d'un grain de millet à celui d'une lentille. Ce bouton se ramollit bientôt et se présente alors sous l'aspect de petits points jaunâtres. Ces foyers laissent suinter un liquide puriforme, peu concrescible. Au bout de quelques jours, la poussée aiguë s'arrête et l'ulcération se continue en creusant insidieusement en dessous, de façon à produire une ulcération profonde à bords infiltrés, décollés, plus étendue au fond qu'à la surface. C'est à peu près ce que les vétérinaires décrivent sous le nom de chancre farcineux; plusieurs de ces lésions peuvent se réunir, de façon à constituer des pertes de substance étendues, par coalescence.

Ces productions, ces gommes farcineuses sont arrêtées par un bourgeonnement de cicatrisation qui se produit vers leur périphérie; de là, un mélange de divers éléments : lobules, mamelons, nodules jaunâtres, formant un ensemble granuleux, irrégulier, déchiqueté.

Le processus d'aigu devient chronique, tout en continuant à être destructif dans la profondeur. Ces lésions ne sont pas douloureuses; il n'y a rien qui ressemble à du jetage.

Les lésions paraissent avoir débuté à l'union du canal lacrymal et du canal nasal, à droite, mais il n'y a jamais eu ni coryza spécifique, ni jetage morveux.

La première idée, à l'entrée du malade, fut celle d'une syphilis mutilante; mais le traitement spécifique resta sans aucune action. Du reste, en y regardant de plus près, en comparant ces lésions avec des lésions de syphilis destructive, on trouve des différences très sensibles. L'étude des moulages du Musée est très instructive à ce point de vue.

Le lupus était facile à écarter, la tuberculose naso-buccale maligne est beaucoup plus douloureuse. L'épithélioma malin donne lieu à une induration beaucoup plus marquée.

M. Hallopeau, guidé par l'analogie avec un cas récemment observé par lui, fit le diagnostic de farcin chronique. Ce diagnostic fut pleinement confirmé par l'étude bactériologique, et par l'inoculation aux animaux. M. Quinquaud rendra compte tout à l'heure de ses recherches à cet égard.

Voici maintenant l'histoire du malade telle qu'il faut la rétablir. Il a contracté la maladie quatre ou cinq ans avant sa mort en soignant un cheval morveux. Il se fit tout d'abord une localisation chronique pulmonaire. Vigoureux et bien portant jusque-là, il fut pris de toux, de sueurs nocturnes, d'amaigrissement, en somme, d'accidents comparables à ceux de la tuberculose pulmonaire. Au bout de dix-huit mois, il paraissait guéri de ces accidents pulmonaires; apparut alors une gomme de l'avant-bras, qui guérit également, puis les lésions de l'angle interne de l'œil droit et la mutilation du centre de la face.

Il se fit évidemment une poussée de néphrite; en effet, au moment de l'entrée à l'hôpital, il y avait albuminurie et abgurie, et le malade finit par succomber à des accidents nettement urémiques.

A l'autopsie on ne trouva aucune granulation morveuse dans les viscères. Les reins étaient gros et rouges, sans doute atteints de néphrite.

M. QUINQUAUD donne des détails sur l'étude bactériologique à laquelle il s'est livré à propos du malade précédent, et sur le résultat des inoculations pratiquées à des animaux à l'aide de produits morbides ou de cultures microbiennes.

Le 20 janvier 1891, on inocule, sous la peau de la cuisse d'un cobaye, du pus provenant de boutons farcineux de la racine du nez. L'animal meurt au bout de dix jours. On trouve un ganglion suppuré et des granulations morveuses disséminées dans la rate. Le pus ganglionnaire renferme des bacilles courts qui se colorent par le bleu de méthyline et se décolorent facilement. Ce pus ensemencé sur pomme de terre donne lieu à une culture successivement blanche, puis jaune et brunâtre; des ensemencements sont faits avec cette culture sur agar et dans le bouillon.

On injecte dans la saphène d'un chien une certaine quantité du bouillon aussi ensemencé; trois jours après, on constate des nodosités cutanées et sous-cutanées; l'animal succombe, et à l'autopsie, on trouve des nodosités puriformes dans le foie et la rate, et de nombreux abcès et boutons farcineux sous-cutanés, ulcérés ou non.

M. Trasbot fait une inoculation à un âne qui succombe avec les symptômes et les lésions caractéristiques de la morve.

Le bouillon de culture a été filtré au filtre Chamberland pour le débarrasser des bacilles qu'il contenait. Son inoculation faite dans ces conditions à des chiens et à des cobayes, les a fait périr avec des phénomènes de septicémie.

Leurs viscères ont été broyés et lavés; et, après filtrage, le liquide a été injecté à des animaux qui ont succombé dans les mêmes délais, et avec les mêmes accidents que les animaux précédents. Il se produit donc, sous l'influence de la morve, des substances qui jouissent de propriétés toxiques extrêmement intenses.

Les urines injectées dans les mêmes conditions ont donné lieu à des accidents analogues : le poison passe dans les urines.

Il y a donc à la fois infection bacillaire et intoxication.

Chez le malade, j'ai constaté d'importantes lésions hématiques : hypo-globulée, diminution de l'hémoglobine et de l'oxyhémoglobine, légère leucocytose. La quantité d'urée renfermée dans le sang était quatre fois plus considérable que la quantité normale. Cette démonstration de l'accumulation de l'urée dans le sang est un signe véritablement clinique d'urémie.

Sur un cas d'infection farcino-morveuse chronique terminée par une poussée de morve aiguë. — MM. HALLOPEAU et E. JEANSELME. L'infection farcino-morveuse a été incomplètement décrite au point de vue dermatologique; il en résulte qu'elle peut passer facilement inaperçue dans les services spéciaux. Un fait, que nous avons observé récemment, montre que l'on peut reconnaître cette infection d'après ses caractères cliniques. L'histoire pathologique de ce malade peut être divisée en trois périodes : sa première est caractérisée par des accidents

fébriles, par l'augmentation des sécrétions nasales, par des douleurs pseudo-rhumatismales, et surtout par une série d'abcès, dont la plupart deviennent fistuleux, grâce à l'emploi du thermocautère, cette première période se termine par une guérison apparente qui se maintient pendant trois ans; une aussi longue intermission n'a été signalée dans aucun cas suivi de guérison; la seconde période est marquée par une nouvelle série d'abcès et par des ulcérations destructives, à caractères tout particuliers, des fosses nasales, de la voûte palatine et des lèvres; cette dernière localisation n'a pas été signalée jusqu'ici. La troisième période est constituée par une poussée de morve aiguë à laquelle le malade succombe. Cette évolution est tout à fait caractéristique; elle suffirait à éclairer par son ensemble ceux qui ne seraient pas arrivés plus tôt au diagnostic; mais nous croyons être actuellement en possession de données qui permettent de reconnaître la maladie avant sa terminaison, abstraction faite des commémoratifs. On doit y penser quand on voit survenir, après une série prolongée d'abcès, des ulcérations des fosses nasales, des lèvres, du voile du palais, ou une tumeur de l'un des sacs lacrymaux coïncidant avec du jetage; ces ulcérations succèdent, le plus souvent, à des néoplasies d'aspect inflammatoire; elles se différencient des ulcérations syphilitiques et tuberculeuses par leurs bords renversés et déchiquetés, leur fond antractueux, d'où émergent des mamelons jaunâtres, leur vaste décollement, l'état turgescent et la vive coloration rouge violet des parties qui les entourent, l'aspect huileux du liquide qu'elles sécrètent, la déformation étrange et hideuse qu'elles produisent. Leur puissance destructive est si considérable qu'elles peuvent aboutir en peu de jours à la disparition complète de la partie atteinte, telle que toute la lèvre supérieure. La poussée terminale de morve aiguë peut être également distinguée de l'érysipèle avec lequel elle a été confondue : la rougeur et la tuméfaction sont plus fixes et ne se terminent pas par un bourrelet saillant, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire, il survient secondairement une éruption de pustules jaunes caractéristiques, distinctes des phlyctènes érysipélateuses, et enfin des eschares. Un liquide huileux suinte de leurs sillons d'élimination.

Les études bactériologiques et expérimentales qui ont servi à mettre au-dessus de toute discussion le diagnostic d'une infection farcino-morveuse, peuvent être résumées ainsi qu'il suit. Les bacilles de la morve ont été trouvés dans le pus de trois abcès reconnus farcineux par le résultat positif des inoculations et aussi, mais plus difficilement, dans le pus du jetage et de l'ulcération labiale, ainsi que dans le liquide qui suintait du sillon d'élimination de l'eschare nasale; ils étaient nombreux dans le liquide très virulent que sécrétaient les conjonctives; dans l'un des abcès, les bacilles morveux étaient associés à des staphylocoques.

Nous avons obtenu des cultures sur les divers milieux nutritifs susceptibles d'être mis à l'étuve. Sur la pomme de terre, nous avons constaté le développement d'une couche d'aspect glacé qui parfois, dès le quatrième ou le sixième jour, prenait une nuance ambrée et, plus tard, une coloration franchement brun rougeâtre. Des inoculations ont été pratiquées sur des cobayes, soit par scarification ou injection sous-cutanée, soit le plus souvent par injection intra-péritonéale; ce dernier procédé, préconisé par M. Straus, donne les meilleurs résultats; il permet d'obtenir, dès le second jour, et quelquefois trentre-quatre heures seulement après l'inoculation, la vaginalite caséo-suppurée caractéristique. De même que certaines cultures périssent en quelques jours et que d'autres, placées dans des conditions en apparence identiques, conservent parfois leur vitalité pendant des mois, de même certains abcès deviennent rapidement stériles, c'est-à-dire guérissent, tandis que d'autres gardent leur virulence, c'est-à-dire passent à l'état fistuleux. Un âne, inoculé avec une de nos cultures sur pommes de terre par M. Trasbot à Alfort, a succombé à la morve. L'injection de l'urine, recueillie pendant la poussée terminale, n'a donné que des résultats négatifs.

Chancre syphilitique du prépuce; lymphangite précoce empêchant l'excision. — M. Barthélémy fait voir un malade atteint de chancre induré du prépuce. Cette situation eût rendu l'excision facile; mais, dès les premiers jours de l'observation, il y avait une lymphangite indurée, intermédiaire entre le chancre et les ganglions, qui eût rendu l'extirpation inutile. Il en est, sans doute, ainsi dans le plus grand nombre des cas, et ceux qui font l'excision arrivent trop tard. Il n'en est pas, en effet, de la syphilis comme de la rage. Lorsqu'on sait exactement où se trouve la porte d'entrée, il est trop tard pour enlever la partie contaminée, l'incubation a déjà eu lieu, et le virus a pénétré.

M. Augagneur rapporte, à ce propos, un fait très intéressant: dans un cas, le prépuce tout entier a été enlevé avant l'apparition du chancre; la syphilis n'en avait pas moins été inoculée: elle se révéla, en effet, par une roséole caractéristique, par une adénopathie inguinale. Le chancre fit défaut. Il s'agissait d'un malade qui avait contracté la blennorrhagie et qui fut circoncis pour un phimosis très serré. Or, la roséole apparut après deux mois de séjour à l'hôpital, deux mois après le coït qui avait donné naissance en même temps à la blennorrhagie et à la syphilis. Un fait de ce genre est un argument important contre l'excision du chancre et même contre l'excision préventive.

Sur une variété d'angéio-neurose donnant lieu à des plaques d'alopécie pseudo-péladique et vitiligo. — M. Hallopeau présente un malade atteint de lésions qu'il qualifie ainsi.

Un cas de pelade totale du cuir chevelu probablement d'origine nerveuse. — M. Brousse (de Montpellier) rapporte l'observation d'une malade névropathique, hystérique, atteinte pour la troisième fois de pelade. A seize ans, il n'y eut qu'une plaque grande comme une pièce de 50 centimes. A vingt-cinq ans pendant une première grossesse, à propos d'une émotion, survint une pelade beaucoup plus étendue; enfin, il y a deux ans, pendant une seconde grossesse, cette fois encore après une vive émotion, la malade perdit absolument tous ses cheveux. Il est probable que cette poussée dernière guérira comme les précédentes.

Sur la nature et le traitement du prurigo d'Hébra. — M. Augagneur (de Lyon). On sait qu'on désigne maintenant, sous le nom de prurigo d'Hébra, l'affection que l'on désignait autrefois sous le nom de lichen agrius. Cette maladie est caractérisée par un prurit intense et tenace, qui suscite un grattage féroce, des poussées de papules, bientôt excoriées. Elle est habituellement considérée comme incurable. Tel n'est pas l'avis de M. Augagneur qui l'a fréquemment observée à Lyon, chez des enfants. Il l'a vue 52 fois chez des enfants au-dessous de treize ans, 9 fois chez des enfants plus âgés.

Il attribue une grande importance à l'encombrement dans lequel vivent ces enfants dans les familles d'ouvriers. Il y aurait là une cause d'anémie et même d'auto-intoxication.

Il s'est très bien trouvé de l'emploi de l'acide phénique à l'intérieur. Il le donne à la dose de 20 à 60 centigrammes par jour. Il fait un sirop à l'aide d'acide phénique dissous dans la glycérine.

Grâce à ce traitement, il n'a observé que 13 p. 100 de récidives au lieu de 27 p. 100.

La diminution du nombre des cas de prurigo d'Hébra, à mesure que les enfants avancent en âge, montre bien que cette maladie est curable, chez les enfants tout au moins.

Nouveaux détails sur la destruction des poils par l'électrolyse. — M. Brocq emploie depuis plusieurs années l'électrolyse pour la destruction des poils. Il se sert, pour cela, d'une fine aiguille d'or ou de platine, avec laquelle il cathétérise en quelque sorte la gaine de chacun des poils pris en particulier. A cette aiguille correspond le pôle négatif d'une batterie électrique. Le pôle positif est mis en communication avec la main. L'électrolyse ainsi produite permet après un court passage du courant, de détacher le poil. On arrive ainsi à débarrasser les femmes et les jeunes filles d'un duvet aux allures trop masculines. M. Brocq fait connaître des modifications qu'il a récemment fait subir aux aiguilles qu'il emploie et à sa technique. Grâce à ce procédé

perfectionné, on peut enlever ainsi de 50 à 80 poils en une séance de vingt à vingt-cinq minutes. On peut même, chez des personnes courageuses, déterminées, enlever jusqu'à 150 et 180 poils. L'électro-épilation devient ainsi une opération pratique; elle laisse peu de traces.

M. Brocq pense que chez les jeunes filles il ne faut pas attendre, pour extirper les poils, qu'ils aient pris un trop grand développement. Les poils sont, en effet, d'autant plus difficiles à détruire qu'ils sont plus volumineux.

La séance est levée.

Séance du 4 avril 1891. — Présidence de M. Lailler.

COMMUNICATIONS

Sur une nouvelle variété d'éruption acnéiforme agminée de la face. — MM. HALLOPEAU et P. CLAISSE présentent un malade atteint d'une nouvelle variété d'éruption acnéiforme de la face. Les boutons qui la constituent se sont développés soudainement, comme le font les éruptions médicamenteuses. Ils sont hémisphériques, durs, non douloureux, sauf au début. Ils sont isolés ou agminés; quelques-uns suppurent; aucun ne s'est affaissé sept semaines après le début de l'affection. Ils n'occupent que la face. Ils ont une analogie indirecte avec les lésions que M. Barthélemy appelle acnitis. Ils en diffèrent surtout par leur groupement en plaques, par l'absence de suppuration de la plupart d'entre eux, par leur localisation exclusivement faciale. Les éléments morbides ne paraissent pas développés au pourtour des poils : si c'est de l'acnitis, c'en est une variété nouvelle.

M. JACQUET qui a examiné des préparations histologiques empruntées à l'un des malades de M. Barthélémy, et des préparations fournies par le malade de M. Hallopeau, estime qu'il s'agit de la même affection.

De certaines manifestations oculaires graves de la syphilis et de leur traitement. — M. ABADIE. La kératite parenchymateuse d'Hutchinson est acceptée maintenant comme une des manifestations de la syphilis héréditaire les plus caractéristiques. Elle présente parfois une grande gravité, et beaucoup d'aveugles le sont devenus par son fait. Dans les cas légers de syphilis oculaire de cet ordre, l'iodure de potassium donne de bons résultats; il n'en est pas de même dans les cas graves, qui compromettent la fonction de l'organe. Ce médicament, alors, aggrave les choses. La cornée, sous son influence, se tuméfie, devient sanglante, un désastre est imminent. Il faut, de toute urgence, supprimer l'usage de l'iodure. Dans ces conditions, le remède par excellence, c'est le sublimé en injections hypodermiques. M. Abadie injecte tous les deux jours 1 centigramme de sublimé dans la région lombaire, et cela d'une façon suivie. La transparence de la cornée se rétablit au bout de vingt à trente injections. Ces injections doivent être faites avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses. Les seringues dont se sert M. Abadie baignent constamment dans la glycérine phéniquée à 5 p. 100. On ajoute au contenu de chaque seringue III gouttes d'une solution de cocaïne à 5 p. 100.

Il est une autre circonstance dans laquelle il peut se produire des lésions graves de l'œil, susceptibles de compromettre la vision. C'est dans les cas de syphilis contractée à un âge avancé, au-dessus de soixante ans. Il s'agit alors, non de lésions superficielles cornéennes ou iridiennes, mais de lésions profondes, rétiniennes et choroïdiennes, qui s'annoncent par un trouble fonctionnel des plus accusés. C'est encore, ici, aux injections de sublimé qu'il faut avoir recours. M. Abadie fait même, dans ces conditions, des injections intra-oculaires.

M. VIDAL a vu, comme M. Abadie, l'iodure de potassium donner de mauvais résultats dans la syphilis oculaire grave.

Observation de sept chancres infectants de la face. — M. BROUSSE (de Montpellier) rapporte une observation dans laquelle il y avait à la face sept chancres indurés; il se demande si le rasoir n'a pas pu être l'instrument de transmission.

Traitement du prurigo d'Hebra. — M. TENNESSON est amené, par la communication de M. Augagneur à la dernière séance, à faire connaître la façon dont il comprend le prurigo d'Hebra (lichen agrius des anciens auteurs) et le traitement dont il use avec succès contre lui depuis quelque temps.

Pour lui, le prurigo d'Hebra est incurable; il n'est nullement influencé par l'acide phénique donné à l'intérieur. Si M. Augagneur obtient de si beaux résultats à Lyon, c'est sans doute qu'il ne désigne pas sous le nom de prurigo d'Hebra les mêmes faits que ceux que l'on désigne à Paris par cette dénomination.

Le traitement qu'il emploie est surtout dirigé contre le prurit. M. Jacquet a démontré que par l'enveloppement ouaté on faisait disparaître dans l'urticaire la démangeaison et, par suite, le grattage, et, par suite encore, l'éruption. Il faut d'abord nettoyer la peau avec soin et pratiquer une occlusion complète, au besoin même générale, de la peau. Le prurit est ainsi supprimé en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Le pansement enlevé, le prurit ne se reproduit pas immédiatement, mais seulement au bout de plusieurs jours, et dans les cas les plus favorables, de plusieurs semaines, et même de plusieurs mois.

L'occlusion, suivant la façon dont elle est pratiquée, peut supprimer les fonctions glandulaires de la peau et les réflexes, ou les réflexes seulement. C'est ainsi que la ouate supprime seulement les réflexes, et que les enveloppes imperméables suspendent à la fois les réflexes et les sécrétions. Comme on obtient des résultats semblables par l'un et par l'autre procédé, il faut en conclure que ce qui importe le plus, c'est la suppression des réflexes.

Les toiles imperméables sont d'un usage plus commode que la ouate. Il faut faire faire des maillots ou des caleçons d'une application hermétique.

L'occlusion totale ne présente aucun danger, rien qui ressemble aux phénomènes amenés par le vernissage chez les animaux.

Les colles ont un inconvénient; elles fondent sous l'influence de la chaleur du lit et adhèrent aux draps. Cependant, M. Tennesson espère donner bientôt la formule d'une colle médicamenteuse qui ne présente pas cet inconvénient.

M. AUGAGNEUR réplique que si M. Tennesson considère le prurigo d'Hebra comme beaucoup plus grave que lui, c'est parce qu'il l'observe chez des adultes. Chez eux, on ne trouverait plus que les cas invétérés, graves et incurables. Au contraire, cette dermatose guérit souvent chez les enfants, et les statistiques qu'il a établies s'appliquent uniquement à ceux-ci.

Lichen simplex. — M. VIDAL fait sur ce sujet une communication dont nous ne donnerons que le sens général, la question étant un peu spéciale. Pour lui, le lichen simplex se rapproche de l'urticaire et du lichen plan, beaucoup plus que de l'eczéma. C'est en quelque sorte l'intermédiaire entre l'urticaire et le lichen plan. Souvent, du reste, chez les enfants, on voit l'urticaire précéder et accompagner le lichen. D'autre part, au point de vue de l'anatomie pathologique, si l'élément éruptif du lichen se rapproche de l'urticaire, c'est en quelque sorte une papule d'urticaire de petites dimensions. Il se rapproche également du lichen plan. En somme, le lichen simplex doit prendre rang dans le lichen, à côté du lichen plan : c'est une névrodermie.

Nouvelle étude sur la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique. — M. HALLOPEAU. La description de la maladie que l'auteur a fait connaître sous ce nom repose sur deux observations qui ont été toutes deux communiquées au Congrès international de dermatologie, la première par lui-même, la seconde par M. Feulard; il a pu, depuis lors, suivre le malade de M. Feulard, d'abord dans son propre service, puis à Jouy, près de Chartres, où il habite; il a pu ainsi observer de nouvelles manifestations de la maladie. Celle-ci est essentiellement constituée par la production successive et continue de foyers de suppuration qui débutent, soit iso-

lément, soit au pourtour d'anciens foyers, par des vésico-pustules miliaires et des taches érythémateuses, s'accroissent excentriquement, donnent lieu à un prurit intense, prennent une forme circulaire, s'unissent en plaques polycycliques, s'éteignent au centre tout en s'étendant excentriquement à la périphérie, deviennent végétantes, puis s'affaissent en ne laissant d'autres traces que des macules très lentes à s'effacer. Ils peuvent envahir toutes les parties de la surface cutanée et se développer également sur la muqueuse buccale; parfois ils s'étendent en profondeur, gagnent le tissu cellulaire sous-cutané et deviennent ainsi phlegmoneux. Depuis un an, le caractère végétant de l'éruption s'est accentué au cuir chevelu et à la face, au point d'y devenir son trait dominant. L'aspect du cuir chevelu était, au mois de juin, des plus remarquables; une plaque éruptive l'occupait presque entièrement; formant une saillie de 1 centimètre, elle était creusée de sillons profonds qui la divisaient en circonvolutions identiques par leur configuration à celles du cerveau. Leur couleur est rouge pâle, leur consistance molle; elles sont le siège d'un prurit intense; leurs faces verticales sont excoriées et le siège d'une sécrétion puriforme peu abondante. La maladie a d'ailleurs continué à évoluer en diverses régions. Un des caractères les plus remarquables de cette maladie est la tendance qu'ont ses manifestations à disparaître entièrement ou peu s'en faut; il en est de même des saillies végétantes; elles se sont graduellement affaissées et elles sont, actuellement, presque complètement effacées.

Érythème salolé à déterminations graves. — M. MOREL-LAVALLÉE rapporte l'observation d'une femme syphilitique qui éprouvait, en vertu des lésions ulcéreuses de la gorge, de vives douleurs dans l'oreille. On lui ordonna des insufflations salolées. Un jour, elle éprouva une céphalalgie extrêmement vive, et des accidents méningitiformes, puis bientôt il survint une inflammation extrêmement vive, un gonflement si intense du pharynx, qu'on pensa à pratiquer la trachéotomie. Il s'agissait, en somme, d'une éruption salolée. La malade s'était bourré l'oreille externe de salol; il se fit, sous l'influence de cette substance, une otite moyenne qui donna lieu à des accidents méningitiformes, et qui, se propageant par la trompe d'Eustache, détermina une pharyngite toxique suraiguë.

Traitement mercuriel dans le rhumatisme blennorrhagique. — M. MOREL-LAVALLÉE a vu deux fois des malades syphilitiques, atteints de rhumatisme blennorrhagique, se trouver très bien, au point de vue des manifestations articulaires, de l'emploi des préparations hydrargyriques. Rayer, autrefois, donnait le mercure dans le rhumatisme blennorrhagique. Il y aurait peut être lieu d'y revenir, au moins dans les formes plastiques et noueuses.

Des raisons qui semblent militer en faveur de la non-spécificité du gonocoque. — M. ERAUD (de Lyon) fait sur ce sujet une nouvelle communication. Il a trouvé, dans la sérosité vaginale de l'orchite blennorrhagique et dans l'urèthre normal, chez de jeunes sujets vierges, un diplocoque staphylocoque qui présente les mêmes caractères que le gonocoque. Ce microbe a été cultivé dans l'agar et la gélatine. Injecté dans le testicule des chiens, il donne lieu à une orchite qui peut aboutir à l'atrophie.

Un microbe semblable se rencontre aussi dans la prostate. Aucun de ces trois microbes ne détermine de suppuration quand on l'injecte sous la peau.

M. Eraud est amené ainsi à mettre fortement en doute la spécificité du gonocoque, que l'on considère comme le microbe pathogène de la blennorrhagie.

Ces diplocoques fournissent une diastase dont l'injection produit également l'orchite et l'atrophie du testicule chez le chien. Cette diastase n'est pas toxique. C'est à des leucomaïnes présentes en même temps dans les produits de culture qu'il faudrait attribuer la toxicité de ces produits.

Albuminurie dans la blennorrhagie. — MM. BALZER et LOUPLET ont examiné, à ce point de vue, l'urine de 163 malades; ils ont trouvé 20 fois l'albuminurie, soit 12 fois sur 100. On la trouve de préférence chez les malades atteints de cystite ou d'orchite. Tantôt elle ne dure que quelques jours, tantôt plusieurs semaines. Elle paraît défavorablement influencée par l'usage des balsamiques. Cette albuminurie est-elle attribuable à une inflammation ascendante de la vessie au rein par les uretères; est-elle, au contraire, le résultat de l'infection générale? ce sont les deux hypothèses possibles. Quoi qu'il en soit, on voit qu'il faut peut-être attribuer une certaine influence à la blennorrhagie dans la pathogénie des néphrites.

M. BESNIER a vu mourir un malade à la suite d'une albuminurie d'origine blennorrhagique. Il est donc très important que l'attention soit appelée sur la possibilité de cette grave complication de la blennorrhagie.

Accidents névropathiques attribuables à la syphilis. — M. TERRAS (de Luchon) a relevé, chez 58 syphilitiques, des troubles nerveux de divers ordres, semblables à ceux que l'on rencontre dans le tabes ou dans la pseudo-paralysie générale : ainsi la marche ataxique, l'abolition des réflexes, les douleurs lancinantes, l'hyperesthésie, la parésie de la vessie, la céphalée, l'aphasie, l'hémiplégie, etc. Cependant, chez ces malades, on ne pouvait pas encore poser de diagnostic ferme, les reconnaître, par exemple, comme des tabétiques. Il est important de savoir que la syphilis peut provoquer des manifestations semblables et ne pas attribuer trop facilement tous ces phénomènes à la neurasthénie. Cela permettra peut-être d'intervenir avec succès chez des malades qui, abandonnés à eux-mêmes, auraient pu devenir tabétiques. La chose est d'autant plus importante, que la thérapeutique est impuissante contre le tabes confirmé.

La session annuelle est close. La prochaine séance aura lieu le jeudi 14 mai à neuf heures, à l'hôpital Saint-Louis.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Séance du samedi 4 avril (soir). — Présidence de M. PANAS.

COMMUNICATIONS

Des applications de l'analyse spectroscopique du sang en chirurgie. — M. HÉNOCQUE, en son nom et au nom de M. Bazy, fait une communication sur ce sujet.

Il a fait l'étude du sang par la méthode d'*hématoscopie* qui donne la quantité d'oxy-hémoglobine contenue dans le sang, et permet d'étudier la durée de la réduction de l'oxy-hémoglobine dans le pouce, c'est-à-dire l'activité des échanges entre le sang et les tissus.

Ses recherches peuvent être divisées en deux séries. La première se rapporte à l'examen de l'état des malades au moment de leur entrée pour un traitement chirurgical. Il est important de connaître la richesse du sang en oxy-hémoglobine, l'état plus ou moins anémique du malade, au moment où il faut décider une opération. Ainsi, pour le diagnostic des tumeurs malignes, il faut analyser le sang au point de vue de sa richesse en hémoglobine et apprécier l'activité des échanges.

Les malades atteints de néoplasies malignes présentent ordinairement, en dehors des hémorrhagies, une diminution de la quantité d'oxy-hémoglobine, un certain degré d'anémie. Au contraire, l'activité des échanges se présente chez les cancéreux avec des caractères particuliers. On peut appliquer aux cancéreux des résultats analogues à ceux que M. Hénocque a constatés chez les chlorotiques, c'est-à-dire que, pour un même degré d'anémie, les cancéreux présentent un ralentissement dans l'activité des échanges plus prononcé que chez les malades atteints de suppurations ou d'anémie par hémorrhagies dans le cas de tumeurs bénignes.

S'il s'agit de laparotomie pour ablation de tumeurs viscérales, et plus particulièrement des corps fibreux, il y a lieu de constater rigoureusement le degré de l'anémie, l'état d'activité des échanges. L'hématoscopie permet de constater cette tendance de l'organisme à la réparation, plus rapidement et plus sûrement que tout autre procédé d'observation.

La seconde série des recherches de MM. Hénocque et Bazy porte sur l'action de l'anesthésie chloroformique, sur la quantité d'oxy-hémoglobine du sang et sur l'activité des échanges.

Les résultats observés montrent qu'en dehors des complications d'asphyxie, la quantité d'oxy-hémoglobine du sang est plutôt augmentée et qu'elle peut rester stationnaire malgré même des pertes de sang abondantes.

Un résultat constant de l'anesthésie est l'augmentation de la durée de la réduction de l'oxy-hémoglobine, c'est-à-dire le ralentissement des échanges.

On peut conclure de ces faits que l'anesthésie par le chloroforme n'est pas toxique pour le sang. Il semble, au contraire, en épargner la dépense. Dans les cas de mort subite au début de l'anesthésie, l'arrêt des échanges est complet, et c'est ce fait qui constitue la gravité exceptionnelle de cette forme de syncope. Il est donc important de reconnaître avant l'opération s'il y a une prédisposition individuelle au ralentissement des échanges.

Lithiase biliaire; cholécystotomie; guérison opératoire. — M. PICQUÉ (de Paris). M. Perier, dans l'intéressante communication qu'il a faite la veille, a rappelé un cas de la pratique de M. Picqué, qui croit devoir en donner un court résumé :

Il s'agit d'une femme de cinquante ans environ, qui lui fut adressée par M. le docteur Lemarignier. Cette malade souffrait depuis une dizaine d'années environ de troubles gastriques et de douleurs assez vives dans la région du foie. Pas de coliques hépatiques franches.

L'obésité relative de la malade rendait l'examen assez difficile.

A la palpation, on constata néanmoins, du côté droit, au-dessous du rebord des fausses côtes, dans la région de la vésicule, une tumeur grosse comme le poing, lisse, absolument mobile latéralement et légèrement douloureuse à la pression.

En arrière, on retrouve le foie dont le bord libre descend à deux travers de doigt, en présentant une tuméfaction qui fait corps avec lui et semble indépendante de la tumeur principale.

On porte le diagnostic de distension de la vésicule par des calculs biliaires, mais la difficulté de se prononcer sur la nature de la tumeur hépatique engage M. Picqué à soumettre le cas à M. Perier qui admet ce diagnostic et conseille la laparotomie exploratrice.

L'incision sur la ligne médiane, combinée avec une incision latérale perpendiculaire à la première, permet d'arriver facilement sur la vésicule biliaire.

La vésicule est incisée et l'on évacue son contenu qui contient une notable quantité de pus. Son collet est occupé par un gros calcul qui est mobilisé par des pressions douces exercées à l'extérieur et qui est extrait à l'aide d'une pince.

La vésicule présentait des adhérences fortes et étendues qui rendent trop dangereuse l'extirpation totale. Selon le procédé de Laugenbach, la vésicule est fixée à la partie moyenne de l'incision transversale.

La tumeur adjacente signalée plus haut fait corps avec le bord libre du foie; à ce niveau, il existe un foyer de péritonite localisée, avec adhérences intestinales étendues. L'examen attentif qui en a été fait n'a pu établir s'il s'agissait d'un foyer inflammatoire simple ou d'un néoplasme.

Les suites opératoires ont été très simples : au bout de quinze jours, la malade quittait l'hôpital avec une fistule biliaire donnant une très petite quantité de bile. Les douleurs ont complètement disparu depuis trois mois. L'état local est très satisfaisant, la fistule est à peu près complètement oblitérée, mais la tumeur adjacente a notablement augmenté. La malade a maigri; l'anorexie est complète. Le diagnostic de cancer concomitant se trouve dès lors confirmé.

Kyste pancréatique drainé en un temps après laparotomie. — M. HARTMANN (de Paris). La malade avait les signes classiques d'un kyste du pancréas : amaigrissement, dyspepsie, douleur locale. La tumeur intermédiaire à l'estomac et au colon donnait la sensation de ballottement, ce qui s'explique par ce fait que les tumeurs du pancréas sont en rapport immédiat avec la paroi abdominale postérieure. L'extirpation a donné des morts nombreuses; il faut inciser et drainer en un temps. On n'a pas à craindre une fistule pancréatique, ces kystes ne sont pas des kystes par rétention, mais des épithéliomas qui peuvent même se généraliser au fond. On a tous les intermédiaires du kyste simple, unique chirurgicalement, à l'épithélioma kystique alvéolaire. La malade opérée par M. Hartmann fut d'abord améliorée puis ne tarda pas à succomber à une généralisation hépatique de l'épithélioma du pancréas.

De l'intervention partielle tardive dans l'épithélioma utérin, inopérable. — M. LEVRAT (de Lyon) apporte onze observations d'épithéliomas inopérables de l'utérus. Il divise les observations en trois séries.

Dans la première série, rentrent trois faits où les malades ont présenté à la suite de son intervention une amélioration notable et durable.

La première malade avait un cancer propagé au corps et aux annexes, il fut fait une abrasion de toute la partie exubérante du col, la tumeur fut ainsi réduite à un simple moignon, la cavité du corps fut dilatée et curetée, il en sortit près d'un demi-verre de pus; une amélioration rapide suivit l'acte chirurgical. Huit jours après M. Levrat renouvela le curetage et cautérisa au thermocautère. Un mois après, la malade quittait l'hôpital, et aujourd'hui, treize mois après, la malade est encore indemne d'accidents vaginaux, alors que le petit bassin était rempli de masses dégénérées.

Le deuxième et le troisième cas qui complètent cette série sont absolument semblables, sauf que, après le deuxième curetage, M. Levrat abandonne un bâton de chlorure de zinc dans la cavité du corps.

Dans les trois autres cas, qui constituent la deuxième série, l'amélioration n'a duré que trois mois, six mois, et un an, et des accidents hémorrhagiques ont reparu.

Dans quatre cas, la récidive a été plus rapide encore.

Enfin, dans un cas, le péritoine a été perforé par la curette sans qu'il en soit résulté d'inconvénient pour la malade.

M. Levrat conclut en disant, qu'il ne faut pas refuser aux malades les bénéfices de cette intervention.

Traitement des abcès chauds par la ponction antiseptique. — M. PIÉCHAUD (de Bordeaux), ayant eu l'occasion de traiter avec succès, chez un enfant, une arthrite purulente, par la ponction antiseptique, résolut d'appliquer la méthode à des abcès chauds des autres régions.

Il a eu recours à ce procédé chez deux enfants, âgés l'un de trois ans, l'autre de deux ans et demi, et atteints, l'un d'abcès de la fesse, l'autre d'abcès de la cuisse. Chez tous deux l'évacuation de la poche par une ponction, suivie d'injection de sublimé à 1/1000, fut couronnée d'un succès complet au bout de 8 jours. Or, 20 abcès, dans lesquels l'examen bactériologique révélait la présence de streptocoques et de staphylocoques, ont été traités par des injections semblables et ont tous été guéris sans exception. L'orateur fait remarquer qu'il a choisi le sublimé à 1/1000 à l'exclusion de tout autre antiseptique.

Excision de la vésicule séminale et du canal déférent, en totalité. — M. ROUX (de Lausanne) est partisan de l'intervention dans la tuberculose génitale de l'homme. Il n'y voit qu'une variété de tuberculose locale, qu'il faut traiter comme les autres foyers primitifs; à condition que les poumons soient indemnes, c'est à l'extirpation totale qu'il faut recourir.

Pour que l'extirpation de la lésion locale soit complète, il en faut largement dépasser les limites. Ce n'est pas assez d'enlever le testicule : dans plusieurs cas, à la suite de ces castrations pour tuberculose, M. Roux a vu se produire plus tard, le long du cordon et jusque dans le canal inguinal, des abcès et des fistules, qui témoignaient de la propagation le long du canal déférent. L'extirpation du canal déférent et aussi de la vésicule séminale, s'impose donc quand on trouve, en explorant leur paroi, la preuve d'une infiltration tuberculeuse.

M. Roux a pratiqué deux fois une opération de ce genre. Son premier malade, âgé de quarante-quatre ans, était atteint d'une tuberculose du testicule gauche; chez lui, l'infiltration se propageait le long du cordon spermatique jusque dans le canal inguinal, et s'étendait à la vésicule séminale correspondante. L'autre était un paysan de cinquante ans, aussi indemne d'infection générale; le mal avait débuté trois mois et demi auparavant; le testicule droit était gros comme un œuf d'oie, le canal déférent et la vésicule séminale étaient atteints. Chez cet homme, notre confrère pratiqua l'extirpation totale des lésions, il fit d'abord la castration, en ayant soin de comprendre, dans l'incision, un large segment de peau suspecte; séparant le canal déférent des vaisseaux du cordon, il le saisit dans une ligature, il l'isola sur une longueur de 6 centimètres, et le coupa en travers. Cette première plaie fut suturée, en surjet. Séance tenante, on pratiqua la taille périnéale par une incision de 40 centimètres, menée à 2 ou 3 centimètres de la ligne médiane; on sectionna le releveur et le chirurgien arriva à la prostate. L'index gauche, introduit dans le rectum, put alors accrocher la vésicule séminale et l'amener dans la plaie périnéale; elle fut excisée au niveau de son col, et l'ouverture suturée par une série de points de catgut, la portion restante du canal déférent fut attirée au dehors tout entière, et complètement extraite. Cette intervention complète eut des suites simples; la réunion se fit par première intention; le malade est resté indemne depuis plus d'un an.

Chez le second opéré, la vésicule était bosselée et doublée de volume, des abcès en chapelet s'étaient développés autour d'elle et du canal déférent; l'un d'eux fut perforé au cours de l'intervention, et il fallut en extirper péniblement les parois; la réunion par première intention fut rapidement obtenue, sauf une petite fistule inguinale. Le même jour, le malade fut soumis aux inoculations de lymphe de Koch (3 milligrammes). Dès le lendemain, hémiplégie, aphasie, incontinence d'urine. Le malade ne s'est amélioré que lentement, de cette méningite tuberculeuse.

Traitement du torticolis par la section à ciel ouvert. — M. **PIÉCHAUD** est de l'avis de M. Phocas sur l'efficacité plus grande du traitement du torticolis, par la section immédiate des téguments. Mais il diffère de son avis, quant à la direction et au siège de l'incision. M. Phocas place l'incision verticalement sur le chef sternal du muscle sterno-mastoïdien. Sans doute, par ce procédé, la cicatrice est moins visible, mais elle est souvent insuffisante, et dans deux cas où les muscles étaient charnus, épais et rétractés, M. Piéchaud affirme qu'il n'eût jamais pu pratiquer leur section complète à l'aide de la boutonnière verticale. L'orateur croit donc qu'il faut faire l'incision transversale, parallèle à la clavicule, et de grandeur suffisante. Il réserve la section sous-cutanée dans les cas rares où la bride sternale peut être énucléée entre les doigts et détachée des parties molles du cou.

Quant aux appareils consécutifs, d'après le chirurgien de Bordeaux, les minerves à clefs seraient plus puissantes que l'appareil plâtré, et préférables à lui.

Traitement du mal de Pott. — M. **ISCOVESCO** pratique l'extension continue pour la cure du mal de Pott; mais pour cela il dispose le lit comme un plan incliné, élevé du côté de la tête par un appareil spécial. Il attache la tête et le menton aux barreaux du lit, le poids du corps fait à lui seul la contre-extension. Si l'enfant est trop petit, maigre ou chétif, si le poids de son corps est insuffisant, on ajoute un poids à chacun des membres inférieurs.

Tuberculose musculaire primitive. — M. J. **REVERDIN** (de Genève) a, comme M. Delorme, observé des cas de tuberculose musculaire. A la suite d'un effort, un de ses malades présentait une tumeur du triceps brachial. Mais comme, en même temps, il existait sur les parois de l'abdomen des gommes tuberculeuses des plus nettes, on soupçonna le diagnostic de la nature tuberculeuse de la tumeur du triceps brachial. L'opération fut faite, elle permit de vérifier le diagnostic. Le tuberculome était en plein tissu musculaire. La réunion fut faite, mais comme dans un des cas de M. Delorme, les bords de la plaie s'ulcérèrent et quelques fistules se créèrent; toutefois la guérison survint.

Un an après, M. Reverdin pratiqua une deuxième opération pour une tumeur développée au-dessous de la première. Cette fois le pus fut inoculé et la pièce confiée à M. Magon. Tout confirma la nature tuberculeuse de l'affection. Quelque temps plus tard, le même malade présenta des ulcérations fongueuses sur une des malléoles.

Les recherches du laboratoire ont fourni sur cette tuberculose musculaire des notions intéressantes. Le bacille de Koch existe, mais il est rare; toutes les cultures ont échoué, seules, les inoculations ont réussi, mais se sont développées lentement.

M. **BOISLEUX** (de Paris) remet un mémoire sur l'asepsie et l'antisepsie dans les opérations gynécologiques.

M. **MONTAZ** (de Grenoble) fait une communication sur l'os intermaxillaire.

M. **COMBE** (de Paris) fait la relation de deux cents opérations de petite chirurgie dentaire, pratiquées à l'aide de la cocaïne en injections. Il vante les bons effets de cet anesthésique et proclame ses grands avantages sur le chloroforme.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

1° M. **LEVRAT** (de Lyon). — Description d'un appareil à coxalgie, utilisé par l'auteur à la Charité, et qui peut être fait par tout le monde.

2° M. **PRÉVOST** (de Croissy). — Présentation d'un bandage herniaire.

3° M. **PEZZER**. — Sur une nouvelle sonde de caoutchouc flexible pouvant être stérilisée à l'étuve sans s'altérer.

4° M. **DUBAR**. — Présentation d'une nouvelle trousse antiseptique.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 mars 1891. — Présidence de M. Terrier.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES PAR LA MÉTHODE DE M. PÉAN

M. **RECLUS** partage d'une façon presque absolue l'opinion de M. Segond au sujet du traitement des suppurations pelviennes. Chaque fois que les lésions des annexes sont bilatérales, l'hystérectomie vaginale totale est indiquée. Dans cette discussion, on a divisé les lésions justiciables d'une intervention en trois groupes distincts : pelvi-péritonites avec exsudats abondants et diffus, ovaro-salpingites suppurées et adhérentes, ovaro-salpingites peu volumineuses et sans adhérences.

Dans le premier cas, il n'y a guère de divergence relativement au choix du procédé opératoire. La laparotomie est souvent insuffisante et peut être dangereuse, puisqu'elle expose à laisser des poches infectieuses ou des débris membraneux, capables d'entretenir la suppuration. Trois fois, M. Reclus a fait cette opération dans des cas de ce genre; deux de ses malades sont mortes en moins de six mois; la troisième vit encore, mais elle conserve une fistule sus-pubienne intarissable.

La laparotomie, faite dans ces conditions de suppuration chronique et diffuse, est d'autant plus périlleuse qu'on tente davantage d'enlever les parois rigides des foyers purulents, car alors

on s'expose à produire des perforations intestinales ou à déterminer des hémorrhagies abondantes. Il ne doit donc pas y avoir ici d'hésitation; la laparotomie doit céder la place à l'hystérectomie vaginale.

S'il s'agit d'ovaro-salpingites volumineuses et offrant de solides adhérences, M. Reclus se trouve encore en contradiction avec ceux de ses collègues, qui ont décrété la supériorité de la laparotomie, principalement pour cette raison qu'elle permet de faire une ablation totale des tissus malades. C'est là un argument facile à détruire, car que de fois ne se trouve-t-on pas en présence d'une opération, qui non seulement est difficile, mais encore reste inachevée ou expose, par l'ouverture des foyers purulents, à l'infection du péritoine et condamne au drainage? En résumé, dans ce deuxième groupe de lésions, l'hystérectomie paraît encore bien préférable.

Quant au traitement des ovaro-salpingites de petit volume et peu adhérentes, c'est à son sujet que la difficulté d'interprétation devient plus considérable. M. Reclus comprend que l'on préconise la laparotomie qui, en général, est facile et suivie de succès; néanmoins, il accepterait facilement l'hystérectomie, si le diagnostic pouvait toujours être posé complètement et s'il était bien démontré que les deux ovaires sont à tout jamais physiologiquement perdus. Malheureusement on sait combien ce diagnostic est parfois difficile; aussi, en cas de doute, il estime que l'intervention par la voie abdominale doit être préférée par ce motif qu'une ablation partielle pourra quelquefois être reconnue suffisante.

M. SEGOND répond à ses collègues. Il leur exprime tout d'abord son double sentiment de gratitude et de satisfaction, de gratitude pour la bienveillance avec laquelle ils l'ont discuté, de satisfaction pour la faveur avec laquelle ils ont accueilli ses arguments et l'opération qu'il défend. En effet, l'opération de Péan, hier encore condamnée et repoussée, est devenue une opération rationnelle et classée. Il a suffi, pour cela, de quelques séances de la Société de chirurgie et de la discussion qui vient d'avoir lieu. M. Segond en éprouve d'autant plus de satisfaction que la cause était plus difficile à gagner, l'hystérectomie vaginale ayant à lutter ici avec la laparotomie, dont les succès ne se comptent plus, dont l'omnipotence est universellement reconnue. Aussi M. Segond se montre-t-il très sensible aux concessions que ses collègues ont bien voulu lui faire.

Les orateurs qui ont pris part à cette discussion, dit-il, peuvent se diviser en trois groupes. Dans un premier groupe, se trouvent ceux qui sont absolument d'accord avec moi, tels que M. Reclus et M. Nélaton, dont je connais l'opinion. Nous partageons, en effet, la même manière de voir, puisque, comme eux, j'ai eu soin de dire que je restais partisan de la laparotomie dans les cas de doute.

Le second groupe est surtout représenté par M. Pozzi, qui s'est montré un adversaire radical et qui condamne d'une façon absolue l'hystérectomie vaginale. Je ne puis que lui exprimer mon profond regret et l'espérance que je garde encore de le voir revenir sur son opinion; car, lorsqu'il a ainsi combattu ma communication, il n'avait pas lu mes observations, il n'avait jamais fait ni vu faire l'opération en question et il n'avait même pas vu de malades l'ayant subie. Or, ces opérées sont faites pour séduire et j'espère qu'elles finiront par séduire M. Pozzi comme elles m'ont séduit moi-même.

Enfin, dans un troisième groupe, celui qui me donne le plus de satisfaction, se trouvent MM. Terrier, Lucas-Championnière, Bouilly, Terrillon, qui acceptent l'opération dans des conditions déterminées, qui acceptent même qu'il est certains cas dans lesquels c'est la seule opération à faire. M. Terrier ayant, dans sa communication, réuni et résumé les principales critiques et les objections qui m'ont été faites, c'est donc surtout à lui que je répondrai.

Dans une première catégorie, M. Terrier place les malades qui ont déjà subi une laparotomie et qui ont une récidive. Pour ces malades, il n'y a plus qu'une seule opération à faire, c'est l'hystérectomie vaginale; nous sommes tous d'accord sur ce point.

Dans une seconde catégorie se trouvent les femmes atteintes de suppurations péri-utérines, de pelvi-péritonites, avec enclavement de l'utérus, celui-ci étant recouvert d'un dôme d'adhérences, pour me servir de l'expression de M. Richelot. Pour tous ces cas, MM. Terrier, Bouilly, Richelot, Lucas-Championnière acceptent que l'hystérectomie vaginale peut être l'intervention la plus légitime et semblent disposés à l'accepter comme opération de choix. C'est là ma victoire et j'ai lieu de m'estimer heureux de l'avoir remportée.

Enfin, dans la troisième catégorie sont comptées les malades atteintes de poches purulentes péri-utérines, facilement énucléables par la laparotomie. Ici, tous mes collègues sont mes adversaires, sauf M. Terrier qui, tout en restant partisan de la laparotomie dans ces cas, accepte qu'on discute et admet que l'on puisse préférer l'hystérectomie. Passons en revue les objections qui m'ont été faites.

Tout d'abord, les partisans de la laparotomie m'ont opposé qu'il n'y avait pas à tenir compte de l'argument que j'avais fait valoir en faveur de l'absence de cicatrice abdominale et de l'inutilité d'une ceinture. Je veux bien que beaucoup de femmes laparotomisées fassent assez bon marché de la cicatrice, mais il ne faudrait cependant pas la considérer comme un idéal à rechercher. En outre, dans bon nombre de cas, il faut prolonger l'incision abdominale et l'on a alors des cicatrices longues qui peuvent se rompre et donner lieu à des accidents ultérieurs très fâcheux. Récemment encore je voyais une jeune fille à laquelle j'ai pratiqué une laparotomie pour une double salpingite, qui, à la suite d'un léger accident de voiture, a eu une hernie au niveau de sa cicatrice. Je ne crois donc pas qu'on puisse dire que cette question de la cicatrice abdominale soit tout à fait négligeable.

Relativement au pronostic immédiat de l'hystérectomie vaginale, mes collègues ont opposé à ma modeste statistique de 23 opérations avec 4 morts leur nombreuse et brillante statistique de laparotomies. Je puis ajouter que, depuis ma dernière communication, 11 nouvelles opérations ont été pratiquées, tant par moi que par mes collègues, et le nombre des morts reste toujours à 4. Quoi qu'il en soit, je pense avec M. Lucas-Championnière qu'il faut encore attendre quelques faits pour juger la question. Tout ce que je puis affirmer, pour le moment, c'est que, dans les cas bénins, le pronostic immédiat de l'hystérectomie est tout aussi bon que celui de la laparotomie et que, dans les cas graves, celui de l'hystérectomie serait plutôt plus favorable, étant donné qu'on respecte les adhérences et que ce sont précisément les tentatives faites pour les enlever, dans la laparotomie, qui en aggravent singulièrement le pronostic. Ce fait, donc, que dans l'hystérectomie on respecte de parti pris les adhérences, me paraît constituer une indication de plus en faveur de cette opération.

Quant au pronostic tardif, mes observations sont encore trop récentes pour que je puisse formuler une opinion définitive et je suis obligé de vous demander encore quelque crédit à ce sujet. Je puis dire toutefois que toutes mes opérées sont actuellement bien portantes et me paraissent mieux guéries que les laparotomisées. Mais c'est là une vue purement théorique, une affaire d'impression, de sentiment. Attendons les faits.

Pour l'argument tiré de la difficulté de l'opération, je reconnais, avec mes collègues, que c'est, en effet, une opération difficile, qu'il faut l'avoir vu pratiquer et qu'il faut surtout suivre très rigoureusement les règles formulées et suivies par M. Péan. Si l'on remplit bien ces conditions, je ne puis accepter le reproche que lui a fait M. Pozzi d'être une opération aveugle et souvent dramatique. Lorsqu'on la fait bien, on voit bien ce qu'on fait et on n'enlève que ce qu'on veut enlever. Mais pour cela, il faut recourir au morcellement ainsi que le fait M. Péan, sans quoi vous risquez de patauger dans le vagin.

Il est vrai que, dans certains cas, elle restera encore forcément une opération incomplète, mais j'aime mieux une hystérectomie vaginale incomplète qu'une ablation partielle par laparotomie. En résumé, si l'expérience nous apprend ultérieure-

ment, ainsi que j'en ai la conviction, que l'hystérectomie vaginale donne des résultats immédiats et tardifs meilleurs, vous ne vous arrêterez plus devant ses difficultés opératoires.

Il est un quatrième groupe de faits pour lequel vous êtes tous contre moi; je veux parler de ceux dans lesquels il s'agit de lésions non suppuratives des annexes et pour lesquels vous préférez tous la laparotomie. Ici encore, je suis obligé de vous demander crédit, mais je ferai observer que bien souvent, dans ces cas, la laparotomie donne des résultats éloignés bien défectueux.

Je laisserai de côté deux arguments qui m'ont été opposés : d'abord celui de M. Bazy, relativement à la dépopulation de la France ! Nous sommes tous d'accord, n'est-ce pas, sur ce point, et il est bien entendu que je ne propose l'hystérectomie vaginale que dans les cas de lésions bilatérales des annexes. Le second argument est celui de la difficulté du diagnostic. Sans doute, le diagnostic est souvent très difficile, parfois même impossible, mais vous m'accorderez bien cependant qu'il est de nombreux cas où l'on peut être fixé sur l'existence de lésions bilatérales des annexes. Or, c'est seulement dans ces cas que je propose de recourir à l'hystérectomie vaginale. Pour les cas douteux, il nous reste la laparotomie que je continue à pratiquer et à préconiser dans ces cas.

RAPPORT

Traitement des adénopathies tuberculeuses par les injections parenchymateuses de naphtol camphré. — M. NÉLATON fait un rapport sur un mémoire adressé par M. Reboul. Ce confrère a mis son procédé en pratique, quel que soit le degré de ramollissement du ganglion, dans 27 cas qui lui ont donné 21 guérisons.

Si le ganglion est induré, on fait dans son épaisseur une injection de sept à huit gouttes de la solution au naphtol camphré, que l'on renouvelle tous les huit jours; en quelques semaines la guérison est obtenue. Dans le cas où le ramollissement a envahi la partie centrale ou la totalité du ganglion, le même traitement est applicable, après ponction évacuatrice du liquide. Outre les bons résultats que semble donner ce traitement, dans un cas où M. Nélaton s'est servi du naphtol camphré en applications externes sur une ulcération ganglionnaire de cette nature, il a non seulement constaté la guérison de cette plaie, mais encore la disparition de quelques ganglions cervicaux, situés dans son voisinage.

PRÉSENTATION

M. BOUILLY présente une vésicule biliaire remplie de calculs, dont il a fait récemment l'ablation.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 mars 1891, a été rapporté le décret du 24 octobre 1890, nommant M. Vincent, médecin de deuxième classe, dans le corps de santé des colonies.

— Par décision ministérielle, en date du 8 avril 1891, M. le médecin-major de première classe Lachapelle a été désigné pour remplir les fonctions de chef du service médical du bataillon d'infanterie de marine stationné dans le gouvernement militaire de Paris.

— Un concours pour un emploi de professeur agrégé de médecine légale, législation, administration et service de santé militaire, au Val-de-Grâce, s'ouvrira le 5 octobre 1891.

— Les examens subis devant la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1889-1090, se décomposent ainsi :

Doctorat. — Premier examen. — Examens subis, 629; admis, 418; ajournés, 211; proportion des ajournements, 33,54 p. 100.

Deuxième examen. — Première partie : examens subis, 944; admis, 780; ajournés, 164; proportion des ajournements, 17,37 p. 100. — Deuxième partie : examens subis, 403; admis, 348; ajournés, 55; proportion des ajournements, 13,64 p. 100.

Troisième examen. — Première partie : examens subis, 895; admis, 818; ajournés, 77; proportion des ajournements, 8,60 p. 100. — Deuxième partie : examens subis, 439; admis, 384; ajournés, 55; proportion des ajournements, 12,50 p. 100.

Quatrième examen. — Examens subis, 458; admis, 409; ajournés, 49; proportion des ajournements, 10,70 p. 100.

Cinquième examen. — Première partie : examens subis, 496; admis, 441; ajournés, 55; proportion des ajournements, 11,10 p. 100. — Deuxième partie : examens subis, 428; admis, 412; ajournés, 16; proportion des ajournements, 3,73 p. 100.

Thèse. — Examens subis, 387; admis, 386; ajourné, 1; proportion des ajournements, 0,26 p. 100.

Officiers de santé. — Examens de fin d'année. — Premier examen. — Examens subis, 24; admis, 21; ajournés, 3; proportion des ajournements, 12,50 p. 100.

Deuxième examen. — Examens subis, 28; admis, 22; ajournés, 6; proportion des ajournements, 21,43 p. 100.

Troisième examen. — Examens subis, 14; ajournés, 13; ajourné, 1; proportion des ajournements, 7,14 p. 100.

Examens de fin d'études. — Premier examen. — Examens subis, 25; admis, 20; ajournés, 5; proportion des ajournements, 20 p. 100.

Deuxième examen. — Examens subis, 22; admis, 17; ajournés, 5; proportion des ajournements, 22,72 p. 100.

Troisième examen. — Examens subis, 11; admis, 10; ajourné, 1; proportion des ajournements, 9,10 p. 100.

Sages-femmes. — Première classe. — Premier examen. — Examens subis, 190; admises, 179; ajournées, 11; proportion des ajournements, 5,78 p. 100. — Deuxième examen : examens subis, 198; admises, 172; ajournées, 26; proportion des ajournements, 13,13 p. 100.

Deuxième classe. — Examens subis, 6; admises, 6.

— *Nombre des médecins à Vienne, à Paris et en Russie.* — A Vienne, il y a 1,315 médecins et 177 dans la banlieue. La ville compte environ 800,000 habitants et la banlieue 400,000. Cela donne, en moyenne, un médecin pour 830 habitants, ou plutôt un pour 600 dans la ville et un pour 2,250 dans la banlieue. La répartition des médecins est fort inégale suivant les quartiers. Vienne compte dix circonscriptions. Tandis que la première contient 283 praticiens, la cinquième n'en a que 26 et la dixième 22.

Si l'on compare ces chiffres à ceux que donne Paris, on verra que la pléthore médicale est encore plus considérable dans la capitale de l'Autriche (comme dans tous les pays allemands) que dans celle de la France. Pour une population de 2,300,000 habitants, Paris compte 2,200 médecins, soit 1 p. 1000 en moyenne. Celui des vingt arrondissements qui en contient le plus est le VIII[e] (680), puis le IX[e] (376). Ceux qui en contiennent le moins sont le XX[e] (22), le XII[e] (25), le XIII[e] (26). La répartition des médecins se fait suivant la richesse des arrondissements et n'est en aucune façon proportionnelle à leur population.

En Russie, le nombre des médecins, en juillet 1890, était de 12,112 médecins hommes et 700 femmes, 2,629 exerçaient comme médecins de l'armée ou de la marine. La Russie possède donc, en moyenne, huit praticiens pour 100,000 habitants.

— Il y a quelque temps, M. le docteur Desnos a écrit, dans la *France médicale*, je crois, un très intéressant article sur les bègues d'urine. Vous savez ce que c'est. On voudrait vider le réservoir urinaire, périphrase polie pour dire... et on ne peut, si la moindre impression morale vient se mettre en travers. Sir James Paget, dans ses *Leçons de clinique chirurgicale*, a appelé cela « du bégaiement avec d'autres organes que ceux de la parole ». Notre éminent collègue M. Diday (de Lyon) écrit à la *France médicale* pour lui en citer un exemple bien curieux, raconté avec l'esprit que l'on sait, et dont le héros fut son maître et ami Ricord.

« Notre maître, dit-il, appartenait de naissance à cette innombrable phalange. Il aurait même eu droit d'y porter la bannière, si l'on tient pour titre suffisant ce trait qu'il prit plaisir à nous conter, en 1856, à Bordeaux.

— Passant par les *Fossés de l'Intendance*, nous dit-il, je me sens pris d'un *petit*, mais assez gros besoin. Faute du mur que nous a garanti l'Écriture (*animal mingens ad parietes*) une guérite se présentait, qui faisait mon affaire.

Mais avant d'y entrer, j'avais avisé un passant s'avançant d'un pas mesuré. Une fois en posture, le problème se pose à mon centre nerveux mictionnel; ce brave homme me laissera-t-il le temps nécessaire pour... engrener? N'arrivera-t-il pas trop tôt?

Au sphincter poser un problème, ce n'est pas le résoudre. A son insu, il me le fit bien voir, le malheureux quidam dont l'approche me nouait l'aiguillette uréthrale. Mais que de fois le remède n'est-il pas à côté du mal! Lorsque, arrivé à la fatale guérite, le brave homme, témoin par derrière de mes infructueux trémoussements et tortillements, me lâcha cet avis charitable : « Eh! dites donc, vous ne feriez pas mal, vous, d'aller consulter Ricord! » Ah, mes enfants! si à cette apostrophe libératrice je partis d'un éclat... ce ne fut pas seulement d'un éclat de rire. » (*Union médicale.*)

— MM. Mauriac, Balzer, Humbert, de Beurmann, Renault et Pozzi annoncent la reprise de leurs conférences cliniques.

La première réunion aura lieu à l'hôpital du Midi, le mercredi 15 avril, à neuf heures et demie.

La seconde à l'hôpital de Lourcine, le mercredi 22, et ainsi de suite, alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Petit compendium médical. Memento de pathologie, thérapeutique, formulaire, médecine usuelle, par le docteur Antonin Bossu. Deuxième édition, augmentée des eaux minérales, etc. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Félix Alcan.

« Ce petit livre n'est guère plus embarrassant qu'un étui à lancettes. » (Préface.)

De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire des persécutions, par le docteur Blin. 1 vol. in-8° de 109 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. La réorganisation de la médecine légale devant l'Association générale des médecins de France. — Hôpital Necker. Hématocèle rétro-utérine; grossesse extra-utérine (leçon recueillie par M. le docteur Leflaive, ancien interne des hôpitaux). — Sur la pathogénie et le traitement de certaines formes de larmoiement simple. — Société de Chirurgie. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 13 avril 1891.

L'année dernière, la Société médicale des Landes avait émis le vœu que l'Association générale des médecins de France mît à l'étude la réorganisation de la médecine légale. Une commission fut nommée à cet effet, et, dans sa dernière séance, l'Association a adopté les conclusions suivantes, proposées par M. Malet, rapporteur de cette commission :

1° Il y a lieu de créer, dans chacune des Facultés de médecine de France, un enseignement supérieur de la médecine légale.

Cet enseignement, qui sera complet dans le cours d'une année, aura pour sanction, après examen, un diplôme spécial délivré par M. le ministre de l'Instruction publique ;

2° Les médecins-experts, appelés à déposer devant les cours et les tribunaux, à l'occasion des opérations médico-légales auxquelles ils auront procédé, seront toujours considérés comme experts, et ne seront jamais assimilés aux témoins ;

3° Dans l'intérêt de la bonne administration de la justice, pour la dignité de la profession médicale, il y a lieu de procéder à une revision équitable du tarif de 1811, en ce qui regarde les expertises médico-légales.

C'est là, ou à peu de chose près, le texte que M. Brouardel, commissaire du Gouvernement auprès des Chambres, avait soutenu devant le Parlement. Nos lecteurs ont pu voir que les deux derniers articles ont seuls trouvé gain de cause devant les députés. L'article premier, le plus important, a été rejeté à une énorme majorité. C'est, à notre avis, une très grosse faute, et cela pour les raisons suivantes :

L'article 19 de la loi sur l'exercice de la médecine considère, en effet, que les médecins, appelés à déposer devant les tribunaux, seront toujours considérés comme experts.

Il nous semble que la première qualité d'un expert est d'être compétent sur la matière soumise à son appréciation. Or, il faut l'avouer, et il faut l'avouer hautement, nous sommes tous, ou presque tous, absolument incompétents en matière médico-légale. Malheureusement, cet aveu que nous ne craignons pas de faire entre nous, que nous proclamons dans nos Associations, quand il s'agit de le formuler dans la pratique, nous n'osons le faire. On craint que cet aveu d'incapacité partielle ne soit mal vu, mal interprété; on proteste tout bas, mais on obéit, et l'on rédige le rapport demandé.

Chacun se souvient encore d'un procès récent qui se termina par l'acquittement du prévenu, parce que le médecin, commis comme expert, avait négligé, dans son autopsie, d'examiner l'encéphale et la moelle épinière de la victime. L'avocat n'eut pas de peine à démontrer que cet examen incomplet ne pouvait constituer une preuve valable, et comme, dans ce cas, les conclusions de l'autopsie étaient le principal argument du ministère public, le prévenu fut acquitté, non sans que notre confrère ait eu à essuyer, une heure durant, les sarcasmes les plus mordants, de la part de l'avocat du prévenu.

Puisque le médecin, de par la loi nouvelle, se trouve encore obligé d'obéir à toute réquisition du Parquet, il ne saurait s'y refuser et il doit rédiger le rapport qui lui est demandé ; mais, rien ne l'oblige à tirer des conclusions, il doit, au contraire, établir nettement sa compétence relative, ou son incompétence absolue, suivant les cas. Nos confrères requis contre leur gré devraient terminer leur rapport en insistant sur leur incompétence particulière, en reconnaissant qu'ils ont dû obéir, mais que, depuis longtemps, tout entier adonnés au traitement de leurs malades, ils se sont tenus éloignés des recherches médico-légales, pour lesquelles ils sont actuellement requis. Tout porte à croire que le médecin qui ferait cette déclaration ne serait plus rappelé par le tribunal. Mais une telle déclaration sera rarement faite, car cette corvée, contre laquelle on peste tout bas, est souvent en même temps une distinction, un choix, et, parfois, on regretterait de voir passer à un confrère le titre, si peu envié qu'il soit, de médecin du tribunal. Voilà, en réalité, une partie du secret, aussi nous persistons à croire que, dans bien des cas, le médecin pourrait éviter les réquisitions du Parquet, s'il avait le courage de formuler ses opinions.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Hématocèle rétro-utérine; grossesse extra-utérine.

(Leçon clinique recueillie par M. le docteur Leflaive, ancien interne des hôpitaux.)

Vous m'avez vu examiner avec beaucoup de circonspection la malade qui est couchée au n° 10 de la salle Delpech. Ces précautions sont nécessaires, car elle relève d'accidents aigus de péritonite.

Cette femme nous est arrivée le 30 décembre. Voici quelle est son histoire. Elle était d'habitude fort régulièrement menstruée. Elle avait vu ses règles le 20 octobre; mais elles firent défaut le mois suivant. Aussi pensa-t-elle de suite à une grossesse, d'autant plus qu'elle ne tarda pas à ressentir quelques symptômes vagues d'écœurement et de tiraillements dans l'abdomen.

Vers le 15 ou le 18 décembre, elle se présenta à la consultation parce qu'elle avait un léger écoulement sanguin, ce qui lui semblait anormal. On lui conseilla simplement le repos. En montant dans le tramway pour rentrer chez elle, elle ressentit une vive douleur dans l'abdomen. Le ventre se ballonna. Le médecin appelé diagnostiqua une péritonite cataméniale. Au moment d'une accalmie, la malade se fit transporter à l'hôpital.

A son entrée, elle avait la face pâle, les yeux cernés, le pouls fréquent; elle ne vomissait pas, mais avait des nausées. Au côté droit de l'hypogastre existait une douleur exaspérée par la pression. A ce niveau, il y avait quelque rénitence. Le reste de l'abdomen était un peu ballonné. Par le toucher vaginal, on sentait l'utérus gros, dévié vers la gauche, le cul-de-sac du vagin était rempli par un empâtement oblong, douloureux au toucher, évidemment inflammatoire, donnant l'idée d'une salpingite ayant enflammé le péritoine autour d'elle.

Cet état s'améliora rapidement sous l'influence de quelques sangsues et de préparations opiacées. Mais, le 3 janvier, il survint spontanément une douleur excessive, accompagnée très vite de tous les signes de la péritonite généralisée: facies spécial, ballonnement du ventre, vomissements porracés, hoquet, pouls dépressible à 140 et même 180; température basse, état syncopal.

Grâce à un vésicatoire, à des piqûres d'éther, à l'extrait thébaïque, ces accidents se dissipèrent, et, le 7, une exploration devint possible. Nous constatâmes alors une tuméfaction molle, presque fluctuante, remplissant la fosse iliaque droite, remontant jusqu'à l'ombilic et s'étendant au delà de la ligne médiane jusqu'à la fosse iliaque gauche; l'utérus était refoulé en bas et en avant, comme enclavé dans une tumeur.

C'était, à n'en pas douter, un épanchement sanguin circonscrit, une hématocèle rétro-utérine. La forme de la matité, la rapidité d'apparition des symptômes de tumeur, éloignaient toute idée d'épanchement séreux, de kyste ou de tumeur solide. L'abondance de cet épanchement, le peu d'ancienneté des accidents ne permettaient pas de penser qu'il se fût fait à l'intérieur de néo-membranes, par suite de la rupture de vaisseaux de nouvelle formation.

Mais l'hématocèle rétro-utérine n'est qu'un syndrome dont l'origine est variable. Quels pouvaient en être ici l'origine et le mécanisme? Ces hémorrhagies, dont la pathogénie commence à s'éclaircir, se rapportent à deux causes principales: la menstruation et les grossesses extra-utérines.

L'hématocèle cataméniale est indiscutable. Elle a été observée chez des femmes vierges et vérifiée à l'autopsie. Mais son mécanisme a donné lieu à toute une série de théories. Bernutz pensait que le sang provenait de l'utérus et refluait par les trompes, ce qui est en contradiction avec les faits de rétention du sang des règles. Gallard croyait que l'hémorrhagie prenait sa source dans l'ovaire au moment de la rupture de l'ovisac. Trousseau et Seuvre ont dit que le sang provient de la trompe. La question est encore obscure. La menstruation est un phénomène bien plus complexe qu'on ne le pensait autrefois: non seulement la cavité utérine, non seulement l'utérus et ses annexes y prennent part; mais encore tout le système vasculaire de la femme y participe, et tous les organes, foie, poumon, etc., peuvent être le siège de phénomènes congestifs.

Quel serait ici le rôle de la menstruation? Cette femme a eu ses dernières règles vers le 20 octobre. Elles ont fait défaut en novembre. Vers le 15 décembre, c'est-à-dire à peu près vers l'époque menstruelle, il s'est fait un petit écoulement de sang qui a coïncidé avec la première crise. Vers le 15 janvier, nous venons de constater une nouvelle poussée, la troisième, que je ne vous ai pas encore signalée, et qui s'est accompagnée aussi d'un léger écoulement sanguin. Vous voyez donc qu'il semble que, si l'influence menstruelle n'a pas causé tout le mal, elle l'a, du moins, fort aggravé.

Je ne crois pas que la menstruation soit seule en cause. Les règles ont manqué en novembre. Cette femme, toujours bien réglée, a aussitôt cru à une grossesse; quelques autres signes, de simple présomption, il faut le dire, avaient corroboré cette opinion. Cela nous conduit à supposer que cette hématocèle pourrait être la conséquence d'une grossesse extra-utérine, accident que Bernutz et Puech avaient simplement indiqué, le croyant rare.

Lorsque la grossesse extra-utérine se localise au voisinage du pavillon de la trompe, elle peut poursuivre son évolution jusque vers le septième ou le huitième mois; ces faits sont bien connus. Mais lorsqu'elle a lieu dans le corps de la trompe, le fœtus ne peut pas se développer, et la grossesse s'arrête au bout de six semaines ou deux mois. Ces faits, bien plus fréquents que les précédents, étaient méconnus et pris pour de la salpingite.

Le premier écoulement de sang, qui s'est produit chez notre malade au mois de décembre, a été prémonitoire d'une rupture de la trompe, trompe dont nous avions constaté la distension, en même temps que l'augmentation de volume de l'utérus. Dans toute grossesse, l'utérus s'hypertrophie même lorsqu'il ne loge pas le fœtus; on a aussi signalé, en pareil cas, la formation et l'expulsion d'une caduque. L'hémorrhagie a eu lieu par suite de la rupture du kyste fœtal au niveau de son insertion placentaire. Cette rupture s'est faite en plusieurs temps. Elle a commencé un peu avant l'entrée de la malade à l'hôpital; elle s'est continuée quelques jours plus tard, au moment où la tuméfaction a quitté le petit bassin pour s'étendre jusque vers l'ombilic; elle a dû se compléter au moment de la recrudescence des symptômes, qui a coïncidé avec l'époque menstruelle de janvier.

Quel est le pronostic? La grossesse est entravée; l'embryon est mort et il n'est plus question de lui. Le sang épanché est en partie liquide, en partie solide, et la péri-

tonite adhésive en fait un pseudo-kyste. Il peut se résorber graduellement et ne laisser comme reliquat qu'une petite masse dure, qui, quelquefois, peut être prise pour un vieux fibrome. C'est un mode de guérison, et, si nous l'espérions, il vaudrait mieux ne pas intervenir. Mais, quand l'épanchement est considérable, sa résorption demande des années; pendant ce temps, le sang peut s'altérer, se transformer en pus, s'ouvrir dans le vagin ou le rectum, ou, ce qui est plus grave, dans le péritoine ; chaque période menstruelle peut exercer son influence fâcheuse.

Ce qui rend la guérison spontanée plus douteuse, c'est l'état d'anémie de la malade. Il faut intervenir, car elle ne peut faire les frais d'une longue maladie. Autrefois, on eût conseillé une ponction par le vagin; c'est une méthode dangereuse, car elle expose à la putridité du foyer. Aujourd'hui, l'intervention doit être radicale : il faut ouvrir largement l'abdomen, laver la poche en y faisant couler des flots d'eau bouillie, et enfin enlever la cause du mal, c'est-à-dire la trompe. C'est une opération grave, car elle porte sur un péritoine déjà malade, mais c'est celle qui donne le plus de chances de succès. Quant au moment de l'opération, il faut choisir une époque à laquelle la malade ait au moins un délai de quinze jours avant le retour probable de son époque menstruelle pour éviter cette complication.

SUR LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT
DE CERTAINES FORMES DE LARMOIEMENT SIMPLE

Par Albert Terson, interne des hôpitaux.

Il n'est certainement pas, en ophthalmologie, d'affections pour lesquelles on ait proposé plus de traitements que les maladies des voies lacrymales et peut-être trouve-t-on là le plus de cas réfractaires. Leur complexité est surtout causée par leurs processus différents. La continuité directe avec les fosses nasales, la relation immédiate des conjonctivites et des affections oculaires avec les organes sécrétoires, obligent à multiplier, dans les affections des voies lacrymales, les divisions cliniques. Nous ne voulons insister que sur une de leurs formes les plus communes, le larmoiement simple : où il y a encore bien à chercher au point de vue pathogénique et, par suite, au point de vue thérapeutique.

Comment est constitué ce larmoiement simple ? Comme son nom l'indique, il est caractérisé par l'écoulement à peu près continuel des larmes hors de leurs voies excrétoires naturelles généralement saines. Dans quelles conditions débute-t-il? Le larmoiement simple commence le plus souvent sans cause appréciable. Ce sont ordinairement des sujets d'âge moyen, comme nous le verrons plus loin, dont les yeux se remplissent de larmes, d'abord à une irritation légère, au vent, à la poussière; puis, en l'absence de toute cause d'irritation, les larmes continuent à s'épancher sur la joue et la marche chronique, interminable, du larmoiement est établie. Lorsqu'on examine les yeux de ces malades, l'affection devenant très rapidement bilatérale, on est très généralement surpris de ne rencontrer aucune lésion. L'œil est à peine rougi; les canalicules lacrymaux sont le plus souvent perméables : aucune affection du sac ou du canal nasal. On ne trouve rien qu'un larmoiement pur et simple.

Dans ces cas-là, la conduite, en somme, la plus habituelle consiste, soit à ordonner des collyres astringents destinés à modifier une conjonctive bien peu irritée, soit, si l'opérateur découvre une atrésie relative des canalicules lacrymaux, à les dilater, à les inciser et à canaliser le conduit nasal. Mais il est rare de voir ou le moyen médical, ou le moyen chirurgical donner de bons résultats et faire *cesser* le larmoiement. Dans un minimum des cas, le larmoiement est diminué *légèrement;* d'autres fois, le bon effet du cathétérisme ne se fait sentir que pendant *quelques jours;* et dans ces cas-là, la situation redevient vite ce qu'elle était auparavant. Dans les autres cas, l'effet du traitement est nul, et l'affection passe à une autre phase. On voit se produire peu à peu, en même temps qu'une conjonctivite plus intense, un renversement progressif de la paupière inférieure qui vient encore favoriser le larmoiement et de deux façons : la paupière, par ectropion, laisse écouler les larmes, en même temps qu'elle expose la conjonctive à des irritations plus actives; enfin, le point lacrymal, éversé, ne fonctionne plus du tout; il s'atrésie, car il ne sert plus à rien. C'est même fort souvent à cette période, que l'ectropion par affaiblissement de l'orbiculaire et l'atrésie du canalicule inférieur caractérisent, que les malades atteints de larmoiement se présentent. Après examen du point lacrymal oblitéré, on met généralement cette oblitération en cause : le larmoiement est mis sur le compte de l'absence d'une voie excrétoire suffisante; on incise, on canalise, le résultat médiocre obtenu est là pour prouver qu'on a fait fausse route sur la pathogénie de l'affection, Certainement, dans quelques cas, on améliore, mais l'incision crée rarement, en admettant qu'elle communique bien avec le lac conjonctival, une voie suffisante à entraîner vers le nez les larmes qui continuent à s'épancher en abondance. Il semble donc qu'il faille distinguer les cas justiciables de l'incision et du sondage de ceux où ces moyens resteront inefficaces.

Examinons d'abord chez quels malades on observe les cas-types de larmoiement simple. Il semble, d'après les statistiques, que ce soit surtout chez certaines femmes, d'âge moyen, qu'on peut l'observer. Il y a d'abord une grande prédisposition, plus du double des cas, dans le sexe féminin, surtout entre quarante et cinquante ans : cela est signalé dans toutes les statistiques.

Ces sujets sont souvent affaiblis, pâles, chlorotiques, à tissus languissants et mollasses. Chez ces malades, l'ectropion est extrêmement rapide : l'orbiculaire s'affaiblit vite, s'affaisse et met le point lacrymal hors de cause. Ce sont ces malades que l'on sonde des années; il n'est même pas très rare de voir des affections du sac, catarrhe, mucocèle, survenir, à la suite de ces manœuvres inutiles, alors qu'il n'existait au début aucune trace d'inflammation de ce côté. Les sondes étant des instruments rarement maintenus aseptiques, leur passage à travers des voies fort étroites, qu'elles agrandissent souvent de force, irrite les muqueuses. Que la sonde soit, du reste, aseptique ou non, les petites éraflures, qu'elle cause tôt ou tard, créent, avec les microbes contenus dans les larmes (on sait combien sont nombreux les microbes des culs-de-sac conjonctivaux), autant de petites inoculations successives qui font d'un tissu normal un tissu enflammé chroniquement. Il y a là une source ininterrompue d'affections des voies lacrymales que les infections, directes par continuité des fosses nasales, réinoculent souvent, et il est autrement difficile de débarrasser ces voies de leurs microbes que de désinfecter une vessie saine, qu'un sondage uréthral non aseptique aura inoculé pour longtemps. On a donc, dans ces cas-là, aggravé

la situation des malades et le larmoiement est, en général, d'autant plus grand : par l'irritation directe du passage de la sonde dans le tissu fongueux du canal (ces malades pleurent souvent plus abondamment que jamais pendant la première demi-heure qui suit le sondage), et surtout par le retentissement très grand que les affections du sac ont sur le larmoiement, en irritant la conjonctive, comme notre maître, M. le professeur Panas, le montre souvent dans ses cliniques.

Nous voyons donc que les malades dont nous parlions larmoyaient sans cause : leurs voies lacrymales étaient saines. On n'a amélioré par l'incision et le sondage que ceux dont le canalicule inférieur était un peu atrésié, sans ectropion, comme cela existe parfois. La plupart s'acheminent vers un larmoiement chronique entretenu par l'ectropion, dépendant de la chute de l'orbiculaire, survenant rapidement par atonie musculaire chez la plupart des sujets, phase où le traitement est alors complètement impuissant.

La pathogénie de ces larmoiements n'est donc probablement pas dans la diminution de la perméabilité des voies excrétoires, puisque leur rétablissement ne s'améliore pas, au début, avant la phase d'ectropion. Si l'on étudie, en effet, la physiologie normale de la sécrétion et de l'excrétion lacrymales, on constate les faits suivants : les larmes, sécrétées normalement en très petite quantité, sont aspirées par capillarité par les points lacrymaux et conduites dans le nez. Une partie s'évapore du reste avant de passer par les canalicules. En tous cas, les voies excrétoires ne peuvent absorber qu'une bien faible quantité de liquide : à la moindre irritation oculaire, à une émotion, les larmes s'échappent sur la joue. Ici donc, des voies normales ont été impuissantes à supprimer tout ce qui, dans la sécrétion des larmes, dépassait la simple lubréfaction du lac conjonctival. Il y a plus : chez certains malades atteints d'affections anciennes du sac lacrymal, inguérissables par les moyens habituels, on en vient à l'oblitération du sac lacrymal qui, quoi qu'on en ait dit, est souvent complètement obtenue. Dans ces cas-là, chez le plus grand nombre des malades, il n'y a de larmoiement qu'à la suite d'une irritation : on voit donc que les voies d'excrétion des larmes servent normalement à assez peu de chose; dès que la sécrétion dépasse une certaine limite, leur fonction reste insuffisante et c'est probablement pour cela que l'incision, les sondages, le rétablissement de ces voies naturelles n'ont qu'une influence bien relative sur un larmoiement simple, un peu abondant.

Il faut donc en venir à l'idée d'une hypersécrétion lacrymale, qui met les voies lacrymales excrétoires dans la même impuissance que dans les cas où, étant normales, il y a larmoiement exagéré, à une irritation. Y a-t-il une hypersécrétion lacrymale comme il y a une sécrétion salivaire exagérée, une polyurie ? Quand il y a des complications conjonctivales, oculaires, nasales, le fait n'est pas douteux et l'on voit même, à la suite du larmoiement prolongé qu'elles entraînent, la glande palpébrale s'hypertrophier, comme plusieurs auteurs l'ont observé. Mais nous ne parlons que du larmoiement pur et simple, avec intégrité, AU DÉBUT, de l'appareil éliminateur et de ses muscles.

M. de Wecker ne croit pas à cette hypersécrétion : il pense que, dans ces cas en apparence normaux, « il peut exister, dans le jeu des parties de l'orbiculaire qui président à l'élimination des larmes, des troubles capables d'entraver cette fonction délicate, troubles qui échappent encore à nos moyens d'investigation ». Il ne faut pas douter que les troubles musculaires, tout à fait au début, puissent entraver l'excrétion des larmes. Mais tout est-il bien dans l'excrétion et n'y a-t-il aucune hypersécrétion ? Nous venons de voir que ces voies d'excrétion sont normalement insuffisantes, dès qu'il y a un peu trop de larmes, qu'elles n'absorbent que peu, puisque ceux que des opérations en ont privés se plaignent très peu de leur suppression, que les canalicules supérieurs continuent à peu près toujours à fonctionner, et que les inférieurs sont seuls supprimés dans certains cas, qu'enfin leur rétablissement, avant la période d'ectropion, n'améliorait pas souvent l'épiphora. De plus, nous verrons plus loin que ce larmoiement, que rien dans la thérapeutique des voies excrétoires n'avait pu améliorer, l'ablation de la glande palpébrale l'améliore très notablement, bien probablement parce que c'est une opération qui supprime la plus grande partie des organes de sécrétion et par suite d'hypersécrétion.

Quelle est la nature, la cause de cette hypersécrétion simple? Est-elle *réflexe?* Cela est possible, dans les cas où l'on trouve des affections du nez, des dents qui retentissent sur le trijumeau, des lésions de réfraction. Mais quand on ne trouve rien et que les voies excrétoires sont perméables, il semble qu'il ne faut pas rejeter l'hypersécrétion, parce qu'on ne peut lui trouver une étiologie. Y a-t-il une prédisposition particulière chez ces sujets, chez ces femmes souvent chlorotiques, très nerveuses, souvent à l'âge de la ménopause ? Il serait intéressant de l'étudier, mais il y a des cas où l'on ne trouve même rien de ces causes prédisposantes.

Quel traitement employer dans ces cas-là ? Il semble qu'il faille absolument diviser les cas. Dans la période de début, si le point lacrymal inférieur paraît atrésié, on l'incisera et on sondera. Si l'orbiculaire est déjà flasque, il ne faudra pas négliger une électrisation soignée du muscle atonique. Mais si, par ces moyens, on n'obtient rien, dans ces cas où l'on peut mettre en cause le point lacrymal et l'orbiculaire ou surtout dans les cas où l'on trouve intégrité complète des voies excrétoires et des muscles avec hypersécrétion, il paraît logique de ne pas s'attarder longtemps au sondage et à ses inconvénients et s'adresser vite ou d'emblée aux voies excrétoires. L'ablation de la glande lacrymale palpébrale est simple, bénigne, facile à exécuter : anatomiquement, comme le remarquent tous les auteurs, les canaux excréteurs de la glande orbitaire la traversent et enlever la glande palpébrale les détruit et les annihile à la fois.

On supprime en même temps les deux organes sécrétoires, tandis que l'extirpation de la glande orbitaire seule donnait des insuccès, en laissant une source hypersécrétoire. L'opération paraît entrée dans la pratique : les statistiques, déjà publiées, démontrent son efficacité dans les cas *où elle est indiquée ;* la sécrétion redevient ce qu'elle doit être; l'œil est lubréfié, sans troubles d'aucune sorte, en plus ou en moins. Il est bien certain que l'opération doit être bien complète : on procède par dissection, en s'aidant même de l'élargissement externe de la fente palpébrale, comme le fait M. le professeur Panas, ce qui permet le renversement complet de la paupière supérieure et l'extirpation des acini qui sont logés dans le haut du cul-de-sac.

Dans ce court article, nous n'avons voulu qu'insister seulement sur ces deux points :

1° Que nombre de cas de larmoiement simple paraissent sous la dépendance presque exclusive d'une lésion de l'or-

gane sécrétoire et qu'il importe de diagnostiquer ces cas, dès le début;

2° Que l'ablation de l'organe sécrétoire, hypersécrétoire même, les améliore, tandis que le rétablissement des voies excrétoires, dans les cas indiqués, reste sans effet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 avril 1891. — Présidence de M. Polaillon.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES PAR LA MÉTHODE DE M. PÉAN

M. **BAZY** croit que l'hystérectomie vaginale totale est indiquée dans les cas de persistance des fistules vaginales. C'est ainsi qu'il a opéré récemment une femme de trente-deux ans, qui présentait un écoulement utérin abondant et qui, au niveau du cul-de-sac postérieur, avait une fistule, consécutive à l'ouverture d'un abcès. Après avoir drainé et lavé la poche, M. Bazy a dû faire la laparotomie, l'ablation des annexes, et appliquer le drainage de Mikulicz; le résultat ayant été incomplet, pour faire disparaître les trajets fistuleux abdominal et vaginal, il a dû recourir à une hystérectomie vaginale secondaire.

M. **SEGOND** rappelle que M. Péan a déjà insisté sur la persistance des trajets fistuleux comme indication de l'hystérectomie vaginale; M. Segond a eu trois malades qui se trouvaient dans ces conditions.

RAPPORTS

De l'encéphalocèle. — M. **BERGER** fait un rapport sur un travail que M. Picqué a communiqué à l'occasion du fait suivant : Il s'agit d'un enfant de quinze jours, atteint d'une tumeur du crâne grosse comme une tête de fœtus à terme et présentant les caractères de l'hydrencéphalocèle. M. Picqué fit l'opération suivante : après ponction et évacuation de la poche, il agrandit l'ouverture et constata que cette poche était tapissée par une mince couche de substance cérébrale, reliée à la dure-mère par des adhérences; celles-ci furent rompues et, on reconnut que cette poche se rendait au lobe occipital. Il s'agissait donc d'une encéphalocèle occipitale. Outre cette tumeur, il en existait une autre, extra-cérébrale, contenue dans la cavité des méninges et également fluctuante; M. Picqué la ponctionna, vida le liquide et reconnut qu'elle était en communication avec le cervelet. Il en pratiqua l'excision aux ciseaux, puis sutura les enveloppes et obtint la guérison sans accident.

M. Picqué insiste sur les caractères anatomiques de cette hydrencéphalocèle et sur les notables différences qu'elle présente avec les tumeurs présentées, il y a deux ans, par MM. Perier et Berger. En effet, dans le cas de M. Perier, il s'agissait d'une véritable encéphalocèle, dont les enveloppes étaient constituées par les méninges; la tumeur offrait l'aspect d'un noyau formé de substance cérébrale et de substance cérébelleuse. M. Berger rappelle avoir démontré que la production de cette variété de tumeurs se rattache aux premiers jours de la vie embryonnaire alors qu'il n'existe qu'une cellule. De là l'origine de cette production mixte.

Le fait de M. Picqué diffère en ce que la tumeur qu'il a enlevée présente bien les caractères d'une hydrencéphalocèle véritable, constituée par un prolongement du cerveau et du cervelet, dans l'épaisseur de laquelle s'est formée une cavité remplie de liquide. Au point de vue pathogénique, les conclusions à tirer de ce fait ne viennent pas à l'appui de la théorie de Spring, qui admet une origine pathologique de l'encéphalocèle; il se produirait d'abord une inflammation localisée à une corne ventriculaire, et un isolement d'une portion du ventricule, qui, en se remplissant de liquide, formerait un véritable kyste; puis ce kyste, en se développant, pousserait au-devant de lui la substance cérébrale, amènerait la formation de la hernie et déterminerait la perforation des os.

Or, le spina bifida opéré par M. Picqué, n'a pas ainsi évolué; la cavité développée dans l'épaisseur de la tumeur ne se prolongeait ni vers les ventricules cérébraux, ni vers le quatrième ventricule; le liquide n'offrait pas les caractères du liquide céphalo-rachidien; il n'y avait pas de perforation osseuse, mais une absence de réunion au niveau des lames osseuses constituant l'occipital; enfin, la tumeur siégeait bien sur la ligne médiane, contrairement à l'opinion soutenue par Spring.

La théorie de l'arrêt primitif de développement est donc plus satisfaisante que celle de l'origine pathologique.

Pour ce qui concerne le manuel opératoire auquel a eu recours M. Picqué, il peut être adopté, parce qu'il met à l'abri d'une lésion du cerveau.

Spina bifida lombo-sacré. — M. **BERGER** fait un second rapport, sur une autre communication de M. Picqué relative à un spina bifida rachidien, qu'il a extirpé sur une petite fille de quinze jours. La tumeur occupait la région lombo-sacrée et mesurait 8 centimètres de hauteur et 6 centimètres de large; ses enveloppes, épaisses à la base, étaient minces et translucides au sommet. Lorsque la paroi a été incisée de haut en bas, la cavité s'est présentée sous l'aspect d'un kyste clos de toute part; il n'existait pas de communication avec le canal rachidien. La poche entière a été isolée et réséquée; dans la suite, il s'est produit de l'hydrencéphalie et de la paraplégie, probablement dues à une lésion des nerfs ou de la moelle, ou à une méningo-myélite.

Grossesse extra-utérine; laparotomie. — M. **PERIER** fait un rapport sur une communication de M. Le Bec, dans laquelle il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, qui lui a été adressée comme atteinte d'une hématocèle rétro-utérine. La palpation de l'abdomen lui fit percevoir l'existence d'une masse dure et résistante dans la moitié inférieure du ventre. Sur toute la surface de l'abdomen, on entendait, non pas de bruit fœtal, mais par place un bruit utéro-placentaire intense. Le col était remonté et la cavité utérine mesurait 14 centimètres; les glandes mammaires avaient également augmenté de volume. L'état de la malade devenant inquiétant, M. Le Bec décida de pratiquer une laparotomie.

Il fit une incision verticale à droite de la ligne médiane, mit à nu l'utérus, qui était rejeté à droite, et trouva, sous le ligament latéral gauche fortement soulevé, un kyste fœtal et autour de lui du sang libre épanché dans le péritoine. Ce kyste s'étendait de gauche à droite, en passant sous l'utérus, et offrait une surface régulière, en partie constituée par le placenta. Dès les premières tentatives pour énucléer toute la masse, il se produisit une hémorrhagie abondante et M. Le Bec dut rapidement extraire le fœtus; la cavité fut alors soigneusement tamponnée et il ne fit aucune tentative d'extraction du placenta, en raison de l'état de faiblesse extrême dans lequel était plongée la malade. Celle-ci, d'ailleurs, succomba deux heures après, malgré une transfusion, et l'enfant succombait à son tour vingt-quatre heures après.

L'autopsie a démontré que le siège de cette poche kystique, dont le sommet était occupé par le placenta, était bien l'espace compris entre le rectum et l'utérus et qu'elle avait pour point de départ les annexes gauches dont la trompe était perforée et dont l'ovaire ne put être retrouvé. M. Perier croit pouvoir conclure que, si M. Le Bec a eu raison d'intervenir, il eût peut-être mieux fait d'opérer lors de la première crise; il ajoute que, dans ce cas, il eût peut-être pu éviter l'hémorrhagie, en plaçant une pince sur le ligament large aussitôt le ventre ouvert.

PRÉSENTATIONS

Hématocèle rétro-utérine par rupture vasculaire. — M. **REYNIER** présente des pièces provenant d'une malade qui, au moment de ses dernières époques, avait été prise de vives douleurs abdominales; à l'examen direct, M. Reynier constata

dans le cul-de-sac gauche la trompe très augmentée de volume. Quelques jours après, les règles apparaissaient, mais, dès le lendemain, elles se supprimaient brusquement, en s'accompagnant de phénomènes de syncope; le toucher fit alors percevoir une tuméfaction saillante au niveau du cul-de-sac et remontant jusqu'à l'ombilic. M. Reynier fit la laparotomie et constata, au niveau des annexes gauches, une grande cavité fermée en avant par le ligament large, en arrière et en haut par la trompe et, dans cette cavité, une certaine quantité de caillots et de liquide sanguin; entre l'ovaire et la trompe distendue existait une déchirure portant sur une veine du plexus, déchirure qui avait été la cause de l'hémorrhagie.

M. POZZI admet bien comme cause de cette hémorrhagie une rupture vasculaire, mais il ne peut la comprendre aussi abondante qu'en supposant une grossesse extra-utérine probable. Il ajoute qu'en pareil cas, il suffit d'explorations répétées pour amener ces ruptures.

M. BAZY a vu un cas semblable d'hémorrhagie rétro-utérine, déterminée par des explorations répétées.

M. ROUTIER croit que, dans le cas de M. Reynier, il eût été préférable d'opérer par le vagin.

M. POZZI, dans un fait analogue, a tout d'abord pratiqué la laparotomie et a enlevé la trompe, puis, après avoir refermé le ventre, il a incisé au niveau du cul-de-sac vaginal et fait l'évacuation de la poche. Il estime qu'on a avantage, dans ces cas, à associer la laparotomie et l'élytrotomie.

M. REYNIER admet que la pathogénie de l'hémorrhagie, dans le cas qu'il a présenté, soit discutable; quant à l'intervention, il est convaincu que la laparotomie est préférable.

Rein kystique. — **M. POZZI** présente un rein kystique qu'il a enlevé par la voie transpéritonéale, en ne faisant qu'une très petite incision et en se dispensant de refermer la poche pour l'isoler de la grande cavité péritonéale.

M. POLAILLON cite un cas dans lequel il a obtenu un succès, en agissant de même que M. Pozzi.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 avril 1891, M. le docteur d'Estienne, ancien médecin de première classe de la marine a été nommé médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— L'assemblée générale de l'Association des médecins du département de la Seine, fondée par Orfila, aura lieu le dimanche 19 avril, à deux heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Ordre du jour : 1° allocution du président; 2° lecture du compte rendu de l'exercice 1890; 3° élection d'un président et de deux vice-présidents; 4° renouvellement, par tirage au sort, de la Commission générale.

Les sociétaires qui, par suite d'une erreur d'adresse, n'auraient pas reçu de lettre, sont priés de considérer le présent avis comme une convocation.

— *Hospice Saint-Victor d'Amiens.* — Le concours pour la place de médecin en chef vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Fage.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Un concours, pour une place de pharmacien titulaire des hôpitaux de Rouen, s'ouvrira à l'hospice général de cette ville, le jeudi 9 juillet 1891.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Laguesse est chargé des fonctions d'agrégé.

M. Lamy est nommé aide-préparateur du laboratoire des cliniques, en remplacement de M. François, démissionnaire.

M. Marquant est nommé aide-préparateur de physique, en remplacement de M. Lamy.

— M. le docteur Larrieu est nommé médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Cadillac.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs de Saint-Arroman (de Paris), Sabourrin (d'Angles-sur-l'Anglin), Voisard (de Vesoul).

— Une œuvre intéressante et que nous croyons devoir signaler à l'attention du public médical, est l'œuvre d'assistance des femmes enceintes, qui vient de se fonder, sous les auspices de la Société pour la propagation de l'allaitement maternel (1).

« La femme enceinte, écrivait M. le professeur Pinard, est considérée à l'heure actuelle par la société, par l'administration de l'Assistance publique, comme une femme valide pouvant et devant subvenir à ses besoins. »

Depuis quelque temps, grâce aux efforts de M. Strauss, conseiller municipal, à l'initiative de M. le professeur Pinard, de Mme Léon Béquet, née de Vienne, l'infatigable propagatrice de l'allaitement maternel, la question de l'assistance des femmes enceintes est à l'ordre du jour.

Dans la séance du 7 décembre 1890, le conseil municipal a alloué à l'œuvre de l'allaitement maternel une somme de 20000 francs pour fonder un refuge pour les femmes enceintes. En même temps, la Ville faisait la location d'un immeuble, situé au n° 203 de l'avenue du Maine, c'est-à-dire à proximité des cliniques d'accouchement et de la Maternité. C'est à cette place que s'élèvera bientôt le refuge de l'allaitement maternel.

Les femmes parvenues au septième mois de leur grossesse y seront admises. Un comité de dames patronnesses s'occupera de leur procurer du travail facile, dont le produit leur sera remis intégralement à la sortie. Au terme de la grossesse, la femme sera dirigée sur une Maternité, où elle accouchera.

Si l'on considère que cette femme aura été soumise, pendant tout le temps qu'elle aura passé au refuge, à une hygiène rigoureuse, qu'elle aura été surveillée, tant au point de vue de son état de grossesse, qu'au point de vue spécial de l'antisepsie, on comprendra immédiatement l'intérêt qui s'attache à cette nouvelle fondation.

Les adhésions sont reçues au siège de la Société, rue de Sèvres, 45, et chez M. le docteur Barbézieux, 95, rue Denfert-Rochereau.

Les membres adhérents versent une somme de 12 francs par an, à titre de cotisation, les membres perpétuels donnent un capital de 100 francs, une fois versés.

— M. Richelot, chirurgien de l'hôpital Tenon, commencera des conférences de clinique chirurgicale et de gynécologie, le lundi 20 avril, à dix heures du matin, salle Richard Wallace, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— M. le professeur Simon Duplay reprendra ses cours le mardi 21 avril 1891 et son enseignement continuera dans l'ordre suivant :

Lundi : exercices cliniques (examen des malades), démonstrations d'anatomie pathologique au laboratoire de la Clinique, à dix heures, par M. le docteur Cazin, chef de laboratoire.

Mardi : leçon clinique et opérations, à neuf heures et demie, amphithéâtre de la Clinique.

Mercredi : exercices cliniques (examen des malades), conférences et démonstrations cliniques, à dix heures, à l'amphithéâtre de la Clinique, par M. le docteur Rochard, chef de clinique.

Jeudi : grandes opérations (chirurgie abdominale).

Vendredi : leçon clinique et opérations, à neuf heures et demie, amphithéâtre de la Clinique.

Samedi : gynécologie à l'amphithéâtre Velpeau.

(1) Fondée en 1876. Reconnue d'utilité publique en 1880. M. le docteur Cadet de Gassicourt, président.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Affections congénitales, par le professeur LANNELONGUE, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Trousseau, et le docteur V. MÉNARD, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. I. *Tête et cou, Maladies des bourgeons de l'embryon, des arcs branchiaux et de leurs fentes.* 1 vol. gr. in-8° avec 79 figures dans le texte et 5 planches en chromolithographie. — Prix : 15 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Traité de la massothérapie, par le docteur A.-S. WEBER, avec préface du docteur PÉAN. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

La neurasthénie, maladie de Beard, méthode de Weir MITCHELL et PLAYFAIR, traitement de VIGOUROUX, par le docteur Fernand LEVILLAIN, ancien élève de la Salpêtrière. Ouvrage précédé d'une préface du professeur CHARCOT et suivi d'une notice de thérapeutique par le docteur VIGOUROUX. In-18 de XIII-354 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Alex. Maloine.

Berlin au point de vue de l'hygiène et de la médecine, par M. le docteur GILLET DE GRANDMONT. Grand in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

L'art de soigner les enfants malades. Guide hygiénique des mères, par le docteur E. PÉRIER. 1 vol. in-16. Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 45. — JEUDI 16 AVRIL 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 16 AVRIL 1891. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôtel-Dieu. Sur une variété rare d'intoxication mercurielle. — Le traitement des dyspepsies chroniques par le massage. — Académie de Médecine. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La proposition faite récemment par M. Guéniot en faveur du rétablissement des tours est devenue le point de départ d'une discussion. Ce que l'Académie vise surtout dans cette question, qui se rattache à la dépopulation de la France, c'est de diminuer autant que possible la fréquence des infanticides et des avortements. Or, ainsi que l'ont fait observer MM. Le Fort et Brouardel, le tour ou le bureau ouvert ne suffisent pas pour cela ; il faut fournir aux filles et aux femmes, qui tuent leur enfant par crainte du déshonneur, le secret absolu, non pas seulement après l'accouchement, mais aussi avant, de façon à rendre possible la fin de la grossesse et la délivrance sans que leur existence puisse être soupçonnée. Cela se fait ainsi en Russie et en Autriche. Pourquoi cela ne se ferait-il pas aussi en France, où la fréquence des infanticides va toujours en augmentant ? Aussi ne pouvons-nous qu'appuyer la proposition suivante faite par M. Brouardel :

« Pendant les derniers mois de leur grossesse, les filles et les femmes qui ne peuvent plus travailler, soit à cause de leur état de santé, soit parce que leur état de grossesse ne leur permet plus de conserver leur place, doivent être hospitalisées dans des conditions telles que, si elles le désirent, le secret absolu soit gardé sur leur présence et sur leur accouchement. »

M. le professeur Germain Sée expérimente, depuis quelque temps, un nouveau mode de traitement de la phthisie par les atmosphères artificielles sous pression. Il est aujourd'hui bien démontré que les substances inhalées ne pénètrent jamais au delà du larynx ; or, pour mettre en contact les principes respirés et les alvéoles pulmonaires, il n'existe qu'un moyen, c'est de créer les atmosphères permanentes où le malade respire une grande partie de la journée : M. G. Sée pense atteindre ce but en faisant respirer aux malades, enfermés dans une chambre métallique, de l'air comprimé qui a barboté dans de la créosote et de l'eucalyptol. En demandant aujourd'hui l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 4 novembre 1890, M. G. Sée a fait connaître le résultat des expériences qu'il a entreprises à ce sujet.

Plusieurs autres communications ont été faites à l'Académie. Nous signalerons d'abord un travail lu par M. Cornil, en son nom et au nom de M. Péan, sur l'ostéo-périostite de la fièvre typhoïde. Chez une jeune fille opérée par M. Péan de lésions ostéo-périostiques d'origine typhoïdique des deux tibias, M. Cornil a trouvé dans les fragments enlevés des bacilles typhiques parfaitement vivants, huit mois après la fièvre typhoïde. Ce fait est une démonstration évidente de la conservation des bacilles vivants dans les foyers inflammatoires.

M. Budin a raconté en quelques mots l'histoire d'une femme singulièrement contrefaite et atteinte d'un bassin vicié oblique ovalaire, dit bassin de Nœgelé. Cette femme, lorsqu'il l'a vue pour la première fois, avait eu quatre accouchements terminés par l'embryotomie. Or il a pu, depuis, l'accoucher deux fois d'un enfant vivant, non sans difficultés, mais à l'aide de la version et d'une application du forceps.

M. Frémont (de Vichy) a lu une note sur la nutrition chez les diabétiques et ses modifications sous l'influence des alcalins. Enfin l'Académie s'est adjoint deux nouveaux membres associés nationaux, MM. Levieux (de Bordeaux) et Mignot (de Chantelle).

HOTEL-DIEU. — M. Lancereaux.

Sur une variété rare d'intoxication mercurielle.

(Leçon recueillie par M. J. Thiroloix, interne du service.)

Je vais vous entretenir d'un fait rare, d'un cas d'intoxication par le fulminate de mercure. Aujourd'hui que les applications industrielles des sels de mercure deviennent plus nombreuses, il est nécessaire de bien connaître les voies de pénétration du mercure dans l'économie et les états morbides que cette intoxication engendre, car c'est faire, tout à la fois, œuvre de médecin et d'hygiéniste. Exposons tout d'abord l'histoire de notre malade, nous donnerons ensuite quelques indications générales sur l'intoxication mercurielle.

Il s'agit d'un homme couché au lit n° 12 de notre salle Saint-Denis. En octobre 1870, ce malade, mouleur de plâtre auparavant, se place dans un tir. Pendant quatre heures, de sept à onze heures du soir, il est occupé à charger des

carabines avec des capsules de fulminate de mercure. En moyenne, on tire 7 à 800 coups par soirée, de sorte que, placé près du tireur, il est sans cesse plongé dans une atmosphère chargée de vapeurs mercurielles. Un mois après, sa vue se trouble, il ne distingue plus que difficilement le but que vise le tireur; puis, survient une céphalée intense, des douleurs vives dans les mâchoires, une constriction des masséters. Les gencives sont douloureuses, les dents paraissent allongées, l'haleine est fétide, la salivation se montre. L'appétit diminue, mais il n'y a ni diarrhée, ni vomissement.

Quinze jours après le début des phénomènes de stomatite, apparaît le tremblement. Ce désordre, tout d'abord localisé aux membres inférieurs, fait peu habituel, avait été précédé, au niveau des mollets, de crampes ressenties aussi bien la nuit que le jour. Les jambes vacillent et tremblent, pendant la station verticale, et quelques jours plus tard, les membres supérieurs sont pris à leur tour, d'emblée, sans crampes ni fourmillements avant-coureurs.

Aujourd'hui, lorsque deux mois se sont écoulés depuis les premiers accidents, nous constatons l'existence d'un tremblement persistant, généralisé au tronc et aux quatre membres et qui s'accuse par de grandes oscillations. Pendant le repos les mouvements anormaux sont à peine sensibles, mais au moindre effort, ils s'accusent, deviennent violents. Si vous faites étendre les mains du patient, vous pouvez voir que ce sont surtout les muscles des avant-bras qui sont le siège de secousses, et non les mains, les doigts, comme chez le buveur. Notre malade n'a, d'ailleurs, aucun signe d'intoxication éthylique. Les membres inférieurs présentent un tremblement non moins caractéristique, dès que le malade cherche à les soulever et qu'ils quittent le plan du lit. Presque toujours, ce tremblement est symétrique : ici, il est plus accusé à droite. Les muscles flasques et non atrophiés réagissent sous l'influence de l'électricité. La sensibilité est conservée. Les réflexes plantaire, patellaire et pharyngé sont abolis. Les forces sont très diminuées. Pendant la marche, notre homme écarte les pieds pour élargir sa base de sustentation. Sa démarche est chancelante, incertaine.

L'intoxication mercurielle n'intéresse pas seulement le système nerveux moteur, elle frappe ici, comme toujours, l'économie entière. Le malade digère mal, il est pâle, anémié. Sa vue est affaiblie, comme, d'ailleurs, ses fonctions génésiques. La stomatite a disparu, mais les dents demeurent noirâtres.

Le traitement employé est le suivant : bains sulfureux, bromure de potassium et douches.

De ce premier fait, nous pouvons rapprocher celui d'un jeune homme de vingt-quatre ans, employé depuis dix-huit mois dans un tir à la carabine, et qui, au bout de dix mois, fut pris d'un tremblement généralisé et de troubles gastriques. Ce tremblement dura trois mois, et disparut sous l'influence de l'électricité et des bains sulfureux. Le tir mal ventilé fut bien aéré, puis fréquemment arrosé ; et, à partir de ce moment, il n'y eut plus d'accident de ce genre. D'ailleurs, les gens employés dans ces tirs prétendent que les phénomènes dyspeptiques et le tremblement sont fréquents chez les ouvriers qui y sont employés, et qu'il suffit de quitter le métier pour les voir disparaître.

Les faits d'intoxication par le fulminate de mercure ne sont pas absolument nouveaux. M. Léon Faucher, dans un rapport au Conseil d'hygiène publique, signale leur existence, mais il les considère comme peu dangereux et se contente de demander l'aération des tirs. Les faits (1) que vous avez sous les yeux vous mettent à même de reconnaître la nécessité de cette mesure et aussi celle de faire arroser le sol avant d'en balayer les poussières, car les accidents que présente notre premier malade sont sérieux en ce sens qu'ils entraîneront pour cet homme une incapacité de travail de plusieurs mois.

Ces faits me conduisent à vous présenter quelques observations sur l'intoxication mercurielle, et à attirer votre attention, d'une façon plus spéciale, sur un point particulier : la variation des accidents suivant les voies de pénétration du mercure dans l'économie. Ces voies sont, en effet, multiples, mais on peut les classer sous deux chefs : voies respiratoires ; voies digestives et peau.

Les étameurs de glace, les doreurs, les fabricants de baromètres, les chapeliers employés au sécrétage des poils, obligés de vivre, comme notre malade, dans un air imprégné de vapeurs mercurielles, présentent surtout du tremblement, tandis que, après ingestion, le mercure frappe l'appareil digestif, la bouche principalement. La stomatite, rare aujourd'hui, peut néanmoins se montrer quel que soit le mode d'administration du mercure; presque toujours elle est légère, attaque les gens dont les dents sont mauvaises, et se montre surtout après l'ingestion du calomel et du bichlorure; il en est le plus souvent de même à la suite de l'emploi des frictions mercurielles.

Dans l'intoxication aiguë, le gros intestin, les reins peuvent être intéressés et la mort survenir. En 1873, j'ai vu succomber à l'Hôtel-Dieu une jeune femme qui avait subi un traitement mal dirigé et continué malgré l'ordre du médecin. Dans ce cas, le gros intestin est ulcéré, la muqueuse décollée. Virchow, Kaposi et d'autres depuis ont décrit ces altérations. Le mercure pénétrant par la peau provoque aussi presque toujours de la stomatite, des troubles intestinaux, rarement du tremblement. Dans les salles où l'on pratiquait jadis le traitement par les frictions, il n'était pas rare de voir des infirmiers ou des malades, soumis à l'inhalation incessante de vapeurs mercurielles, présenter du tremblement.

Le tremblement mercuriel, observé dans les circonstances que nous avons énumérées, survient peu à peu. Il évolue d'une façon progressive mais lente, et met plusieurs mois à disparaître, souvent même il ne cesse pas totalement. Il constitue de la sorte une affection sérieuse qui a certainement son point de départ dans le système nerveux, malgré l'ignorance où nous sommes du désordre qui peut l'engendrer. L'ensemble de ses caractères ne permet pas moins de le distinguer de tous les autres tremblements. En effet, le tremblement, dit sénile, dont la condition pathogénique n'a pas toujours été nettement déterminée, survient d'une façon insensible sous forme de très légères oscillations, limitées à la tête, puis s'étendant aux mains, aux membres inférieurs. Les oscillations lentes, petites, isochrones, s'exagèrent pendant les mouvements et par la fatigue, les émotions.

Cette manifestation morbide ne se montre que chez les artério-scléreux ; elle serait liée à l'artérite chronique, à la sclérose médullaire d'origine artérielle. Ce tremblement est nul au repos, dans la résolution musculaire complète. Dans

(1) MM. Marie et Londe ont rapporté également une observation du même ordre.

la chorée, les secousses sont intermittentes, inégales, irrégulières. Les muscles de la face sont grimaçants.

Dans la sclérose en plaques, le tremblement ne se manifeste que quand le malade exécute un mouvement intentionnel. C'est un tremblement rythmé, régulier, uniforme comme direction, augmentant d'intensité dans l'accomplissement d'un mouvement voulu.

Dans la paralysie agitante, au contraire, il est rythmique, uniforme, oscillatoire, continu, incessant et porte surtout sur les extrémités. Le tremblement alcoolique consiste, lui, en une trépidation à courtes saccades, occupant presque exclusivement les membres supérieurs.

Pour provoquer ce tremblement, le mercure agit-il directement sur le système nerveux, les centres ou les nerfs périphériques? Imprime-t-il à ces organes une simple modification dynamique, ou se combine-t-il en les altérant avec leurs tissus? Le tremblement mercuriel a-t-il, au contraire, comme presque tous les tremblements, une origine réflexe? Le mercure modifierait les cellules nerveuses cérébrales et médullaires et y déterminerait un état d'irritation retentissant sur les centres toniques médullaires dont l'action est exagérée.

Nous ne pouvons à l'heure actuelle faire une réponse à toutes ces questions, l'anatomie pathologique de ce syndrome est à élucider.

Le tremblement mercuriel constitue une affection sérieuse. Elle empêche l'ouvrier d'exercer son métier pendant plusieurs mois; elle est de plus difficile à combattre.

Pour l'élimination du mercure, on pourra mettre en œuvre les bains de vapeur, d'air chaud et sulfureux, le jaborandi ou la pilocarpine. Il n'existe pas, en effet, de contre-poison. Mialhe avait préconisé le protosulfate de fer, qui formerait du sulfate de fer, mais ce moyen n'est pas applicable en l'espèce. Le sulfure insoluble, fixé dans les tissus, ne s'éliminera pas plus vite que le sel mercuriel que l'on veut chasser.

On évitera de donner des agents qui solubiliseraient l'agent toxique (vin, vinaigre); on combattra l'anémie, la perte des forces par les fers et ses composés, on stimulera, enfin, les fonctions digestives avec les amers, les gouttes de Baumé. L'hydrothérapie vous rendra ici les plus grands services.

Dans les tirs, une aération convenable pour enlever les vapeurs mercurielles suffira à mettre les ouvriers à l'abri de tout phénomène d'intoxication.

LE TRAITEMENT DES DYSPEPSIES CHRONIQUES

PAR LE MASSAGE

Par M. le docteur Sédan.

Le traitement des dyspepsies chroniques par le massage a fait, dans ce journal, l'objet d'un article, visant la faveur dont paraît jouir en Allemagne et en Autriche ce procédé de traitement. Fidèle à la mémoire de mon maître M. le professeur Schutzemberger (de Strasbourg), ce serait manquer à un devoir en ne reproduisant pas ce que ce savant nous avait appris, à cet égard, dans l'une de ses cliniques qui porte la date du premier vendredi de mai 1868. A ce moment-là, on ne lavait pas encore l'estomac, on en était réduit à des moyens bien sommaires, et les dyspeptiques chroniques affluaient et s'éternisaient dans les salles de l'hôpital.

Les estomacs dilatés se présentaient souvent à l'examen, les buveurs de bière, gros mangeurs par surcroît, en fournissaient un ample contingent.

Ce fut au sujet d'un brasseur de trente-six ans, que notre professeur nous fit part du procédé du massage de l'estomac et même des intestins, pour remédier à l'atonie musculaire des tuniques contractiles des organes de la digestion. Il semble que le meilleur moyen de faire connaître les idées émises au cours de cette conférence, soit de copier les notes prises sous la dictée de l'éminent clinicien.

« Les dyspepsies chroniques peuvent être divisées en : douloureuses et indolores; en : flatulentes et sèches; dans cette dernière catégorie les flatulentes peuvent être acides, nidoreuses ou gazeuses simples. Au point de vue du degré d'intensité de la maladie, elles peuvent être étudiées, soit que les effets de la dyspepsie soient passagers ou permanents.

S'ils sont momentanés, ils peuvent être ou non périodiques, à l'égard des heures des repas, de leur plus ou moins d'importance, et enfin de leur curabilité plus ou moins irrégulière et momentanée par tel ou tel moyen.

A l'heure actuelle (il s'agit de 1868, nous le répétons), l'acide chlorhydrique, les alcalins, la noix vomique donnent des résultats divers, souvent heureux. Les applications locales révulsives par emplâtres, chaleur, froid, ont produit des effets évidemment dignes d'encourager; cela, néanmoins, avec des degrés divers.

Il est une catégorie de dyspepsies chroniques sur laquelle je tiens à insister et qui ne bénéficie en rien, même provisoirement, de tous les moyens énumérés, et qui subsiste, même après la diète de liquides et de solides la mieux réglée et la plus scientifiquement conduite, c'est la dyspepsie par atonie musculaire. Très fréquente, habituellement concomittante des dilatations stomacales, indolore localement, elle est, pour le malade et pour le médecin, décourageante au premier chef. Traitée par l'électricité elle ne s'est pas amendée; cela, qu'elle fût simple, c'est-à-dire sans affection stomacale appréciable, ou que l'estomac fût enflammé ou dilaté.

Me souvenant alors du pétrissage que dans notre Faculté l'on fait subir aux matrices paresseuses, au moment critique de l'accouchement, nous avons employé le massage dans les conditions suivantes : la main de l'opérateur préalablement huilée, nous exerçons sur l'estomac, dans le sens du cardia au pylore, des pressions graduées et profondes, sans jamais en changer la direction. Pour ce faire plus efficacement, le malade relâche ses muscles abdominaux en relevant les genoux, et respire autant que possible sans intéresser son diaphragme. Les pressions, comme il a été dit, doivent être lentes, profondes, constantes dans leur sens, et les doigts, ramenés avec douceur, font le simulacre de la malaxation en intéressant tout ce qu'ils peuvent prendre des parties sous-cutanées.

L'estomac ne tarde pas à se dégager et au bout de cinq à dix minutes, au lieu de se borner à la région de l'estomac proprement dit, on fait, pendant plusieurs minutes, des malaxations à pleines mains de toute la région de la fosse iliaque droite. Il s'échappe souvent des gaz, soit par la bouche, soit par l'anus, et au bout de cinq à six jours de traitement à deux ou trois séances quotidiennes, on obtient et constate des résultats surprenants. L'heure la plus favorable est deux à trois heures après le repas et en général, un peu avant celle à laquelle le patient rapporte son maximum de gêne.

Les deux faits les plus saillants de cette cure sont le retour de l'appétit et le sommeil, court mais réparateur, qui suit souvent cette inoffensive pratique.

Si l'on veut bien n'employer ce moyen que dans les cas d'insensibilité réflexe partielle ou totale de l'estomac, l'on peut garantir le succès.

A la suite de l'emploi du massage, nous avons vu céder des constipations opiniâtres et rebelles à tout traitement. Le bien-être ressenti est rapide et constant, le tout est de ne se servir de cet utile auxiliaire que dans les cas nettement définis, dont vous venez d'entendre la description. »

Il semble difficile d'ajouter un mot à ce qui précède, et la conclusion logique de la publication de l'intéressante dissertation qui précède, c'est que de nos jours il est bien difficile d'innover en matière thérapeutique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 avril 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Des lettres de MM. Gréhant et Hénocque qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie ;

2° Un travail de M. le docteur Jeannel (de Villefranche-sur-Mer), intitulé : Du déboisement considéré comme cause de dépopulation et des moyens d'y remédier.

COMMUNICATIONS

Traitement de la tuberculose pulmonaire. — **M. le secrétaire perpétuel** donne lecture d'un pli cacheté déposé par M. Germain Sée, le 4 novembre 1890 ; voici ce pli cacheté :

1° Le traitement consiste en atmosphères artificielles sous pression ;

2° Le séjour du malade atteint à tous les degrés doit être de trois à six heures par jour, dans un appareil à air comprimé contenant des fumigations de créosote mêlée d'eucalyptus ;

3° Les inhalations simples de créosote et d'eucalyptus n'ont aucun effet. Il en est de même de l'air comprimé employé seul.

La combinaison des deux moyens détermine une absorption énorme de créosote sur toute la surface pulmonaire, atteinte ou indemne;

4° La créosote, administrée par la voie gastrique, n'est pas supportée au delà de quelques jours ou semaines. Or, il faut une imprégnation prolongée qui épargne l'estomac. Les injections sous-cutanées de créosote ne peuvent pas non plus être continuées pendant le temps voulu ;

5° De tous les médicaments antiseptiques, la créosote est le mieux supporté, particulièrement sous la forme de vaporisation permanente ou atmosphérée. Les malades peuvent vivre impunément dans cette atmosphère pendant plusieurs mois;

6° Les effets physiologiques sont des plus favorables. Ce qui est remarquable, surtout, c'est, comme on l'avait déjà noté pour la créosote prise sous une autre forme, le retour ou l'augmentation de l'appétit chez tous les phthisiques, même avancés ;

7° Cette appétence permet aux malades n'importe quel régime, et fait reculer les troubles gastriques, même peut-être les lésions gastriques, qui compromettent rapidement la vie de ces malades ;

8° Tous, par ce fait, éprouvent une augmentation marquée du poids corporel, et, en même temps, une reprise manifeste des forces ;

9° La fièvre, même intense, continue ou vespérale, tombe, dans la plupart des cas, à 37 degrés le matin, 37°5 l'après-midi ou le soir, et cet effet se maintient indéfiniment une fois qu'il est acquis, ce qui a lieu au bout de huit à quinze jours, en général ;

10° L'hémoptysie, loin d'être une contre-indication, guérit très rapidement. J'ai observé la guérison 7 fois sur 7 ;

11° La toux diminue, la sécrétion bronchique se modifie profondément. Les crachats deviennent moins purulents et perdent leur odeur. J'ai vérifié le fait aussi dans des bronchites fétides et dans les catarrhes chroniques ;

12° La dyspnée cesse constamment en même temps que la bronchite incidente ou ancienne ;

13° La maladie reste réduite à l'état local, qui ne disparaît pas, mais qui est enrayé, on peut s'en assurer par l'auscultation. Les râles restent permanents mais limités aux cavernules ou cavernes, tandis que les râles bronchiques disparaissent partout ;

14° L'atmosphère créosotée sous pression constitue donc un moyen non de guérison définitive, mais d'arrêt complet de la maladie ;

15° Toutes les sécrétions (urines, pus, sang) sont profondément modifiées. L'état général devient normal ;

16° La maladie bacillaire se dégage de toute complication et se trouve réduite à sa plus simple expression, de sorte que le malade ne se croit plus atteint et que le médecin ne constate plus que des traces de bacilles.

M. Germain Sée, depuis le mois d'août jusqu'à ce jour, a traité par les atmosphères de créosote et d'eucalyptol sous pression 12 cas d'affections pulmonaires qui ont été suivies pendant trois mois au moins et huit mois au plus. Sur ces 12 malades, 10 étaient atteints de tuberculose; tous (excepté un) étaient arrivés à la période de ramollissement; tous présentaient les trois signes caractéristiques, à savoir : les craquements pulmonaires au sommet de l'un des poumons ou des deux, la matité correspondante à la région broncho-pulmonaire atteinte et, en troisième lieu, l'expectoration bacillaire dûment constatée.

Sur ces 10 malades on compte 3 scrofulo-tuberculeux dont 2 guéris et 1 amélioré; 4 phthisies pulmonaires au deuxième degré dont 2 guéries, 2 améliorées ; 1 hémoptysie guérie ; 2 phthisies incomplètement traitées : aggravées après un état très favorable.

En résumé, dans les sept premiers cas, les faits les plus frappants furent d'abord un retour complet à la santé générale; en deuxième lieu, la disparition de la fièvre et de la toux; en troisième lieu, la profonde modification de la quantité et de la nature des crachats, qui devinrent muqueux; en quatrième lieu, l'absence de toute congestion, de toute bronchite, de toute hémorrhagie pulmonaire.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux :

MM. Levieux (de Bordeaux) et Mignot (de Chantelle) sont élus, l'un par 48 voix sur 56 votants, l'autre par 31 voix sur 56 votants.

RAPPORT

Eaux minérales. — **M. Albert Robin**, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

COMMUNICATIONS

Ostéo-périostite consécutive à la fièvre typhoïde. — **M. Cornil**, en son nom et au nom de M. Péan, fait une communication sur ce sujet. On sait, dit-il, que le bacille de la fièvre typhoïde d'Éberth exerce une action nocive des plus manifestes sur la moelle osseuse. C'est ainsi qu'Orloff a pu retrouver ce bacille dans la couche sous-périostée d'un os, et que M. Chantemesse a pu le retrouver dans les mêmes conditions, trois ans après une fièvre typhoïde.

Voici un nouveau cas qui confirme les précédents :

Une jeune fille de dix-huit ans eut, en juillet 1890, une fièvre typhoïde grave. Après trente jours, elle entrait en convalescence. Dans les premières semaines d'octobre, elle éprouva une vive douleur du tibia, avec tuméfaction osseuse. On incisa le périoste, il sortit quelques gouttes de pus et la malade fut soulagée, mais

le 7 mars, la tumeur se reproduisit très douloureuse, et il s'en produisit successivement trois autres semblables : sur le tibia gauche, sur le tibia droit, sur le cubitus gauche.

Ces tumeurs furent opérées par M. Péan et, au-dessous de la peau, rouge et amincie, un périoste rouge, épais, enflammé, puis l'os éburné sous forme d'exostose. L'exostose ayant été creusée à la gouge, on trouva une cavité caractéristique des abcès consécutifs à la fièvre typhoïde, c'est-à-dire creusés dans le tissu compact, sans participation de la cavité médullaire. Cette cavité contenait du pus et des fongosités.

Dans ces fongosités, M. Cornil n'a pu trouver directement le bacille d'Éberth par coloration, mais par des ensemencements successifs, il a pu obtenir une culture absolument pure de ce bacille.

Donc, huit mois après une fièvre typhoïde l'agent pathogène de cette maladie persistait dans l'économie, notamment dans ces abcès osseux caractéristiques, dont il était la cause essentielle.

M. FOURNIER fait observer que ces lésions ostéo-périostiques sont très difficiles à distinguer des exostoses syphilitiques. Il n'existe aucun signe diagnostique objectif entre ces deux sortes d'exostoses, c'est seulement l'inefficacité du traitement spécifique qui, dans ces cas, a permis à M. Fournier d'en reconnaître la nature.

Un cas de bassin oblique ovalaire. — M. BUDIN présente à l'Académie deux dessins représentant une femme qu'il a vue pour la première fois dans son service de la Charité, le 27 février 1869. Elle était alors en travail pour la quatrième fois et les accouchements précédents n'avaient pu être terminés que par l'embryotomie céphalique. Cette femme était atteinte d'une viciation pelvienne très rare : un bassin oblique ovalaire ou bassin de Nœgelé. L'aile du sacrum faisant défaut d'un côté, au lieu d'une symphyse sacro-iliaque, existe une soudure osseuse. La lésion siège ici du côté gauche.

En examinant la femme de dos et debout, on voit que la fesse gauche est chez elle plus étroite que la fesse droite; la distance qui s'étend de la rainure inter-fessière à la région trochantérienne est de 12 centimètres pour le côté gauche et de 16 centimètres pour le côté droit.

Le pli fessier du côté droit est abaissé comme si la femme hanchait à gauche.

L'épine iliaque postérieure et supérieure du côté gauche arrive presque jusqu'à la ligne des apophyses épineuses de la colonne vertébrale ; à droite, au contraire, cette épine iliaque postérieure et supérieure a conservé sa situation normale.

En avant la symphyse pubienne est refoulée du côté droit, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion, si bien qu'en avant c'est le côté gauche qui paraît le plus large et le côté droit qui semble le plus étroit.

L'examen extérieur de cette femme permet de faire le diagnostic de la lésion du bassin.

Une application de forceps fut faite et on put, bien que difficilement, extraire un enfant vivant du poids de 3,620 grammes. Depuis, elle est de nouveau revenue à la Charité, en état de travail, il y avait une procidence du cordon; la version a permis d'extraire un enfant vivant du poids de 2,800 grammes.

De la nutrition chez les diabétiques. — M. FRÉMONT (de Vichy) fait une communication sur ce sujet.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. TARNIER fait connaître ce qui a lieu à la Maternité, relativement aux accouchements secrets.

Le Code qui régit cet établissement, depuis 1802, dit que si les femmes veulent donner leur nom et leur adresse, il en est tenu compte sur un registre, mais que, si elles refusent tout renseignement sur leur état civil, on se contente de leur donner un numéro d'ordre, et c'est là toute leur inscription. Les mêmes précautions sont prises pour assurer le secret en ce qui concerne l'enfant.

A l'heure actuelle, ces prescriptions sont tombées en désuétude. Toutes les femmes sont inscrites sur le registre d'entrée; si une femme le demande, en marge de son inscription, on inscrit le mot *secret*, et le bulletin envoyé à l'Administration centrale contient son numéro d'ordre, et rien de plus.

Quant aux accouchements masqués, ils étaient fort à la mode autrefois.

M. Tarnier n'a eu qu'une fois l'occasion, étant interne de la Maternité, d'accoucher une femme masquée. Intrigué de ce fait, il lui demanda une explication : « C'est parce que je suis trop laide, » répondit-elle !!! En effet, elle avait la face rongée par un horrible lupus. Il est fort douteux que pareil fait se reproduise avec une femme jeune et jolie ; d'ailleurs, en tout état de cause, il ne lui serait nullement interdit de rester masquée si elle le désirait.

En ce qui concerne les enfants, ils sont déclarés « de père et mère inconnus », lorsque la mère le demande.

M. LE FORT fait observer que les accouchements pouvaient être secrets en 1802, mais qu'ils ne le sont pas aujourd'hui, ainsi que M. Tarnier vient de le dire. D'ailleurs, toutes ces particularités sont généralement ignorées, et en fait on ne les applique jamais. Il n'existe même pas de chambres isolées pour les femmes qui réclameraient le secret.

M. TARNIER répond que le règlement de 1802 est toujours en vigueur, et au besoin les femmes qui entrent à la Maternité peuvent en demander l'application.

Il faut considérer, toutefois, que si on perd beaucoup moins de malades aujourd'hui qu'autrefois, on en perd cependant quelquefois. Or, on comprendra sans peine les nombreux inconvénients qui résulteraient, en cas de décès, du secret absolu gardé par la malade au moment de son entrée.

M. BROUARDEL dit que, quel que soit le système adopté, il y a une catégorie de femmes ou de filles qu'il ne mettra pas à l'abri du crime d'infanticide ou d'avortement. Pour préserver ces femmes et leurs enfants, il faut que le secret absolu n'arrive pas après l'accouchement, mais qu'il le précède, rende possible la fin de la grossesse et la délivrance, sans que leur existence puisse être soupçonnée.

Cette catégorie comprend les filles et les veuves réputées honnêtes, qui tuent leur enfant ou se font avorter, parce que cet enfant sera pour elles le stigmate du déshonneur.

La fréquence des infanticides en France va toujours en augmentant. En rapportant le nombre des infanticides aux chiffres de la population en 1826 et en 1880, on trouve, de 1826 à 1830, 17 accusées pour 1 million d'habitants, et 29 de 1876 à 1880.

Sur 5 infanticides, 4 sont commis à la campagne, 1 à la ville, tandis que sur 10 habitants, 7 sont à la campagne, 3 à la ville.

Sur 100 infanticides, 64 sont commis par des célibataires, 12 par des femmes mariées, 24 par des veuves.

Il résulte, en outre, d'une enquête faite par M. Socquet, que depuis la fermeture des tours, les infanticides ont triplé dans les Pyrénées-Orientales, l'Oise ; doublé dans le Morbihan, la Mayenne, la Loire-Inférieure, le Jura, les Hautes-Alpes, la Nièvre, la Haute-Marne ; augmenté dans Indre-et-Loire, la Haute-Vienne, la Corse, la Haute-Garonne, Seine-et-Oise, la Gironde, la Sarthe, le Cantal ; qu'ils sont restés stationnaires dans l'Ain, la Côte-d'Or, la Seine et le Rhône.

En somme, dans les départements ayant des grandes villes où se réfugient les filles-mères, la suppression des tours n'a pas modifié le nombre des infanticides. Au contraire, dans les départements essentiellement ruraux, la suppression des tours a doublé ou triplé le nombre des infanticides.

Les raisons qui déterminent les femmes à commettre un infanticide ne sont pas du même ordre. Pour celles qui sont obsédées par la crainte du déshonneur, le tour ou le bureau ne suffisent pas, la nécessité du secret doit précéder et non suivre l'accouchement. Il y a lieu de créer pour elles des maisons d'accouche-

ment dans lesquelles elles seront à même de séjourner, sans que rien les puisse faire connaître.

Lorsqu'au contraire la mère est poussée par la misère, le bureau ouvert, les secours pécuniaires, le tour même en écarteront un grand nombre du crime.

Enfin, pour le groupe intermédiaire où les femmes, crainte du déshonneur, désespoir, misère, agissent à des titres variés, les hôpitaux et les bureaux ouverts fourniront un refuge assuré pour le secret et un secours contre la misère. Pour les femmes de ce groupe, surtout, il importe qu'elles puissent être reçues quand leur grossesse les met dans l'impossibilité de travailler ou les expose à être chassées de leur place.

Appuyant la proposition de M. Le Fort, je demanderai donc à l'Académie de faire précéder la conclusion qui lui est soumise, de la phrase suivante. (Voir le Premier-Paris.)

M. LAGNEAU préfère, au tour, le bureau ouvert, tenu par une personne assermentée, astreinte au secret.

Il soutient, en outre, que, pour prévenir toute divulgation du secret, il faudrait interdire la recherche du domicile de secours; de plus, le département où la femme vient accoucher ne devrait réclamer aucun frais d'assistance au département d'où elle vient. L'État, intéressé à la conservation des enfants, devrait seul prendre à sa charge ces frais d'assistance.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie infantile (1), par E. CHARON et G. GERAERT.

Nous dirons peu de choses du livre de nos confrères de Bruxelles, car c'est, en effet, un livre qui prête peu à l'analyse. Ce n'est point une œuvre d'ensemble étudiant par chapitres distincts et successifs la chirurgie de l'enfance, c'est un recueil de cliniques et d'observations. La phrase suivante que nous extrayons de la préface donne, quoique avec trop de modestie, une bonne idée des tendances du livre de M. Charon.

« Nous n'écrivons pas pour l'instruction des spécialistes, nous nous adressons seulement aux médecins qui, au début de leur carrière, pourraient se trouver en présence de cas plus ou moins difficiles de chirurgie infantile, et nous leur exposons la façon dont nous nous sommes acquittés de notre tâche. »

La cure radicale des hernies, particulièrement chez les enfants (2), par le docteur G. FÉLIZET.

Dans son travail, M. Félizet nous expose la façon dont il comprend les indications de la cure radicale chez les enfants : il décrit l'opération, ses résultats éloignés et les précautions consécutives qu'il convient de prendre dans la suite.

Les opinions formulées dans l'ouvrage ne s'écartent guère des données aujourd'hui classiques; un seul point est tout à fait spécial à l'auteur, c'est un détail de la technique opératoire. M. Félizet s'est préoccupé de la difficulté de l'extirpation parfaite et complète du sac herniaire qui, chez les enfants, forme une enveloppe très mince et en rapport fort intime avec les éléments du cordon, et il a imaginé d'introduire, dans le sac, un ballon de caoutchouc rouge, en forme de poire, et de disséquer la membrane péritonéale sur ce sac distendu et insufflé après son introduction. Nous signalons à nos lecteurs l'originalité de ce procédé, mais sans pouvoir en apprécier la valeur, ne l'ayant jamais appliqué nous-même. Toutefois, ce que nous savons de la cure radicale des hernies chez les enfants, ne nous explique guère l'opportunité de cette innovation, du moins d'après les cas où nous avons eu à intervenir.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.
(2) Petit in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

La pratique du massage (1), par le docteur Maximin GILLES.

L'auteur s'est donné pour but de vulgariser une méthode qui a assuré de « tels succès qu'elle est pratiquée jusqu'à l'abus dans le nord de l'Europe ». Il a résumé, aussi complètement que possible, l'enseignement qu'il a retiré de ses voyages à l'étranger, et, particulièrement, de son assistance près de von Monsengeil. La partie théorique, très courte, traite de l'action physiologique du massage, mais la plus grande partie du livre est consacrée à la technique. C'est, à ce point de vue, un livre à recommander, car le lecteur y trouvera quelques règles sûres et de nombreux détails pratiques, indispensables à connaître, et sur lesquels la littérature médicale est absolument muette.

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu de Marseille (2), par le docteur VILLENEUVE.

Si nous mentionnons l'existence de la publication de M. Villeneuve, ce n'est point pour en donner une analyse qui serait peu facile, mais c'est pour féliciter l'auteur, d'une part, des beaux résultats qu'il a obtenus dans sa pratique chirurgicale, et, d'autre part, pour recommander, comme un modèle digne d'être suivi par tous les chirurgiens, le courageux exemple que donne notre confrère de Marseille en publiant sa statistique *intégrale*.

A. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. Delpeuch, Mathieu, Le Gendre, Lebreton, Gilles de la Tourette, Widal, Lermoyez, Dalché, Giraudeau et Béclère ont été déclarés admissibles à la troisième épreuve du concours pour trois places de médecin du Bureau central.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 avril 1891, ont été nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Tourbis (de Valence) et Gautret (de Clermont).

— Par décision ministérielle, en date du 12 avril 1891, M. le médecin aide-major de première classe Astier a été désigné pour être affecté aux batteries d'artillerie de la division de Saint-Mihiel.

— Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 11 mai 1891, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

— Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 25 mai 1891, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ernest Brémond (de Paris).

— M. le professeur Alfred Fournier reprendra son cours clinique des maladies syphilitiques et cutanées, le vendredi 17 avril, à neuf heures et demie, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

— Le service de M. Ernest Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, pendant les mois d'avril, mai et juin, aura lieu de la manière suivante :

Lundi, clinique dermatologique et syphiligraphique; mardi neuf heures, laboratoire Alibert, policlinique : opérations dermatologiques (lupus, acnés, etc.); mercredi neuf heures, policlinique : laboratoire Alibert, maladies du système pilaire, dermatophyties; vendredi huit heures et demie, consultation externe.

(1) Gr. in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.
(2) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, F. Alcan.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Édouard Becquerel ouvrira le cours de physique appliquée aux sciences naturelles, le lundi 20 avril 1891, à une heure, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredi, vendredi et lundi de chaque semaine, à la même heure. — Le professeur traitera de la météorologie et de la climatologie dans leurs rapports avec les phénomènes physiques, chimiques et naturels; il s'occupera notamment des phénomènes dépendant du rayonnement solaire et de la chaleur terrestre, ainsi que des effets calorifiques lumineux et électriques de l'atmosphère. — Des conférences seront faites par M. Henri Becquerel.

M. le professeur Arnaud ouvrira le cours de chimie appliquée aux corps organiques, le lundi 20 avril 1891, dans le grand amphithéâtre du Muséum d'histoire naturelle, à quatre heures et demie, et le continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure. Des conférences pratiques complémentaires auront lieu le samedi, dans le grand amphithéâtre : elles seront annoncées par des affiches spéciales. Le professeur traitera des alcaloïdes naturels d'origine végétale, considérés comme principes immédiats spécifiques. Ces leçons seront précédées par l'étude sommaire des amines et des bases des séries pyridique et quinoléique.

Maladies et médicaments à la mode, par le docteur Degoix, rédacteur en chef du « Petit médecin des familles et de l'hygiène pratique, etc. » 1 vol. in-18 de 176 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 46. — SAMEDI 18 AVRIL 1891. 64e ANNÉE SAMEDI 18 AVRIL 1891. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La neurasthénie et les neurasthéniques, par le docteur Paul BLOCQ, chef des travaux anatomo-pathologiques à la Salpêtrière, lauréat de l'Institut. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

La neurasthénie et les neurasthéniques.

Par le docteur Paul BLOCQ,
Chef des travaux anatomo-pathologiques à la Salpêtrière,
Lauréat de l'Institut.

De même que l'hystérie avec laquelle elle affecte tant de points de contact, la neurasthénie voit son domaine s'étendre de jour en jour. Est-ce parce que ses limites sont encore relativement indécises au point de vue clinique et qu'alors on lui attribue souvent un certain nombre de cas obscurs et d'un diagnostic douteux? Cet accroissement provient-il plutôt de ce que les médecins connaissent mieux la nouvelle espèce morbide, et constatent sa présence là où ils ne trouvaient autrefois qu'un simulacre de maladie, pour ne pas dire une maladie simulée? En dernier lieu, cette névrose est-elle plus répandue actuellement par l'effet des progrès rapides de notre civilisation, qui ne s'effectuent pas sans un degré notable de surmenage, dont on la considère avec raison comme l'expression ?

Tous ces motifs peuvent être invoqués avec plus ou moins de justice, mais, quoi qu'il en soit de leur valeur explicative, la neurasthénie n'en est pas moins en voie d'occuper une place prépondérante dans la neuropathologie. Ce rang, elle le doit au nombre presque illimité de ses manifestations, à la diversité protéiforme de ses apparences, aux connexités compliquées de ses rapports, à la fâcheuse faculté, enfin, qu'on lui reconnaît de *régénérer la dégénérescence* héréditaire, si l'on nous permet cette expression, sur laquelle nous aurons à nous expliquer.

I

HISTORIQUE. — Cependant, sa littérature est relativement pauvre, non pas tant, sans doute, à cause de cela seul que l'entité qu'elle représente manque, jusqu'à présent, d'un substratum anatomique qui lui soit propre, mais plutôt parce qu'elle est dépourvue de ces symptômes objectifs qu'affectionne la médecine expérimentale de notre époque; car nous pensons que l'entéroptose n'a pas dans la neurasthénie la constance que M. Glénard a prétendu lui attribuer.

En 1869, Beard (1) donna le nom de neurasthénie à cet état nerveux que l'on avait décrit, jusqu'à lui, sous divers titres. Parmi ces dénominations extrêmement multiples qui ont été employées, nous citerons entre autres : l'irritation spinale de Frank (2), la névrospasmie de Brachet (3), la névralgie générale de Valleix (4), la névrose protéiforme de Cerise (5), l'hyperesthésie générale de Monneret (6), l'état nerveux de M. Sandras (7), et le nervosisme de M. Bouchut (8).

Le néologisme de Beard ne fut, cependant, pas accepté d'emblée, car Krishaber (9) put encore présenter, comme une affection autonome, sa névropathie cérébro-cardiaque, dont l'histoire se rapporte évidemment à la neurasthénie.

Ce n'est, en effet, que des mémoires ultérieurs et plus complets de Beard (10), que date la véritable différenciation de la neurasthénie d'avec les nombreux états nerveux plus ou moins similaires avec lesquels elle était auparavant confondue, et sa promotion au rang d'entité morbide autonome.

Or, ainsi que nous le faisions remarquer, pour nous en tenir aux travaux exclusivement consacrés à cet état morbide, depuis cette époque, nous n'aurons à mentionner qu'un nombre assez restreint de publications.

C'est, tout d'abord, un court mémoire de Jewel (11), qui ne fait guère que commenter le travail de son compatriote. Au contraire, l'article « neurasthénie » écrit, presque tout

(1) BEARD. *Boston Med. and Surg.*, 30 avril 1869.
(2) FRANK. *De Nevralgia et Neuritide. Univers. praxeos medic. præcipita*, Leips. 1821.
(3) BRACHET. *Recherches sur la nature et le siège de l'hystérie et de l'hypochondrie et sur l'analogie et la différence de ces maladies*, Paris 1832.
(4) VALLEIX. *Traité des névralgies et affections diverses des nerfs*, Paris 1841.
(5) CERISE. *Des fonctions et des maladies nerveuses*, Paris 1842.
(6) MONNERET. *Traité de pathologie générale*, Paris 1857, t. I, p. 420.
(7) SANDRAS. *Traité pratique des maladies nerveuses*, Paris 1860, t. I.
(8) BOUCHUT. *De l'état nerveux aigu et chronique ou nervosisme*, Paris 1860.
(9) KRISHABER. *De la névropathie cérébro-cardiaque*, Paris 1873.
(10) BEARD. *Neurasthenia (nervous exhaustion). Its nature, symptoms and treatment*, New-York 1880. — Its causes and consequences, *American Nervousness*, New-York 1881.
(11) JEWELL. The varieties and cause of Neurasthenia, *The Journ. on nerv. and ment. dis.*, Chicago, janvier 1880.

entier, par M. Huchard (1), dans le *Traité des névroses* d'Axenfeld, constitue à cet égard, en France du moins, un travail didactique complet, le premier dans ce genre que nous ayons à signaler sur ce sujet.

Weir Mitchell (2) a décrit ensuite une forme particulière de neurasthénie féminine, et, dans son travail, a insisté surtout sur la valeur de la combinaison de certains agents physiques dans le traitement de la neurasthénie. Arndt (3), presque à la même époque, consacre, à la neurasthénie, un mémoire fort important. Il ne la considère pas comme une maladie, mais comme « un symptôme, un complexus symptomatique de processus morbides, d'états morbides, de malaises déterminés », pour lesquels il crée une longue terminologie.

Mais la question va se poser sous un aspect tout à fait nouveau dans l'importante publication de M. Glénard (4). Cet auteur décrit une entité morbide nouvelle pour laquelle il propose le nom d'entéroptose, et pense qu'on lui peut rapporter la plupart des cas de neurasthénie gastrique. Le syndrome neurasthénique relèverait, selon cet auteur, d'un trouble de la partie abdominale du tube digestif caractérisé par le prolapsus des divers organes (foie et rein) et de l'intestin. On constaterait alors constamment des signes objectifs particuliers. Dans le traité de M. Grasset (5), non plus que dans le travail d'Erb (6), on ne trouve encore mentionnée l'idée originale de M. Glénard, à laquelle M. Launois (7) consacre une revue critique très intéressante dans la *Revue de médecine*.

Nous citerons ensuite, et sans la mentionner autrement, une publication de Giovanni (8). M. Glénard (9) revient sur le même sujet en confirmant les notions précédentes dans une communication à la Société médicale des hôpitaux, ce qui donne à M. Féréol (10) le sujet d'un rapport très remarquable. Cet observateur ne se prononce pas catégoriquement sur la réalité de l'entéroptose en tant que « maladie spéciale », mais n'en constate pas moins que les recherches de M. Glénard déterminent un fait clinique important qui mérite d'attirer l'attention parce qu'il peut être la source d'indications thérapeutiques.

La même année Ziemssen (11) consacre un article assez important à la neurasthénie, puis M. Glénard (12) émet de nouvelles considérations sur le diagnostic de l'entéroptose. Nous devons signaler aussi l'excellente thèse de M. Lafosse (1) sur la céphalée neurasthénique, ainsi qu'une revue assez complète de M. Lemoine (2) et un travail sur les dyspepsies neurasthéniques de Gratz (3), avant de terminer par les plus importantes publications de ces dernières années que constituent incontestablement, d'une part, les « Leçons du mardi » de M. le professeur Charcot (4), d'autre part, la monographie de M. Bouveret (5).

Tant dans la première que dans la seconde année de ses leçons, M. Charcot a eu, à maintes reprises, l'occasion d'exposer ses idées sur la neurasthénie. Notre maître s'est surtout attaché à établir la fréquence de la combinaison de la neurasthénie avec l'hystérie, et la part exclusive que prenaient ces deux affections à la constitution de la prétendue névrose traumatique; ces vues ont été tout récemment développées avec talent par M. le professeur Pitres (6).

Quant au volume que vient de publier M. Bouveret, il constitue, pour sa part, un excellent travail d'ensemble sur la question, et nous aurons à lui faire de fréquents emprunts (7).

II

Étiologie. — La neurasthénie est une affection très répandue; on s'en rendra compte grossièrement par ce fait que les malades qui en sont atteints représentent à peu près la douzième partie de la totalité des sujets qui se rendent aux consultations externes de la Salpêtrière (8). Si l'on considère, de plus, que cette névrose est, d'une façon générale, plus fréquente dans les classes aisées de la société que dans la clientèle hospitalière, on aura une idée, assez vraie, bien qu'approximative, de ce qu'il en est de la proportion moyenne des cas de neurasthénie.

Bien que la neurasthénie, surtout dans ses formes graves, reconnaisse le plus habituellement une origine héréditaire, on admet qu'elle peut se développer sur un terrain indemne jusque-là de toute tare nerveuse, dans certaines circonstances. Quand l'hérédité constitue la prédisposition, c'est rarement l'hérédité similaire, et, le plus souvent, c'est l'hérédité de transformation, qui entre en jeu. On trouvera alors, dans les antécédents, des vésaniques, des tabétiques, des hystériques, des épileptiques, etc.

On a signalé des cas de neurasthénie survenant de bonne heure, entre onze et vingt ans, mais ces faits sont vraiment exceptionnels, et la maladie se développe, de préférence, entre vingt-cinq et cinquante-cinq ans, présentant son maximum de fréquence entre trente-cinq et quarante-cinq ans.

Les hommes sont aussi souvent frappés que les femmes, car, si le sexe féminin offre, par les désordres des fonctions

(1) Axenfeld et Huchard. *Traité des névroses*, Paris 1883.
Nous remercions ici très sincèrement M. Huchard, qui, avec la plus grande obligeance, a mis à notre disposition un grand nombre de documents et de notes personnelles sur la neurasthénie, qui nous ont été d'un utile profit pour la rédaction de cette Revue. — P. B.

(2) Weir Mitchell. *Du traitement de la neurasthénie*, trad. franç., Paris 1881.

(3) Arndt. *Die Neurasthenie (nervenschwæche) ihre Wesen, ihre Bedeutung und Behandlung*, Leipzig 1885.

(4) Glénard. *Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse. Détermination d'une espèce. De l'entéroptose*, Lyon 1885.

(5) Grasset. *Traité pratique des maladies du système nerveux*, Montpellier 1886.

(6) Erb. *Ziemssen Handbuch*, t. XII, art. Neurasthénie.

(7) Launois. *Revue de médecine*, 1887, t. VII, p. 64.

(8) Giovanni. *Sulla neurasthenia*, Cremona 1885.

(9) Glénard. Société médicale des hôpitaux, 15 mai 1886.

(10) Féréol. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 5 janvier 1887, pp. 499, 509.

(11) Ziemssen. *Die Neurasthenie and ihre Behandlung*, Leipzig 1887.

(12) Glénard. *A propos d'un cas de neurasthénie gastrique*, Paris 1886.

(1) Lafosse. *La céphalée neurasthénique*, Thèse de Paris, 1887.

(2) Lemoinne. Pathogénie et traitement de la neurasthénie, *Annales médico-psychologiques*, septembre 1888.

(3) Gratz. *Des dyspepsies... et plus particulièrement de la dyspepsie neurasthénique*, Genève 1888.

(4) Charcot. *Leçons du mardi*, t. I, 1888-1889; t. II, 1888-1889. Voir plus spécialement : 2e, 12e et 13e leçons, 1888-1889.

(5) Bouveret. *La neurasthénie (épuisement nerveux)*, Paris 1890.

(6) Pitres. De la neurasthénie et de l'hystéro-neurasthénie traumatique, *Progrès médical*, 6 décembre 1889, nº 49, p. 448.

(7) Ce travail était déjà à l'impression au moment où a paru le volume de M. Levillain consacré à la neurasthénie (Paris, 1891), que nous ne pouvons que signaler ici.

(8) D'après le relevé que j'ai fait des diagnostics portés sur les listes de consultation prises pendant mon année d'internat (1887-1888).

utérines auxquels il est exposé, des occasions nombreuses au développement de la névrose, le sexe masculin est pour sa part plus particulièrement soumis aux traumatismes et aux surmenages, ce qui rétablit l'équilibre.

Par contre, certaines professions prédisposent incontestablement à la neurasthénie, parce qu'elles exigent des efforts intellectuels soutenus et considérables, ou bien parce qu'elles entraînent des préoccupations morales excessives et permanentes. C'est ainsi que les médecins, qui réunissent ces deux fâcheuses conditions, les spéculateurs, les ingénieurs, les hommes de lettres fournissent un contingent notable de neurasthéniques.

Sans doute, c'est plutôt parce qu'ils se trouvent dans la situation précitée, que par suite de raisons d'ordre météorologique, que les Américains sont également frappés dans des proportions relativement plus grandes. La race juive et la race slave seraient aussi prédisposées à cette maladie, comme elles le sont, du reste, à la plupart des névropathies, sans que l'on puisse donner les véritables causes de cette particularité.

La goutte et le rhumatisme constitueraient en dernier lieu un terrain des plus favorables à l'éclosion de la neurasthénie. « Dans la plupart des cas, dit M. Huchard, la neurasthénie est une névrose arthritique. »

Les causes *déterminantes* acquièrent pour la provocation de la neurasthénie une importance moins banale, que lorsqu'il s'agit d'autres névropathies, par cette raison que la prédisposition nerveuse héréditaire peut faire défaut.

Elles réalisent toutes cette unique condition : le *surmenage cérébral*, que celui-ci soit entraîné directement par le fait d'un excès d'activité de l'organe, ou encore qu'il survienne indirectement à la suite d'un affaiblissement de tout l'organisme, qui a frappé le système nerveux en particulier. Dans ce dernier cas, cependant, on serait autorisé à invoquer la prédisposition, constituant un lieu de moindre résistance.

Il nous reste à examiner ces diverses causes qui déterminent le surmenage, que nous venons de proclamer la raison d'être capitale de la neurasthénie. L'un et l'autre des deux modes réactionnels primordiaux du système nerveux : *sensibilité* (émotivité, affectivité) et *motilité* (intellectualité, volonté) ont pu être suractivés.

Dans le premier cas, toutes les passions, ou même les sentiments excessifs, sont susceptibles d'entraîner la neurasthénie ; que ce soient l'amour ou l'ambition ou l'affection filiale, ou encore la cupidité qui entrent en jeu, il va suffire que leur développement soit entravé pour que se déclare un état neurasthénique consécutif.

Dans la sphère intellectuelle, tous les excès de travail pourront être incriminés, et s'il s'y joint, ce qui n'est pas rare, des préoccupations morales, la combinaison des deux ordres de causes entraînera la neurasthénie plus facilement encore. C'est ce qui arrive notamment lors de la préparation des examens et des concours.

Le traumatisme, dont M. Charcot a démontré l'influence pathogène prépondérante, est assimilable, à notre avis, à une sorte de surmenage, dont l'extrême intensité compenserait le peu de durée ; aussi, ne sont-ce guère que les grands traumatismes, et surtout ceux qui s'accompagnent de shock ou d'une émotion très vive, qui sont suivis de neurasthénie. La mondanité extrême de la vie des grandes villes, l'abus des plaisirs, certaines intoxications (morphine, éther, cocaïne) agissent encore de la même façon.

Parmi les causes qui influent par l'intermédiaire de l'affaiblissement général de l'organisme qu'elles réalisent, on a cité, en premier lieu, la plupart des maladies infectieuses (fièvre typhoïde, grippe) et ensuite les désordres des grands appareils et, en particulier, des systèmes digestif, génito-urinaire et nerveux.

Pour ce qui est des troubles gastriques, il semble incontestable que l'atteinte de la nutrition générale qu'on observe dans la dilatation de l'estomac ou mieux dans l'auto-intoxication qui en résulte (Bouchard) puisse provoquer la neurasthénie. Quant à l'entéroptose, nous aurons à nous demander ultérieurement si elle n'agit pas par des conséquences secondaires (atrésie des conduits et troubles nutritifs consécutifs) analogues. Les excès sexuels, la masturbation, les maladies des organes génitaux sont aussi des causes fréquentes de neurasthénie. Quant aux maladies nerveuses, il est difficile de savoir si, dans les cas où elles précèdent le développement de la neurasthénie, elles ont joué le rôle d'agent provocateur (comme il arrive dans l'hystérie développée sous l'influence d'autres neuropathies), ou si elles ne figurent seulement qu'à l'état d'associées morbides simples. Quoi qu'il en soit, c'est surtout au cours du tabes, de l'hystérie et de la syphilis cérébrale qu'apparaît la neurasthénie.

III

Étude clinique. — En raison de la multiplicité des signes, de la diversité des formes et des nombreuses associations morbides qui caractérisent la neurasthénie, nous avons cru, pour plus de clarté dans l'exposition, devoir aborder l'exposé clinique dans l'ordre suivant, qui procède, en quelque sorte, du simple au composé. Nous étudions, en premier lieu, les symptômes isolés, puis les formes qui résultent du groupement de ces symptômes et, enfin, les associations des formes elles-mêmes avec d'autres états morbides.

1° *Signes*. — Dans la masse de symptômes de tout ordre qu'on peut observer chez les neurasthéniques, il en est quelques-uns qui se distinguent non seulement par leur constance, mais encore par leurs caractères au point de mériter — par analogie avec les symptômes équivalents de l'hystérie (Bouveret) — le nom de *stigmates*, dans le sens bien connu que M. Charcot attribue à ce mot dans son enseignement. Nous exposerons ces stigmates en premier lieu, car ils constituent, dans la circonstance, de véritables points de repère, et nous indiquerons en suite les *symptômes variables*.

A. *Stigmates neurasthéniques*. — On peut ranger sous ce titre : la *céphalée*, la *rachialgie*, la *dépression intellectuelle*, l'*affaiblissement des forces*, et les *troubles gastriques*.

M. Lafosse, dans le travail que nous avons cité, a rencontré la *céphalée* 44 fois sur 45 cas ; c'est dire qu'il s'agit là d'un symptôme d'une grande fréquence. Le mal de tête consiste rarement, et c'est là un point d'une réelle importance, en une véritable douleur. Il s'agit plutôt d'une sensation de pesanteur et de constriction, siégeant sur la région frontale et sur l'occiput, et comparable à celle que produirait un casque lourd et trop étroit (*casque neurasthénique* de M. Charcot). Sa localisation habituelle se fait selon une zone circulaire partant de la nuque pour comprendre les tempes et le front, le maximum de la souffrance étant ressenti à la nuque. Parfois la douleur n'occupe même que

l'occiput (*plaque occipitale*). Il peut y avoir, au contraire, une douleur localisée entre les sourcils. Enfin la céphalée est quelquefois hémilatérale.

La céphalée est le plus ordinairement diurne, aussi trouble-t-elle rarement le sommeil. Elle disparaîtrait la nuit lorsqu'il existe en même temps de l'insomnie. Elle se montre au réveil et persiste d'une façon continue, améliorée quelques instants à la suite des repas, puis elle ne tarde pas à reprendre avec plus d'intensité encore pendant la digestion.

Elle est augmentée par les excitations sensorielles : bruit, odeurs fortes, par les émotions et par le travail intellectuel. Dans les cas où elle ne présente pas la continuité qui lui est ordinaire, ces causes la provoquent habituellement. Elle s'accompagne enfin parfois d'hyperesthésie du cuir chevelu, mais cette hyperesthésie, au point de vue de son intensité, est rarement comparable à celle de l'hystérie, M. Huchard a particulièrement insisté sur ce symptôme. Souvent aussi il existe des bourdonnements d'oreilles, de la pesanteur des paupières, de l'obnubilation de la vue et même des vertiges.

Outre la sensation de pesanteur, qui est la plus constante, certains malades se plaignent en même temps de ressentir du vide ou de la tension intra-cranienne, et parfois comme des corps étrangers qui suivraient les déplacements de la tête.

La *rachialgie* est moins fréquemment rencontrée que la céphalée, à laquelle elle peut s'associer, mais elle mérite cependant par la fixité de ses caractères de figurer parmi les stigmates de la neurasthénie. M. Charcot se sert pour la désigner d'une dénomination aussi frappante que celle de *casque*, que nous avons rappelée, en ce qui concerne la céphalée ; il emploie habituellement le terme de *plaque sacrée*, qui indique bien le siège et les limites les plus ordinaires de cette rachialgie. « La plaque sacrée est, en quelque sorte, le pendant de la plaque occipitale ou cérébelleuse » (Charcot).

La douleur dorsale consiste en une sensation de pression ou de chaleur, allant rarement jusqu'à la douleur véritable. Parfois cependant, il existe une douleur vive, assez semblable à celle des névralgies. Nous avons noté qu'il est habituel que les phénomènes douloureux soient accompagnés de quelques troubles de la sensibilité objective : anesthésie ou hyperesthésie de la peau. Dans ce dernier cas, le malade supporte difficilement les moindres contacts et même le frôlement des vêtements. D'autres fois, la pression profonde des apophyses épineuses est douloureuse.

Le siège de prédilection de la douleur est la région sacrée, mais elle se localise aussi au niveau des régions cervicale et lombaire, et elle occupe même le coccyx. La rachialgie se rencontrerait enfin plus souvent chez la femme que chez l'homme ; quant à sa durée, elle serait soit passagère, soit permanente.

Les troubles primordiaux par lesquels se manifeste la *dépression mentale* du neurasthénique sont la diminution de la faculté d'attention et l'affaiblissement de la volonté. « Le travail intellectuel est ordinairement pénible, l'application sur un sujet est difficile, il existe souvent une paresse de l'esprit, une sorte de fatigue cérébrale qui contraste singulièrement parfois avec l'animation de la conversation » (Huchard).

La diminution de la mémoire est habituelle ; il s'agit d'une amnésie rétrograde et portant de préférence sur les noms propres. L'altération de la faculté d'attention rend enfin la lecture pénible.

L'affaiblissement de la volonté, qui est surtout marqué dans les cas d'hystéro-neurasthénie traumatique, peut empêcher toute activité et tout effort. Les malades deviennent alors incapables de travailler, intellectuellement ou matériellement, et en ressentent une tristesse et un découragement notables.

Le caractère se modifie également, le sujet est morne, abattu, maussade ; son émotivité est excessive, un rien l'affecte ; de plus, il fuit la société et recherche l'isolement et la solitude. Ces troubles mentaux sont constants dans leur ensemble, mais subissent, selon les cas, de grandes variations d'intensité.

L'*affaiblissement des forces* doit être encore cité parmi les signes les plus communs de la neurasthénie. Il ne s'agit pas seulement, dans la circonstance, d'une sensation d'accablement et de lassitude, mais bien d'une asthénie réelle et constatable au dynanomètre. Sans que l'on ait à noter aucune trace de paralysie, et alors que le sujet exécute sans difficulté apparente tous les mouvements qu'on lui commande, on observe que le dynamomètre donne des différences de 20 à 60 degrés, avec les conditions normales.

La sensation de fatigue et d'anéantissement qui accompagne l'asthénie, se montre spécialement *le matin au réveil*, ou encore à la suite d'émotions ou d'une fatigue physique modérée. Elle peut déterminer le malade à passer dans le décubitus la plus grande partie de la journée.

Les *troubles gastriques* font bien rarement défaut dans le tableau de la neurasthénie : l'appareil qu'ils revêtent de préférence est celui de la dyspepsie *flatulente* ou par atonie gastrique. M. Bouveret en distingue deux formes, ou mieux deux degrés, selon que les symptômes fonctionnels sont ou ne sont pas accompagnés des signes objectifs d'entéroptose décrits par M. Glénard. Dans le premier cas, l'appétit est généralement diminué, et la langue est un peu saburrale. L'ingestion des aliments ne tarde pas à être suivie de gonflement de l'estomac qui oblige les malades à desserrer leurs vêtements après les repas. Le ballonnement s'étend de l'épigastre à l'abdomen, et s'accompagne de sensations de malaise et de plénitude. Des éructations gazeuses abondantes surviennent, en même temps que des bouffées de chaleur montent au visage. Le trouble dure de deux à trois heures et souvent plus. La constipation est habituelle et entraîne parfois des phénomènes d'auto-intoxication, et plus fréquemment encore de la colite glaireuse.

De là suit, nécessairement, que le malade offre une teinte terreuse du visage, et un amaigrissement qui peut être assez prononcé pour faire penser à l'existence d'un cancer de l'estomac ou du rectum ; nous avons eu, nous-même, l'occasion de voir commettre l'une et l'autre erreur par des praticiens émérites.

Dans la forme grave des troubles gastriques, on constate en outre, par l'exploration méthodique de l'abdomen, la dilatation de l'estomac, la flaccidité de la paroi abdominale antérieure et les divers signes de l'entéroptose, signes sur lesquels nous reviendrons.

B. *Symptômes variables*. — La neurasthénie est « remarquable par le grand nombre de ses manifestations (non morbus sed morborum cohors), par la multiplicité des souffrances, des spasmes, des douleurs viscérales, et des malaises sans nom qui finissent par constituer ce qu'un médecin, bien connu par son état névropathique, appelait

supplice des nerfs (supplicium neuricum). Chez ces malades, l'état de souffrance est général; tous leurs organes peuvent être atteints tour à tour et cependant aucun d'eux ne subit une altération matérielle; il en résulte qu'il n'y a souvent pas de localisation possible, ni pour le patient, ni pour le médecin, et qu'on peut dire de la neurasthénie ce que Mead disait de l'hypochondrie : « Non unam sedem habet, sed morbus totius corporis est. »

Ces lignes, que nous empruntons à M. Huchard (1), dépeignent admirablement les difficultés qu'on rencontre presque constamment dans l'examen des malades. Ces difficultés, nous les retrouvons pour l'exposé des symptômes, aussi les décrivons-nous dans chaque appareil, en y insistant d'après l'importance qu'ils prennent en clinique.

Dans le domaine *cérébral*, nous avons déjà signalé quelques désordres auxquels leur fréquence mérite le nom de stigmates. Les troubles du sommeil sont, eux aussi, presque habituels. Rarement le sommeil est augmenté, car on ne peut considérer comme un véritable sommeil les somnolences qui tourmentent souvent le neurasthénique après les repas. Le plus ordinairement, on observe de l'insomnie, insomnie tenace et qui résiste parfois aux médicaments hypnotiques, les plus fidèles en tout autre cas.

Les vertiges figurent parmi les symptômes fréquents de la neurasthénie : ils procèdent par accès, survenant à jeun et diminuant après les repas, ou encore s'installent d'une façon presque continue, entraînant même une légère titubation.

Il n'est pas exceptionnel que les neurasthéniques présentent certains de ces phénomènes psychiques que l'on connaît sous le nom de syndromes épisodiques des dégénérés : agoraphobie, claustrophobie, pathophobie, etc. Mais ces signes ne nous paraissent pas ressortir à la maladie elle-même, bien qu'ils aient été décrits comme tels par la plupart des auteurs. Ils interviennent là, en compliquant le tableau clinique, de même qu'ils s'observent parfois chez le tabétique ou l'hystérique, mais en tous ces cas, ils sont également engendrés par le fonds commun de névropathie héréditaire qu'ils caractérisent.

Toutefois, nous n'en dirons pas autant des préoccupations hypochondriaques, presque constantes chez ces malades. « Le neurasthénique, dit M. Pitres (2), est inquiet, raisonneur, écrivassier et foncièrement nosomane. Il se préoccupe outre mesure des symptômes qu'il éprouve. Il croit toujours être atteint d'une affection organique incurable. Il se tâte le pouls, se palpe, s'examine, s'étudie. Il aime à parler de sa maladie et à raconter ses souffrances. » Ajoutons à cela ces quelques particularités très significatives. Ces malades ont, pour la plupart, recherché et lu tous les livres de médecine qu'ils ont pu se procurer. D'autre part, ils ont l'habitude de consigner le récit de leurs sensations en de longs mémoires qu'ils s'empressent de lire et de commenter aux médecins qu'ils vont consulter successivement. Ce dernier détail est à ce point caractéristique, qu'il suffirait presque à établir le diagnostic.

Les troubles de la *sensibilité objective* sont moins rares, à notre avis, que ne l'admettent les auteurs, pour qui il n'existerait guère que des troubles subjectifs. Nous avons constaté, dans presque tous les cas où nous les avons recherchées, des altérations de la sensibilité cutanée, assez

(1) Huchard. Loc. cit., p. 881.
(2) Pitres. Loc. cit.

régulièrement localisées aux parties qui se trouvaient le siège de sensations pénibles, et consistant en hypo ou en hyperesthésies. Il n'est pas rare, non plus, que tout le tégument soit le siège d'une véritable hyperesthésie.

Les troubles *subjectifs* de la *sensibilité* sont innombrables et revêtent des formes très diverses quant à leur caractère ou à leur siège : craquements douloureux dans la colonne vertébrale, douleurs névralgiques, ou à type plus ou moins fulgurant, engourdissements, sensations de froid ou de chaud, etc.

Les *organes des sens* sont fréquemment atteints. Du côté de la vue, on a noté la pesanteur des paupières, l'asthénopie accommodatrice rendant la lecture impossible. Du côté de l'audition, ce sont : de l'hyperacousie, des bourdonnements et des sifflements d'oreille. Le goût et l'odorat, enfin, présentent des susceptibilités très remarquables; c'est ainsi que certaines odeurs entraînent parfois des accès de céphalée et des vertiges.

Outre l'affaiblissement général de la *motilité* dont nous avons parlé, il nous reste à signaler la fréquence des crampes, et des secousses musculaires des membres inférieurs survenant au moment de s'endormir, et enfin le phénomène du dérobement des jambes, connu sous le nom de « giwing away of the legs ».

Les troubles de l'*appareil circulatoire* offrent, comme épisode saillant, l'angine de poitrine neurasthénique. Elle a été décrite par M. Huchard (1) qui la différencie de l'angine de poitrine vraie, en se fondant sur l'absence de l'effort comme cause occasionnelle, le retour parfois périodique et la durée plus longue des accès, l'agitation plus marquée du malade, et l'intensité moindre de la sensation d'angoisse. On observe aussi, chez le neurasthénique, des accès de palpitations et la fréquence du pouls, qui est en même temps *instable*, selon l'expression de M. Huchard (2).

Les troubles *vaso-moteurs* sont pour ainsi dire constants; chez la plupart des malades, on provoque aisément la *raie méningitique*, mais, de plus, les spasmes vasculaires entraînent, du côté des extrémités, le refroidissement et la pâleur, et sont assez intenses pour pouvoir être rendus responsables des sensations de froid que nous avons signalées.

L'appareil *respiratoire* est moins souvent intéressé; on n'observe guère que des accès de polypnée (Huchard), pouvant faire croire à de l'asthme. Mentionnons également un caractère particulier de la voix, qui deviendrait faible, confuse et traînante (Beard).

Les organes *génitaux* offrent, eux aussi, des désordres fonctionnels : ce sont les pertes séminales et l'impuissance. La vessie serait le plus souvent épargnée, mais on a décrit une véritable oxalurie, et un excès d'urates et d'acide urique dans les urines; ce dernier symptôme, s'il était constant, acquerrait une grande importance diagnostique.

Les diverses *sécrétions* sont parfois plus ou moins affectées : le larmoiement, la salivation, les sueurs profuses des extrémités, ou au contraire la sécheresse de la peau et des muqueuses ont été signalés.

Nous avons rapporté déjà, en traitant des *stigmates*, les principaux signes qu'on remarquait du côté de l'appareil digestif. Nous n'y reviendrons pas ici, car nous nous proposons de compléter ce que nous en avons dit dans le paragraphe suivant consacré aux formes.

(1) Huchard. *Maladies du cœur et des vaisseaux*, Paris 1889.
(2) Huchard. *Traité des névroses*, p. 886.

2° *Formes.* — Les apparences cliniques si diverses que revêt la neurasthénie et qui résultent non seulement du groupement des symptômes que nous venons d'exposer, mais surtout de la prépondérance qu'acquièrent quelques-uns d'entre eux, ont fait qu'on lui a décrit des formes très nombreuses.

Sans rappeler la nomenclature inépuisable de Arndt, disons que M. Bouveret présente comme types : la neurasthénie *féminine*, la neurasthénie *traumatique*, la neurasthénie *commune*, et distingue de plus une forme *cérébrale* ou cérébrasthénie, une forme *spinale* ou myélasthénie, et une forme *aiguë*.

M. le professeur Pitres, de son côté, admet : 1° la forme *cérébrale* ; 2° la forme *spinale* ou rachialgique ; 3° la forme *névralgique* ; 4° la forme *cardialgique*, 5° la forme *gastro-intestinale*, 6° la forme *génitale*.

Nous proposerons, quant à nous, une nouvelle division qui, bien que moins complexe, fera place cependant à une certaine catégorie de faits qui ne nous paraissent pas avoir été, jusqu'ici, suffisamment différenciés : les neurasthénies *locales*.

Nous considérons qu'on peut se borner à séparer deux formes, selon qu'il n'y a pas, ou qu'il y a prédominance excessive d'un syndrome. Dans ce dernier cas, alors, nous admettons que le syndrome prédominant détermine une variété, en rapport avec la localisation qu'il paraît révéler. Le tableau suivant rend compte de cette division.

NEURASTHÉNIE	*sans* prédominance excessive d'aucun syndrome.			*N. générale.*
	avec prédominance d'un syndrome relevant plus particulièrement...	de l'appareil nerveux *central*	cérébral. . .	*N. cérébrale.*
			spinal. . . .	*N. spinale.*
			sympathique.	*N. sympathique.*
		de l'appareil nerveux *périphérique*.		*N. locale.*

1. *Neurasthénie générale.* — Nous rangeons dans cette catégorie ces cas, assurément les plus fréquents, dans lesquels l'association des symptômes offre un tableau uniforme, et tel, en quelque sorte, qu'aucun d'eux ne prédomine manifestement sur les autres. Ces cas sont, en réalité, les plus vulgaires et les plus répandus. Nous en ferons une description sommaire à titre d'exemple et comme terme de comparaison.

Il s'agit, le plus souvent, d'un sujet d'une trentaine d'années, qui a souffert de peines morales ou a subi des excès de travail. Il a maigri et pâli, il éprouve de la difficulté à se livrer à tout effort. Il se sent faible, fatigué. Il éprouve une douleur de tête presque continue, dont il indique le siège en désignant sa nuque, dans laquelle, du reste, il ressent des craquements. Il craint d'être au début d'une affection cérébrale, d'autant que son sommeil est presque perdu. De plus, son appétit est diminué, les digestions sont lentes, l'estomac se gonfle au point de l'obliger à desserrer ses vêtements ; elles s'accompagnent d'éructations, de bouffées de chaleur au visage. Si l'on vient à l'interroger, il n'est aucun des grands appareils où le malade n'accuse quelque irrégularité. Au cœur, il a des douleurs et des palpitations ; la respiration se fait mal, avec effort ; l'intestin est paresseux ; la puissance génitale est très diminuée... Toutefois, l'examen objectif ne révèle guère qu'une diminution de la force musculaire dynamométrique : la sensibilité est presque normale, sinon que la pression des apophyses lombaires est douloureuse ; les appareils des sens n'offrent aucune anomalie ; les réflexes tendineux sont conservés. Le pouls est peut-être irrégulier, augmenté de fréquence, mais l'auscultation ne démontre l'existence d'aucun signe de lésion organique. Quant à l'exploration des poumons, elle est négative ; et seul peut-être, l'appareil digestif présente une légère dilatation de l'estomac, qu'on ne peut rendre responsable de l'ensemble symptomatique éprouvé par le sujet.

2. *Neurasthénie cérébrale.* — Dans cette variété, comme dans les suivantes, les symptômes paraissent ressortir plus particulièrement à l'un des départements du territoire nerveux.

La forme *cérébrale* peut revêtir une apparence *hémiplégique*, ainsi que l'a signalé Beard (hémi-neurasthénie) et que l'a établi M. Charcot : dans ce cas, la céphalée et l'affaiblissement de la motilité occupent le même côté du corps. Les diverses paresthésies, sensations de fourmillement, crampes, etc., sont également unilatérales. Il en résulte parfois de grandes difficultés pour le diagnostic.

La neurasthénie cérébrale (cérébrasthénie) survient, le plus souvent, chez les *intellectuels*, elle correspond au *surmenage* dans le sens habituel du mot. Elle s'accompagne plus rarement des troubles de la nutrition : amaigrissement, pâleur, que nous avons signalés plus haut ; les phénomènes gastriques sont réduits à leur plus faible expression, et n'existent pas, en bien des cas.

Ce qui domine alors, c'est la fatigue cérébrale, la sensation de vide dans la tête, l'impossibilité de tout travail intellectuel. La conversation, elle-même, devient rapidement pénible, les tendances hyponchondriaques sont presque constantes. Le caractère se modifie ; le malade est triste, préoccupé, fuit la société. Son émotivité et son irritabilité sont extrêmes.

De plus, la céphalée est constante avec ses caractères et son siège habituels ; elle acquiert même parfois, dans ces cas, un degré d'intensité pouvant faire craindre l'existence d'une tumeur cérébrale. L'insomnie est fréquente, tourmentée de rêves pénibles. Les vertiges, enfin, complètent le tableau symptomatique. Cette forme est parfois longue et rebelle aux divers traitements.

3. *Neurasthénie spinale.* — Cette variété, qu'on a appelée *myélasthénie*, et qui répond aussi à l'*irritation spinale*, est souvent consécutive à des excès vénériens. Elle diffère un peu chez l'homme et chez la femme, bien qu'il s'agisse surtout, dans l'un et l'autre cas, de douleurs rachialgiques et de troubles de la sphère génitale.

Chez l'homme, on constate la rachialgie, l'affaiblissement des membres inférieurs, souvent compliqué de la sensation de dérobement des jambes. De plus, il existe habituellement de l'impuissance plus ou moins complète, accompagnée de spermatorrhée.

Chez la femme, la rachialgie irradie le plus souvent, gagne le ventre sous forme de douleurs péri-utérines ou ovariques ; il peut exister aussi du prurit vaginal.

C'est à cette forme spinale que doit être rapporté le type morbide qu'on a décrit à tort sous le nom de *pseudo-tabes neurasthénique*. On observe, dans ces cas, des douleurs simulant plus ou moins les douleurs fulgurantes, quelquefois des crises viscérales et une démarche plutôt vertigineuse que franchement ataxique (1).

4. *Neurasthénie sympathique.* — On comprend aisément

(1) Voir, sur le pseudo-tabes neurasthénique, notre Revue sur ce sujet, *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 321.

que nous réunissions ici les cas dans lesquels ont prédominé les troubles de l'un des divers appareils cardiaque, gastrique (neurasthénie cardialgique, gastro-intestinale de Pitres), respiratoire (neurasthénie viscérale de Huchard), qui tirent en partie leur innervation de ce système.

Nous y comprenons aussi une variété très intéressante, que M. Charcot nous a signalée, et dans laquelle ce sont les troubles de la nutrition (neurasthénie *trophique*, pourrait-on dire?) qui dominent.

La forme de neurasthénie dans laquelle les troubles *cardiaques* sont prépondérants reconnaît comme type l'angine de poitrine neurasthénique de M. Huchard (1). Il s'agit là d'une angine de poitrine bénigne, qui a des caractères particuliers. L'angoisse est moins vive, les irradiations moins régulières ; elles manquent parfois, ou bien siègent à droite et des deux côtés. Elle est souvent nocturne, se répète très souvent, s'accompagnant de palpitations et de sensations diverses. En somme, les crises cardialgiques ont des allures « tapageuses », alternent avec des accidents nerveux, ont enfin une fréquence et parfois une sorte de périodicité qui les distinguent bien de l'angine vraie.

C'est aux cas où dominent les signes de l'appareil digestif que nous rapportons l'*entéroptose* de M. Glénard. Les *principaux* symptômes fonctionnels et physiques, relatés par cet auteur, seraient les suivants :

1° Symptômes *asthéniques* (faiblesse, lassitude habituelle, faiblesse d'estomac, faiblesse des reins);

2° Symptômes *mésogastriques* (délabrement, talement, bâillement, tiraillement, serrement, poids, creux, vide, fausse faim, qui sont tous synonymes);

3° Symptômes *gastriques* (flatulence, étouffement, gonflement, oppression, vapeurs, bouffées, bâillement, douleur, aigreur, crampe, brûlure, vomissement).

Les symptômes asthéniques et mésogastriques présentent les uns et les autres une étroite connexité avec ces quatre caractères suivants, qui leur sont toujours associés :

1° Réveil à deux heures du matin, puis malaise et insomnie plus ou moins marqués ;

2° Exacerbation ou apparition des malaises au lever et à trois heures du soir ;

3° Relation constante, marquée ou non des malaises avec la nature de l'alimentation (aggravation des malaises par les graisses, fécules, acides, légumes, crudités, le vin, le lait);

4° Irrégularité et insuffisance des selles (constipation, diarrhée, alternance).

Pour ce qui concerne les signes physiques, l'exploration méthodique du mésogastre décèle quatre signes importants : 1° flaccidité de l'abdomen (diminution de tension, ballonnement ; ventre en besace, gourde, bissac, bateau) : HYPOTASE abdominale ; — 2° prolapsus, abaissement de la masse intestinale : ENTÉROPTOSE, et accessoirement comme signes contingents, prolapsus viscéraux tels que rein flottant, *néphroptose*, foie mobile, *hépatoptose*, rate mobile, *splénoptose* ; — 3° étroitesse du colon (boudin cæcal rénitent et sensible, cordon sigmoïdal, corde colique transverse, et comme conséquence, battements épigastriques) : ENTÉROSTÉNOSE. — 4° clapotement gastrique par abaissement et flaccidité de l'estomac : GASTROPTOSE et ATONIE GASTRIQUE.

Dans le chapitre que nous consacrerons à la pathogénie, nous aurons à nous demander si, comme le prétend M. Glénard, l'*entéroptose* peut s'attribuer la majeure partie des cas de neurasthénie, ou si, au contraire, selon notre avis, elle ne constitue qu'une simple variété de cette névrose.

(1) HUCHARD. *Maladies du cœur et des vaisseaux*, Paris 1889, p. 581.

Ajoutons que Glatz (1) a constaté, par l'examen objectif, la suppression de la sécrétion du suc gastrique, dans un grand nombre de cas de neurasthénie gastrique : dans un fait que nous avons observé et où M. le professeur Charcot a confirmé notre diagnostic de neurasthénie (démontré par l'évolution ultérieure de la maladie), l'analyse du contenu de l'estomac, pratiqué par M. Durand-Fardel, a montré l'absence d'acide chlorhydrique, d'acide lactique et de peptones.

La variété que nous avons appelée *trophique* de la neurasthénie, offre cette particularité, que ce qui domine alors, c'est l'état de déchéance, de cachexie presque du malade. Il existe, dans ces cas, un affaiblissement général très marqué, un amaigrissement réel — le poids du corps diminue parfois assez rapidement dans des proportions notables —, et une teinte pâle, terreuse des téguments. Si l'on joint à cela quelques phénomènes douloureux plus ou moins localisés, on verra que la confusion est extrêmement facile avec la cachexie cancéreuse. Mais on constate aussi les variétés assez rapides du poids du corps, la conservation de l'appétit, l'absence habituelle de vomissements, la durée prolongée, enfin, de cet état avec les alternatives que nous signalions.

5. *Neurasthénie locale.* — Cette forme, que nous n'avons pas trouvée décrite dans les auteurs, du moins en tant que type distinct, et qu'on pourrait appeler aussi neurasthénie *partielle*, *dissociée*, est caractérisée par cela que les malades qui en sont atteints, ont bien, il est vrai, les tares héréditaires et l'état mental ordinaire des neurasthéniques, mais n'accusent qu'une seule souffrance très localisée.

On pourrait, croyons-nous, comparer légitimement cette forme à l'hystérie dite *mono-symptomatique*, dans laquelle il n'existe, comme on sait, qu'un seul symptôme : contracture, vomissements, etc., à l'exclusion de tout autre, et dire que la neurasthénie revêt, dans les cas dont nous parlons, la même apparence *mono-symptomatique*.

En raison de l'extrême variété des signes subjectifs accusés par les neurasthéniques, chacun de ceux-ci étant susceptible, en somme, de se présenter ainsi à l'état d'isolement — *dissocié* — on conçoit que les aspects de cette forme sont très nombreux.

Le plus habituellement c'est d'une *douleur* localisée qu'il s'agit. Le malade, si c'est un homme, se plaint d'une douleur abdominale ou lombaire, douleur plus ou moins intense, atroce dans quelques cas, dont le siège ne correspond à aucune zone anatomiquement ou physiologiquement délimitée. La paresthésie peut être en rapport d'apparition avec certains actes physiologiques, digestion ou coït.

Une femme demandera conseil pour une plaque douloureuse siégeant au niveau d'un sein, sans substratum pathologique invocable après exploration. On observera d'autres fois des douleurs de la langue, l'obsession dentaire (Galippe), des plaques douloureuses entre les sourcils, sur les membres, sans aucun autre signe morbide. Dans la plupart des cas de ce genre, sur lesquels notre attention a été attirée, l'exploration nous a fait découvrir des altérations peu intenses mais très nettes de la sensibilité (analgésie plutôt qu'hyperesthésie), au niveau de ces régions doulou-

(1) GLATZ. *De la dyspepsie neurasthénique*, Genève 1889.

reuses. Cette forme (comme son analogue hystérique) est en général extrêmement tenace.

3° *Associations.* — La neurasthénie s'associe de diverses façons avec un grand nombre d'autres névropathies et, en particulier, avec : l'*hystérie*, l'*ataxie locomotrice progressive*, la *maladie de Basedow* et la *paralysie générale.*

Il peut arriver que l'une ou l'autre de ces affections se développe chez un sujet déjà neurasthénique, ou aussi que la neurasthénie se montre en même temps que l'hystérie et le goître exophthalmique, ou, enfin, qu'elle n'apparaisse qu'au cours de la myélopathie.

Parmi ces rapports, les plus intéressants à relever sont ceux que la neurasthénie affecte avec l'hystérie, avec l'hystérie de cause traumatique, en particulier. Cette question a été, comme nous l'avons dit, très complètement élucidée par les derniers travaux de M. le professeur Charcot, qui ont démontré, à l'aide de l'analyse clinique, que la prétendue névrose traumatique ne représentait, le plus souvent, qu'un mélange à doses variables de neurasthénie et d'hystérie, que notre maître désigne sous le vocable « d'hystéro-neurasthénie ».

Il est à remarquer qu'avant que ne se développe le tableau complet de l'hystéro-neurasthénie, on note fréquemment une sorte de phase prémonitoire, période d'incubation souvent assez longue, qui n'est guère marquée que par des accidents neurasthéniques légers. L'hystérie se révèle alors sur ce fonds neurasthénique, donnant à la maladie des caractères bien tranchés, mais qui, malgré leur combinaison, n'en peuvent pas moins être rapportés chacun à leur névrose originelle.

Les formes de neurasthénie qui se combinent, dans ces cas, le plus ordinairement à l'hystérie, sont les variétés cérébrale et spinale : phénomènes psychiques, dépression mentale, idées sombres, absence de volonté, émotivité, insomnie, céphalée, ou encore affaiblissement des fonctions sexuelles, pertes séminales, plaque sacrée.

Lorsque la neurasthénie s'associe au tabès, il est relativement rare que la névrose précède la myélopathie, et, le plus souvent, elle s'installe alors que cette dernière s'est développée depuis quelque temps. Elle acquiert généralement dans ces cas un caractère de ténacité rebelle, et se montre surtout sous la forme cérébrale : idées tristes et préoccupations hypochondriaques.

Le goître exophthalmique se complique souvent aussi de neurasthénie, mais la coexistence des deux névroses n'offre alors aucune particularité notable.

Lorsque la neurasthénie précède la paralysie générale, ce qui n'est pas exceptionnel, elle peut, grâce aux phénomènes psychiques qui lui sont propres, masquer le début de la méningo-encéphalite et exposer à de fâcheuses erreurs de diagnostic. Aussi importe-t-il d'être prévenu de l'éventualité de cette succession.

IV

Marche. Durée. Terminaison. — Au point de vue de sa marche, on a décrit à la neurasthénie une forme aiguë (Bouchut, Bouveret), à laquelle M. Huchard croit devoir rattacher les faits de fièvre nerveuse, proprement dite, signalés par les auteurs. Nous pensons que les observations auxquelles il est fait allusion ici commandent une extrême réserve. Si la neurasthénie aiguë existe, elle est certainement extrêmement rare.

Dans la très grande majorité des cas, la neurasthénie, même lorsqu'elle survient à la suite d'un traumatisme, débute lentement et suit une marche continue avec alternatives d'aggravation et d'amélioration donnant à la maladie une sorte « d'allure circulaire » [Déjerine (1)]. Elle dure ensuite longtemps, des mois et des années.

Tous les cas sont susceptibles d'amélioration, et, la plupart, de guérison complète, d'autres persistent.

Les neurasthénies héréditaires et tenaces peuvent se terminer par un état hypochondriaque irrémédiable. De plus, l'état de déchéance générale des neurasthéniques les rend plus vulnérables aux causes extérieures qui peuvent entraîner la mort.

Il faut savoir aussi que la neurasthénie, tout à fait guérie en apparence, reste parfois *latente*, imprimant seulement un cachet spécial aux affections quelles qu'elles soient qui peuvent survenir ultérieurement.

V

Pronostic. — On voit par ce qui précède que le pronostic de la neurasthénie n'est pas grave *quoad vitam.* D'autre part, la guérison est le plus souvent possible : cependant la neurasthénie est tenace, rebelle au traitement, empêche le patient de se livrer à ses occupations, et peut, enfin, durer indéfiniment, toutes considérations qui atténuent d'autant la bénignité du pronostic.

A ce point de vue, on peut diviser les neurasthéniques en deux catégories : les primitifs et les héréditaires. Dans le cas où il s'agit de neurasthénie acquise, la guérison est la règle. Dans le second cas, on a affaire à la neurasthénie héréditaire, vésanique, pourrait-on dire, qui est le plus souvent incurable.

On considérera aussi que la neurasthénie peut conduire à la morphinomanie et au suicide, et qu'elle constitue une tare nerveuse qui est susceptible d'entraîner chez la descendance le développement de diverses maladies nerveuses.

VI

Diagnostic. — Si nous devions établir le diagnostic de la neurasthénie avec toutes les maladies qui ont été confondues, avec plus ou moins de raison, avec elle, nous devrions passer en revue la plus grande partie de la pathologie tant interne qu'externe. Nous nous bornerons à signaler ceux des états morbides qui prêtent plus particulièrement à la confusion.

Parmi les affections nerveuses qui sont dans ce cas, nous citerons : la paralysie générale et les tumeurs du cerveau en ce qui concerne l'encéphale, l'ataxie locomotrice pour ce qui regarde la moelle, l'hystérie et l'hypochondrie dans le domaine des névroses.

La dépression mentale, l'affaiblissement de la mémoire, les tendances mélancoliques peuvent faire croire à un début de *paralysie générale.* On sera rassuré jusqu'à un certain point à cet égard par l'absence de troubles pupillaires, d'embarras de la parole et de tremblement; mais souvent il sera nécessaire de maintenir le malade quelque temps en observation pour que l'évolution ultérieure fixe le diagnostic.

(1) Dejerine. Thèse d'agrégation, Paris 1886, p. 167.

Les vertiges et la céphalée donneraient aisément l'idée d'un *néoplasme cérébral*, mais l'absence d'altérations oculaires, les caractères spéciaux du mal de tête dans les deux cas ne permettront pas une longue hésitation. Si le malade neurasthénique est en même temps syphilitique, la difficulté sera plus grande, bien que les manifestations neurasthéniques cérébrales et gastro-intestinales permettent, dans ce cas, aussi d'éviter l'erreur.

La création du pseudo-tabès neurasthénique montre que certaines apparences cliniques ont fait penser au *tabès*. Toutefois, les douleurs n'ont pas l'intensité et les autres caractères des douleurs fulgurantes. Les réflexes rotuliens ne sont pas abolis dans la neurasthénie, et on n'y constate pas de troubles oculaires. De plus, les phénomènes viscéraux ne ressemblent en aucune façon aux crises des ataxiques.

L'*hystérie*, même lorsqu'elle s'associe à la neurasthénie, s'en distingue, soit par ses crises convulsives, soit par la présence de ses stigmates : hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, ou anesthésies segmentaires, zones hystérogènes, rétrécissement du champ visuel, insensibilité du pharynx, etc.

Quant à l'*hypochondrie vésanique* elle se différenciera par la fixité et l'intensité des préoccupations morbides, et l'impuissance absolue de toute espèce de raisonnement pour les modifier.

« Doit-on, se demande M. Huchard, faire le diagnostic de la neurasthénie avec une forme de rhumatisme qu'on appelle le *rhumatisme vague* ou *nerveux?* Le diagnostic devient plutôt un parallèle, car nous avons la conviction que les deux maladies se confondent presque toujours, et qu'elles ne forment qu'un seul et même état morbide. »

Les troubles gastriques de la neurasthénie peuvent faire confondre la névrose avec une maladie organique de cet organe : *gastrite* ou *cancer*. L'erreur est d'autant plus à craindre, qu'ainsi que nous l'avons dit, l'examen objectif de la digestion montre souvent la diminution et même l'absence de suc gastrique, comme dans les gastropathies véritables. On se basera alors sur l'absence de vomissements dans la neurasthénie, sur la durée de la maladie, sur les alternatives d'amélioration et d'aggravation, enfin, sur l'absence de tumeur et d'adénopathie ganglionnaire.

Nous ne reviendrons pas sur les signes qui permettent de différencier l'angine de poitrine vraie, de l'angine de poitrine neurasthénique, et que nous avons exposés plus haut.

VII

NATURE ET PATHOGÉNIE. — La neurasthénie n'a pas actuellement une anatomie pathologique qui lui soit propre, car nous ne saurions admettre qu'elle dépende du substratum anatomique, invoqué par M. Glénard et constitué par des lésions du tube digestif. Celles-ci, en les supposant susceptibles de provoquer des symptômes de neurasthénie, éventualité que nous allons examiner, n'agiraient, en tout cas, que d'une façon indirecte par les modifications de l'état général et, par suite, du système nerveux en particulier, qu'elles entraîneraient.

Aussi, manquant du terrain solide des constatations nécroscopiques pour y édifier une pathogénie, nous n'indiquerons qu'avec réserve les conceptions de cette nature que nous paraît autoriser la manière d'être clinique de cette affection.

Nous pensons, tout d'abord, avec M. le professeur Charcot, que la neurasthénie est « une espèce morbide dont la fixité nosographique ne saurait être contestée, puisqu'on la voit conserver son individualité dans les circonstances très variables où elle peut se développer (1) ». Il nous semble également vrai qu'on lui peut appliquer cette assertion de M. Huchard à savoir que, « dans la plupart des cas, la neurasthénie est une névrose arthritique (2) ». Nous croyons, enfin, que, malgré la diversité des apparences, qui *seules* nous ont guidé dans la classification clinique que nous avons proposée, la neurasthénie est une névrose à *siège cérébral* en tous les cas.

Sa caractéristique est l'affaiblissement de l'énergie des diverses fonctions cérébrales.

Les sujets atteints de neurasthénie sont, en général, peu suggestibles, surtout si on les compare aux hystériques chez qui la suggestibilité constitue un des caractères primordiaux de l'état mental. Les hystériques ont une perversion, les neurasthéniques une *catalepsie* de la volonté, selon l'expression de M. Huchard. A quoi tient cette différence, qui peut expliquer, jusqu'à un certain point à notre avis, la psychologie du neurasthénique, capitale, en somme, dans cette question de pathogénie?

Chez l'hystérique, c'est en raison d'une sorte de rétrécissement du champ de la conscience, que l'idée acquiert une intensité qui la rend dominante; c'est relativement à cette concentration de l'activité consciente, que les autres parties du cerveau *paraissent déprimées*, alors qu'elles ne sont qu'*inactives*. Le neurasthénique, au contraire, n'est pas capable de réaliser une idée forte, en raison d'une dépression réelle de toutes les parties de son intellect. S'il perçoit et surtout conserve si longtemps des images sensitives plus ou moins intenses, et qui l'obsèdent, c'est à cause du fonctionnement défectueux des appareils ordinairement automatiques et silencieux qui président aux fonctions organiques.

S'exerçant dans le domaine plutôt intellectuel, cet affaiblissement détermine la forme cérébrale. La diminution du pouvoir régulateur exercé normalement par le cerveau sur les autres parties du système nerveux, moelle, sympathique, rend compte de l'existence des formes *spinales* et *sympathiques*. Les fonctions viscérales en particulier, qui d'habitude s'accomplissent inconsciemment, deviennent conscientes et provoquent par là même toute une série de sensations anormales. Quant aux formes *monosymptomatiques locales*, elles sont créées par un mécanisme analogue, et résultent de la persistance dans la mémoire d'images sensitives erronées, et extériorisées.

Quels sont les rapports qu'affecte, selon cette manière de voir, l'entéroptose avec la neurasthénie? Le fait de la coexistence des prolapsus viscéraux et des phénomènes nerveux d'une part, étant mis hors de doute, de même que la disparition des signes de neurasthénie à la suite du traitement de la splanchnoptose, d'autre part, plaident évidemment en faveur de la subordination de l'une à l'autre. L'entéroptose agirait, selon M. Glénard, en déterminant de l'atrésie de l'intestin, et consécutivement de l'atonie gastrique.

Sans nier les relations de l'entéroptose et de la neurasthénie, il ne nous paraît pas admissible que les troubles méso-gastriques puissent être considérés comme les élé-

(1) CHARCOT. *Policlinique*, 1888-1889, 12e leçon, p. 260.
(2) HUCHARD. *Traité des névroses*, p. 902.

ments étiologiques *spécifiques* de la névrose. Il est, tout d'abord, très fréquent d'observer des neurasthéniques chez lesquels on ne constate aucun des signes objectifs de M. Glénard, et même chez lesquels les symptômes gastriques sont très peu accusés. De plus, certaines neurasthénies se développent plus ou moins rapidement à la suite de surmenage psychique, d'émotions ou de traumatisme, toutes causes qui ne provoquent pas d'habitude de désordres intestinaux mécaniques. L'influence héréditaire, enfin, est souvent incontestable au point de vue pathogénique, de même que les terminaisons favorables, sans la mise en jeu d'une thérapeutique intestinale, ne sont pas rares.

Il nous paraît donc plus acceptable à cet égard que c'est par les désordres généraux de la nutrition inhérents à l'atonie gastrique, qui sont la conséquence la moins douteuse de l'entéroptose, que ce désordre joue son rôle étiologique, rôle ainsi réduit à celui d'un agent provocateur.

La pathogénie de la neurasthénie soulève encore une dernière question. Il s'agit là de cette conception, selon laquelle on a considéré l'état neurasthénique, comme le premier échelon dans la famille neuropathique, comme « le terrain éminemment favorable sur lequel vont germer et se développer, dans les générations suivantes, les plus graves des maladies nerveuses » (Bouveret). Cette idée a surtout été développée par Mœbius (1), puis reprise et adoptée par M. Déjerine (2). « La tendance actuelle, dit ce dernier auteur, est de voir dans la plus commune, la plus banale des névroses, dans la neurasthénie, le point de départ de toutes les affections du système nerveux, la souche de cette grande famille neuro-pathologique... C'est la neurasthénie qui, lui fournissant sans cesse de nouveaux aliments, s'oppose à l'extinction de cette dernière, de par les lois fatales de l'hérédité convergente, combinée avec les états de dégénérescence. »

VIII

Traitement. — Il est nécessaire, avant d'exposer les règles thérapeutiques qui conviennent aux diverses formes de la neurasthénie, de formuler au préalable certaines considérations d'ordre général.

Non seulement la maladie offre une résistance considérable à toutes les médications, mais, de plus, les malades présentent à l'égard des médicaments des réactions particulières. Dans quelques cas, les agents *thérapeutiques* ne produisent pas leurs effets accoutumés ; dans d'autres cas, ils provoquent des réactions extraordinaires. « En un mot, il s'agit souvent, comme le dit M. Huchard (3), d'une véritable *ataxie thérapeutique*, puisque, dans la neurasthénie, le réactif, c'est-à-dire l'organisme, ne répond pas ou répond mal à l'action des substances chimiques ou médicamenteuses. »

S'il faut donc se garder d'abuser des drogues, il est non moins nécessaire, pour assurer le succès du traitement, que le médecin sache inspirer confiance au malade et prendre sur lui une grande autorité. A ce propos, il convient sans doute de se demander jusqu'à quel point l'hypnotisme et la suggestion sont indiqués ici.

(1) Mœbius. Ueber Nervœse Familien, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, Berlin 1884.

(2) Dejerine. *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*, Thèse conc., 1886, pp. 170 et 226.

(3) Huchard. Loc. cit., p. 907.

Pour nous, il n'est pas d'exemple plus probant que celui de la neurasthénie, pour montrer les bornes de l'hypnose au point de vue thérapeutique. Ne semblerait-il pas, en effet, *à priori*, que, dans cette affection psychique et dynamique par excellence, la suggestion hypnotique dût faire merveille ?

En réalité, il n'en est rien ; très peu de neurasthéniques sont hypnotisables, de l'aveu même de M. le professeur Bernheim (1). L'état mental du neurasthénique, tel que nous l'avons décrit nous paraît rendre compte, du reste, de ce fait d'observation. Nous devons dire, toutefois, que M. Bernheim a rapporté quelques exemples de guérison d'affections qu'il appelle *neurasthéniques* ; mais dans la plupart de ces cas, il ne semble pas qu'il s'est agi de neurasthénie à proprement parler. Aussi, pensons-nous que la suggestion *hypnotique* ne peut figurer dans les méthodes thérapeutiques usuelles de la neurasthénie, et ne rendra guère de services que dans des cas exceptionnels.

Dans la neurasthénie *commune* et *bénigne*, le traitement hydrothérapique associé à l'emploi du fer et du bromure de potassium est en général suffisant.

Dans les formes *graves*, on aura recours avec succès à la méthode de Weir Mitchell, qui consiste, comme on sait, dans l'isolement, le repos absolu, le massage, la faradisation et la suralimentation.

Dans les cas où l'on constatera de l'*entéroptose*, on sera autorisé à appliquer au sujet la méthode, employée avec succès, par M. Glénard et que nous rappelons succinctement : 1° usage de la sangle pelvienne, jour et nuit ; 2° régularisation des évacuations intestinales, laxatif quotidien ; 3° alimentation comprenant quatre repas : un potage au pain ou café au lait le matin ; un repas de viande de bœuf ou de mouton rôtis, et d'œuf à la coque avec pain, à onze heures ; un goûter à quatre heures avec pain et confiture ou thé ; à six heures et demie, repas comme celui de onze heures ; comme boisson de l'eau alcaline ou de la bière ; 4° alcalinisation, bicarbonate de soude ou eau de Vichy ; 5° hydrothérapie sous forme de douches froides, de vingt à trente secondes.

Aux formes locales monosymptomatiques, nous avons opposé avec succès la faradisation localisée au siège des phénomènes douloureux, faite à l'aide du pinceau électrique.

Si nous ajoutons, comme agents connus, l'extrait fluide de kola (15 à 40 gouttes) à l'intérieur, préconisé par M. Huchard, et les pratiques d'électrisation statique, souvent prescrites par M. Charcot, nous aurons exposé la plupart des modes thérapeutiques, ou du moins ceux dont l'application isolée ou la combinaison sont, le plus souvent, utilement employés.

(1) Bernheim. *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, Paris 1891, p. 221.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

49

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33

Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer; — de chaux..................; Chlorure de sodium..................; Matières organiques.................. } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altérations; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

50

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

74

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : DE 1 A 4 CUILLERÉES A SOUPE DANS UN PEU D'EAU.

Phie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

INSOMNIE

EXTRAIT D'UN ARTICLE PUBLIÉ DANS LE

"MEDICAL PRESS AND CIRCULAR"

de Londres

PAR

LE Dr WARREN-BEY

M.D., C.M., LL.D.,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Il n'est point nécessaire de prouver l'efficacité du BROMIDIA à ceux qui ont l'habitude de le prescrire. Le BROMIDIA, en effet, s'impose de lui-même par son action sûre, certaine et inoffensive. Le malade et le médecin en sont tous deux émerveillés et enchantés. Le corps médical, de son côté, a, au moins, la certitude d'avoir sous la main un médicament presque infaillible et pouvant être considéré comme doué de propriétés spéciales.

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON

DE

BROMIDIA

seront envoyés franco sur demande

aux Médecins.

DÉPOT GÉNÉRAL

Pour la France et ses Colonies :

ROBERTS & Co,

PHARMACIENS-DROGUISTES

5, RUE DE LA PAIX, 5

PARIS

Prix au public : 5 francs.

41

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

37

MÉDICATION ANALGÉSIQUE

EXALGINE

FABRIQUÉE PAR BRIGONNET ET NAVILLE
La Plaine St-Denis (Seine).

S'emploie à la dose de 40 à 80 centigrammes en 24 heures (cachets ou potion), contre l'élément douleur dans toutes les névralgies.

Echantillon et brochure gratis sur demande.

72

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

39

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 3 francs par semaine. GAZ, 2 f. 50 le ballon de 30 litres.— Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** fr. Phie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

13

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds,* on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.**—Dépt: VERNE, phien, Grenoble (France), et ds les princip. phies de France et de l'Étranger.

N° 47. — MARDI 21 AVRIL 1891. 64e ANNÉE. MARDI 21 AVRIL 1891. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hospice de la Salpêtrière. Les troubles psychiques des dégénérés héréditaires. — Chirurgie pratique. — Société de Chirurgie. — Variétés. Le personnel médical subalterne dans les hôpitaux scandinaves. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 20 avril 1891.

Nous avons publié dernièrement l'arrêté de la Faculté, modifiant le stage obstétrical. Cette réforme qui n'est, nous l'espérons du moins, que le commencement d'autres plus importantes, n'a pas été sans soulever quelques vives protestations. C'est le propre de toutes les modifications heureuses ou malheureuses qui troublent un ordre de choses dès longtemps établi. Ce n'est qu'à l'usage que les dispositions nouvelles peuvent se juger dans leurs détails, et le temps devra y apporter pour les améliorer de nouvelles transformations; mais nous ne pouvons qu'applaudir à deux mains à cette tentative d'organisation de l'enseignement pratique des accouchements.

Puisque la Faculté prend pour ses deux professeurs spéciaux le monopole de l'Enseignement officiel de l'obstétrique, on se demande pourquoi elle se dégage de la sorte, lorsque, voulant réorganiser le stage médical et chirurgical, elle va en dehors d'elle, presque sans contrôle reconnu, confier, à 18 ou 20 médecins ou chirurgiens, le soin d'enseigner à ses élèves les notions pratiques de l'art médical? Si les 2 professeurs d'obstétrique sont capables d'enseigner à eux seuls à la masse des stagiaires, pourquoi les 8 ou 10 professeurs de clinique médicale et chirurgicale en seraient-ils incapables? Pourquoi la Faculté va-t-elle confier à d'autres l'enseignement dont elle a la charge? La réponse à cette question est délicate, et, en tous cas, elle constitue une vérité bien difficile à dire en son entier.

On prétend que l'organisation probable d'une école municipale n'est pas sans donner quelque ombrage, et la Faculté paraît espérer qu'en faisant des concessions, qu'en abandonnant une partie de son enseignement, elle pourra éviter une concurrence ou une rivalité qu'elle paraît redouter.

Nous n'avons pas à examiner le bon marché que la Faculté fait de ses professeurs agrégés, dans le nouveau programme qu'elle propose; ceci n'est point notre affaire. Il nous paraît seulement bizarre que la Faculté considère comme une non-valeur absolue toute cette partie de son personnel enseignant, car, dans son projet de réforme, elle n'en fait même pas mention. Il nous semblait que la Faculté avait en sa main tous les éléments pour enseigner, il paraît que nous nous trompions; car elle se déclare incapable à elle seule d'instruire la jeunesse médicale.

Peu nous importe d'ailleurs sur le dos de qui la Faculté entend faire des concessions, l'essentiel c'est que l'enseignement pratique de la médecine soit réorganisé, et réorganisé complètement.

Or, à notre avis, plus les sources d'enseignement seront larges et nombreuses, plus la masse des étudiants en tirera profit. Aussi, quelles que soient les concessions faites au corps médical des hôpitaux, si le conseil municipal inscrit dans son budget de nouvelles ressources pour doter de nouveaux maîtres, nous ne voyons pas ce qu'une Faculté bien dirigée pourrait y perdre, mais en revanche nous voyons ce que les élèves pourraient y gagner. Cette école rivale ne serait-elle pas à l'heure actuelle le stimulant désirable, dont les bons effets se font déjà sentir?

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Jules Voisin.

Les troubles psychiques des dégénérés héréditaires.

La malade que je désire vous présenter aujourd'hui offre à un degré encore atténué, mais sous une forme caractéristique, les principaux troubles psychiques dont sont atteints les dégénérés héréditaires. Elle est de plus un bel exemple, d'une part, de la transformation possible des affections nerveuses chez les descendants, de l'autre, de la coexistence relativement fréquente de névroses avec l'aliénation. Cette femme, âgée de quarante-sept ans, offre une généalogie morbide très chargée. Son père est mort, à trente-cinq ans, d'une affection mal déterminée, mais qui semble avoir été une affection nerveuse. Sa mère est morte d'hémiplégie. Parmi ses oncles paternels, on rencontre des affections médullaires, des affections de la peau, un cas d'idiotisme. Parmi ses oncles maternels, on trouve encore plusieurs maladies cutanées. De ses trois frères, l'un est mort en bas âge, l'autre est mort tuberculeux, le troisième offre un caractère plus que bizarre et est atteint de psoriasis. Vous vous étonnerez peut-être de l'importance que j'attache dans cette énumération morbide aux affections cutanées. C'est qu'en effet elles jouent un rôle véritablement très marqué dans les antécédents de nos malades et que leur coexistence fréquente avec les maladies mentales ou nerveuses

paraît actuellement bien établie. Pour résumer ses antécédents, en quelques mots, vous voyez donc qu'il y a chez notre malade hérédité simultanément directe et convergente.

Dès l'enfance, cette malade eut un caractère bizarre et difficile. Je ne saurais trop vous engager, dans les familles tarées au point de vue nerveux, à accorder une grande attention à ces premiers troubles, si légers, en apparence, du caractère. C'est en conseillant, dès le début si la chose est possible, une bonne direction, une véritable hygiène morale que vous pourrez entraver le développement presque fatal de ces troubles psychiques. A quinze ans, au moment de la puberté, elle eut quelques phénomènes légers et assez fugaces d'hystérie : sensation d'étouffement, d'étranglement, petites crises de nerfs. A trentre-cinq ans apparaissaient des phénomènes plus graves : attaques avec perte de connaissance et amnésie. Ces attaques ont depuis persisté et offrent le tableau caractéristique du petit mal. La malade est prise tout à coup d'une sorte de vertige, d'absence; elle pâlit, se lève brusquement, se met à marcher. Dans l'atelier où elle travaille, comme couturière, elle va d'ordinaire vers une armoire, l'ouvre, la bouleverse, puis tout à coup revient à elle stupéfaite, tout étonnée du désordre. Si on lui adresse des reproches, cette femme qui, d'ordinaire, est silencieuse et mélancolique, s'anime; elle ne comprend pas même qu'on songe à l'accuser; elle s'indigne plus que les autres ouvrières du bouleversement produit. Cette lueur d'animation aussitôt après l'absence offre un véritable intérêt.

C'est il y a six ans, en 1884, qu'apparurent les premiers troubles psychiques. Ce fut d'abord une maladie de la volonté, une véritable aboulie. Cette femme, très bonne ouvrière auparavant, n'avait plus le courage de coudre, d'enfiler même une aiguille. Bientôt elle cessait aussi de s'occuper de son ménage, elle ne se sentait même pas le pouvoir de se lever et de s'habiller le matin. Ce n'est qu'à force d'encouragements, en lui présentant ses habits, en l'aidant, qu'on parvenait à la décider. Quand elle se laisse aller à son inaction elle n'a pas d'angoisse. Mais quand on la sollicite, quand on l'excite à agir, elle est souvent prise d'une sensation d'anxiété, de terreur singulière : « Je ne peux pas, je ne peux pas! » vous répète-t-elle. Cette aboulie contraste, en effet, avec la conservation de l'intelligence; la malade sent qu'elle ne peut agir et s'en étonne; elle s'effraye même de ne pouvoir agir.

A ce premier symptôme s'en ajoutait bientôt un second, la perte du mot et la recherche angoissante du mot. Quand la malade parle sans émotion, elle s'exprime tristement, mélancoliquement, mais assez bien. Mais souvent elle s'arrête brusquement ne trouvant pas un mot, ou plutôt hésitant devant un mot, craignant de se tromper. Abandonnée à elle-même elle se tait, s'arrête d'ordinaire, mais si vous la pressez de questions, l'angoisse apparaît. Que vous lui fournissiez, au contraire, le mot qu'elle cherche et vous voyez sa physionomie se détendre, s'éclairer.

Chez d'autres dégénérés héréditaires, vous verrez cette recherche angoissante d'un mot, non seulement dans les paroles qu'ils prononcent, mais dans des phrases qu'ils entendent ou croient entendre. Ce mot qu'ils craignent d'oublier est, pour eux, une obsession. Ils prennent, pour qu'il ne leur échappe pas, des notes de toute espèce. S'ils viennent à l'oublier l'angoisse commence; ils le recherchent des jours et des nuits, feuilletant leurs notes, feuilletant le dictionnaire même, jusqu'à ce qu'ils l'aient retrouvé.

D'autres se préoccupent en même temps de conserver, dans leur esprit, la physionomie de la personne qui a prononcé le mot. J'ai vu une malade qui, pour y arriver, faisait, chaque fois que cette pensée lui venait, un petit signe de croix, auquel elle attribuait un pouvoir cabalistique. Mais l'obsession se compliquait chez elle de folie du doute. Elle s'arrêtait brusquement de temps à autre, anxieuse, disant : « Je ne l'ai pas fait assez tôt », ne retrouvant la tranquillité que lorsqu'elle était parvenue, après un moment de lutte, à faire ce signe qu'elle craignait d'avoir oublié.

Chez d'autres, enfin, vous verrez non plus l'onomatomanie, mais l'arithmomanie, la recherche angoissante et l'obsession d'un nombre. L'agoraphobie, la peur des espaces, est plus rare. Tous ces troubles psychiques peuvent coïncider ou alterner. Leur caractéristique principale est l'angoisse qui ne se retrouve que chez les dégénérés héréditaires et manque dans les mélancolies simples.

Quel est chez notre malade le pronostic? Il est doublement grave par les troubles psychiques et par le petit mal, mais grave surtout par le petit mal, si tenace, si rebelle à toute médication, plus difficile à combattre que la grande épilepsie, attaquant plus l'intelligence. Au point de vue psychique, notre malade est dans d'assez bonnes conditions; elle est chez une maîtresse qui lui porte intérêt, s'occupe d'elle, l'encourage; et ces encouragements de tous les instants sont une nécessité pour les dégénérés héréditaires. Jusqu'ici, l'internement de cette femme dans un asile n'est pas nécessaire; elle vient nous voir assez régulièrement; comme traitement, nous lui donnons des toniques et, en raison du petit mal, du bromure à hautes doses. Mais ce sont surtout nos encouragements, véritables suggestions à l'état de veille, qui ont contribué à l'améliorer. Elle travaille un peu et ce matin, fait important, elle est venue d'elle-même, sans rappel de sa maîtresse, à l'hôpital. A côté de cette suggestion à l'état de veille, la suggestion hypnotique peut parfois être utilement employée.

Chez des malades aisés, ces conditions d'encouragement par l'entourage, d'absence de tout effort, peuvent être encore mieux réalisées. Mais le pronostic reste sérieux : d'une part, parce que la moindre contrariété, le moindre choc réveillent souvent tous les troubles; de l'autre, parce que chez ces mélancoliques héréditaires apparaissent souvent, à la longue, des idées de suicide. C'est alors que l'internement devient une nécessité absolue, ces idées devenant vite des impulsions irrésistibles.

CHIRURGIE PRATIQUE

Nouveau procédé pour réduire facilement et sans anesthésie les luxations du fémur en arrière. — Le docteur Stimson (de New-York) a découvert un procédé simple et facile pour réduire les luxations du fémur sur l'os iliaque.

Voici, d'après la *Semaine médicale*, la manière de faire du chirurgien américain :

« Le premier malade, âgé de vingt-cinq ans, avait une luxation iliaque postérieure de la hanche droite. La cuisse droite se trouvait en flexion, adduction et rotation interne; son genou reposait sur la face antérieure de la cuisse gauche, un travers de main au-dessus du genou gauche. Le moindre attouchement à l'endroit lésé provoquait des douleurs intenses. M. Stimson plaça le malade sur le ventre, de façon que la moitié droite du bassin dépassât le bord du lit et que le membre inférieur droit se trouvât

suspendu, la cuisse gauche étant maintenue horizontale par un aide. La cuisse droite pendait verticalement, tandis que la jambe était fléchie à angle droit et soutenue dans l'articulation du pied. Après quelques minutes de cette suspension, les muscles se relâchèrent complètement, et un coup sec, porté de haut en bas, dans le creux du jarret, fit immédiatement rentrer la tête du fémur dans la cavité cotyloïde avec accompagnement d'un bruit caractéristique.

Le second malade de M. Stimson était âgé de cinquante-six ans. Sa luxation iliaque postérieure siégeait également à droite. On le maintint dans la même position que le malade précédent, en laissant pendre la cuisse droite, la jambe fléchie à angle droit dans l'articulation du genou et soutenue dans l'articulation du pied. Comme après deux minutes de cette suspension les muscles ne voulaient pas se relâcher, on eut l'idée de placer, dans le creux du genou du membre lésé, un sac de sable du poids de 2k500. On vit alors les muscles se relâcher peu à peu et au bout de deux minutes et demie la réduction complète de la luxation se produisit spontanément. »

Le docteur Dürr (de Halle) appliqua ce même procédé chez un enfant de cinq ans et obtint une réduction immédiate.

Sans aucun doute il convient d'enregistrer ce nouveau procédé; mais il serait peut-être exagéré d'en attendre des succès aussi fréquents que semble le croire notre confrère. Il en est des luxations de la hanche comme de beaucoup d'autres lésions chirurgicales, et l'on pourrait dire à propos d'elles ce qu'un accoucheur disait des accouchements : « Ils sont ou très faciles ou bien très difficiles. » La preuve en est dans la pratique journalière. Tous les chirurgiens ont, en effet, vu des luxations de la hanche se réduire à la moindre tentative, et des manœuvres, même inconscientes, ont été suivies de succès. Dans un cas, nous avons vu la réduction s'obtenir par une simple traction, le chirurgien, monté sur le lit, venait à peine de saisir la cuisse fléchie et de tirer sur elle; dans un autre cas, le malade, atteint de luxation ischiatique fort douloureuse, avait été péniblement descendu sur un matelas, reposant sur le parquet de la salle; on se proposait de faciliter ainsi les tractions à exercer. Grande fut la surprise du chirurgien en constatant, sur son malade à terre, que la luxation n'existait plus et avait été réduite par les simples manœuvres de descente du lit sur le matelas.

Mais il est loin d'en être toujours ainsi, et trop souvent les tentatives les mieux conduites ont été infructueuses entre les mains des chirurgiens les plus exercés.

Il faut donc, tout en enregistrant les heureux succès du procédé de Stimson, ne pas se hâter de conclure à sa fréquente efficacité. Sa simplicité est cependant une qualité, qui le recommande à l'attention des praticiens.

Dilatation forcée de la glotte dans le croup. — M. le docteur Renou (de Saumur) a communiqué, à la Société de médecine d'Angers, un travail des plus intéressants, dont voici les principales conclusions :

Le croup, l'étranglement croupal est, exclusivement, le fait de la contracture spasmodique réflexe de l'ensemble des muscles de la glotte ou sphincter laryngien.

Ce phénomène, qui a son analogue dans tous les autres sphincters, est un phénomène vital. L'autopsie ne montre, chez les enfants morts du croup, aucune cause d'obstruction du larynx, ni par les fausses membranes, ni par l'œdème. Il disparaît sous le chloroforme, il n'existe presque jamais dans l'état toxique de la diphthérie.

Il consiste dans une fermeture de la glotte, par les mêmes moyens que ceux qui produisent la phonation, c'est-à-dire par la contraction d'un plan musculaire, formant relief sous la muqueuse, rapprochant latéralement les cordes vocales jusqu'au contact.

Qu'il soit possible de glisser dans cette fente de la glotte contracturée les deux branches d'un dilatateur, de profiter de cette contracture et de l'élasticité latérale du larynx chez l'enfant, pour dilacérer le sphincter laryngien, comme on fait pour le sphincter anal, rompre de ce fait la contracture, cause de l'asphyxie, remplacer par cette intervention facile, en apparence, et bénigne, les dangers et les difficultés de la trachéotomie et du tubage, semble une chose théoriquement rationnelle et que l'expérience seule peut juger.

Ajoutons que M. Renou a mis son traitement à exécution dans un cas et a obtenu un merveilleux succès.

Des indications opératoires dans le traitement des salpingites. — Nous extrayons du livre de M. Delbet, sur les *Suppurations pelviennes*, le résumé suivant :

1° Les salpingites diagnostiquées purulentes, soit en raison d'une pyométrorrhée, soit en raison de la fièvre, réclament une intervention immédiate;

2° Lorsque la nature de la salpingite est cliniquement indéterminée, il ne faut entreprendre l'opération, si la tumeur est petite et mobile, qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la médication palliative.

Au contraire, si la tumeur est volumineuse et adhérente, il faut moins insister sur les moyens palliatifs et opérer plus rapidement;

3° Les salpingites, qui ont pour siège des trompes insuffisamment développées, ne comportent d'indications particulières que dans les cas exceptionnels où l'arrêt de développement a porté aussi sur les autres organes génitaux et sur le bassin;

4° La péritonite séro-adhésive développée par propagation, sans perforation ni rupture, n'est pas une contre-indication formelle à l'opération. Toutefois, elle doit engager à la différer; mais la crise terminée, il faut opérer sans retard;

5° Les péritonites, par rupture ou perforation, réclament impérieusement la laparotomie précoce;

6° Dans les cas de salpingites tuberculeuses, il n'y a pas d'autres contre-indications opératoires que celles qui sont tirées des autres lésions tuberculeuses ou de l'état général de la malade. La péritonite tuberculeuse ne contre-indique pas l'opération.

Traitement des adénopathies scrofulo-tuberculeuses par les injections interstitielles de naphtol camphré. — M. le docteur Reboul, dans le *Marseille médical*, vante les bons effets des injections intra-ganglionnaires de naphtol camphré. Voici les principaux passages de son travail.

L'asepsie absolue est toujours indispensable et l'on ne saurait trop prendre des précautions minutieuses pour éviter une infection mixte des ganglions. La seringue sera soigneusement stérilisée (1), l'aiguille flambée avant et après chaque injection ou chaque ponction aspiratrice.

Par simple prudence, il sera bon d'appliquer, immédiatement après l'intervention, un petit pansement occlusif, par exemple du coton au salol maintenu par du collodion. Ce petit pansement, qui a l'immense avantage d'être très occlusif et peu gênant, pourra être enlevé au bout de quelques heures, sauf dans les cas d'adénites suppurées ou ramollies.

La seringue étant chargée à moitié de naphtol camphré et l'aiguille bien purgée, fixant le ganglion avec les doigts de la main gauche et le faisant saillir le plus possible, on fait pénétrer l'aiguille dans la tumeur, puis on retire un peu le piston. Si le ganglion est ramolli, le pus afflue dans la seringue et, après avoir pratiqué autant de ponctions aspiratrices qu'il est nécessaire, on injecte du naphtol camphré en quantité variable, suivant le volume du ganglion, de quelques gouttes à un quart de seringue. Si, au contraire, la ponction est négative, on injecte de II à X gouttes du médicament, avec lenteur. Dans la même séance, on fait autant de piqûres qu'il y a de ganglions tuméfiés et, lorsqu'ils sont volumineux, plusieurs injections en divers

(1) Il est bon de remplacer le piston de cuir, rendu cassant par l'usage du naphtol, par un piston de coton ou d'ouate facile à renouveler et à maintenir aseptique.

points. Quand il s'agit d'une adénite suppurée avec inflammation de la peau, il faut évacuer le pus par l'aspiration, puis injecter le naphtol camphré. Dans ce dernier cas, un pansement soigneusement occlusif et compressif est indispensable, au moins pendant un jour ou deux après l'intervention. M. Reboul a observé, dans quelques cas, une ouverture spontanée de l'adénite suppurée, après la première injection de naphtol camphré. Ce fait n'a aucun inconvénient, si ce n'est d'obliger le malade à garder un pansement et de prolonger un peu la durée du traitement.

Il suffit de faire ces injections tous les huit jours, puisque M. Désesquelle a démontré que l'action du naphtol s'exerce pendant huit ou dix jours et que les urines en renferment des traces durant cette période.

Ces résultats paraissent prouver que les injections interstitielles de naphtol camphré sont utiles dans le traitement des adénites chroniques. Elles ne sont pas dangereuses et ne déterminent ni phénomènes d'intoxication, ni accidents locaux importants. En général, les malades n'éprouvent pas de douleurs, rarement ils ont accusé une sensation de gêne, d'engourdissement, durant d'ailleurs fort peu. Dans un cas, un zona est survenu, probablement après la piqûre d'un nerf.

On n'a pas, dans tous les faits, obtenu une disparition complète des ganglions, mais toujours on a constaté une diminution très notable de leur volume. Peut-être aurait-on pu arriver à la guérison si les malades avaient été suivis plus longtemps. M. Reboul a eu des renseignements sur un certain nombre des cas observés, plusieurs mois après la cessation du traitement : la guérison ou l'amélioration s'étaient maintenues, l'état général avait souvent bénéficié des injections de naphtol camphré.

Le grand reproche que l'on peut adresser à ce traitement est sa longue durée, de deux à quatre mois en moyenne. Mais est-ce bien là un grand inconvénient et ne vaut-il pas mieux employer cette méthode, essentiellement conservatrice, que d'exposer le malade aux ennuis d'une cicatrice souvent désagréable dans certaines conditions sociales et de lui faire courir les risques d'une auto-inoculation, d'une généralisation, ou, tout au moins, d'une récidive, après une opération souvent très laborieuse et dont l'on ne peut prévoir sûrement le résultat, car il est bien difficile d'avoir la certitude que les ganglions malades ont été enlevés complètement?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 avril 1891. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

Hernies congénitales chez la femme. — M. **BERGER** a observé quelques exemples de hernies congénitales associées à des kystes du canal de Nuck. Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme de trente et un ans, atteinte d'une hernie qui avait considérablement grossi depuis deux ans et qui était devenue si douloureuse que M. Berger résolut d'en faire la cure radicale. Il trouva un premier sac à parois très vasculaires, qu'il fendit et qu'il trouva vide ; c'était un kyste limité par une membrane séreuse ; en arrière de ce kyste existait un véritable sac herniaire qui en était séparé par une cloison mince, transparente, dont les parois se confondaient avec celles du kyste. M. Berger a isolé ces deux poches du ligament rond auquel elles adhéraient et après les avoir disséquées jusqu'à l'anneau inguinal profond, il a posé une ligature à ce niveau et en a fait l'ablation. La guérison a été obtenue par première intention.

Dans le second cas, il s'agissait d'une femme de vingt et un ans, atteinte d'une hernie inguinale devenue irréductible. Comme dans le premier cas, M. Berger trouva d'abord un kyste puis, en arrière, le sac herniaire. L'opération a été un peu plus difficile à cause des adhérences, de l'isolement du ligament rond et de la présence de la trompe qu'il a fallu refouler dans la cavité péritonéale. La guérison s'est faite rapidement.

M. Berger croit que, dans ces cas, il n'y a pas à douter de l'origine congénitale de la hernie du canal de Nuck et du kyste concomitant. Il rappelle, à ce sujet, les travaux de Camper, de MM. Duplay, Ferré et Hugosax. Ces deux derniers auteurs ont prouvé que le canal de Nuck pouvait ne pas être oblitéré, que cette perméabilité pouvait être complète ou incomplète et qu'enfin, elle se trouve plus souvent du côté droit que du côté gauche. Hugosax attribue à ces hernies la même origine que celle que Ramonède attribue aux hernies congénitales chez l'homme. Wechselmann, qui a décrit ces poches kystiques sous le nom d'hydrocèle chez la femme, signale la présence constante de liquide dans ces poches. M. Berger n'en a cependant pas trouvé chez ces deux malades.

En résumé, bien que ces cas soient rares, M. Berger admet l'existence de ces hernies congénitales coexistant avec ces kystes d'après les caractères suivants : l'enveloppe musculaire dartoïque; le développement des vaisseaux; la présence d'un kyste ajouté au sac herniaire, l'adhérence au ligament rond, les cloisonnements et la continuité de la paroi du kyste avec celle du sac herniaire.

La troisième malade opérée par M. Berger était une femme de quarante ans qui était atteinte d'une hernie sujette à de fréquents étranglements, ce qui le décida à en faire la cure radicale. La hernie constituait une volumineuse tumeur formée de deux parties, l'une intra-labiale, l'autre sus-inguinale et remontant jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Après avoir fait une incision au-dessus de l'arcade de Fallope, M. Berger reconnut que la tumeur était sous-aponévrotique, qu'elle se prolongeait en bas jusque dans la grande lèvre et que son orifice supérieur, qui la faisait communiquer avec la cavité abdominale, était situé plus haut et plus en dehors qu'à l'état normal. M. Berger a incisé les plans aponévrotiques, ouvert le sac herniaire, l'a disséqué et enlevé en totalité. La guérison a été rapide. Cette variété de hernie semble correspondre à la hernie intrapariétale en bissac, observée chez l'homme, et doit être considérée comme congénitale.

M. **TILLAUX** demande pourquoi, aux yeux de M. Berger, cette disposition anatomique particulière, qu'il vient de décrire, est une preuve de congénitalité.

M. **BERGER** a constaté cette disposition, la situation plus élevée et plus en dehors de l'orifice abdominal, dans tous les cas qu'il a observés. D'après Hugosax, la cause de ces hernies congénitales serait une insertion vicieuse du ligament rond chez la femme et du gubernaculum testis chez l'homme.

Névralgies sciatiques traitées par l'élongation. Guérison. — M. **CHARVOT** a traité par l'élongation trois malades atteints de névralgie sciatique. Un homme de trente ans, trois ans après une chute d'un lieu élevé, offre tous les signes d'une sciatique. Tous les traitements mis en œuvre pendant deux ans restent sans résultat. Au mois d'avril 1890, M. Charvot fait l'élongation du nerf à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la cuisse et, malgré un peu de suppuration de la plaie, la guérison est obtenue et s'est maintenue.

Le second malade avait reçu un coup de pied de mulet au niveau du tendon d'Achille. Il survint un phlegmon et, quelque temps après, une névralgie, qui devint rapidement ascendante. Un an plus tard, les douleurs étant devenues très intenses, M. Charvot élonge le nerf sciatique à la partie supérieure du creux poplité, en exerçant des tractions sur son bout périphérique et sur son bout central. Après un peu de suppuration, le malade a guéri et la guérison se maintient depuis deux ans et demi.

Enfin, il a pratiqué la même opération chez une femme, pour une sciatique rebelle, compliquée d'ulcérations sur la jambe. L'élongation a été également couronnée de succès et il n'y a plus eu d'ulcérations.

Dans ces trois cas, l'élongation n'a déterminé aucun trouble de la motilité, et a été suivie d'une guérison rapide. On a bien

exagéré les dangers de cette intervention. Il résulte d'une statistique publiée par Lagrange, que, sur 66 opérés, on compte : 12 guérisons dépassant une année; 29 guérisons éloignées, 4 insuccès, 1 cas de mort et 20 cas douteux.

M. MOTY rappelle que souvent les névrites des soldats guérissent spontanément et que la valeur du traitement par l'élongation ne peut être jugée qu'à longue échéance. Il a observé un insuccès après une élongation du nerf médian dans un cas de trépidation du bras. Après une guérison momentanée, la trépidation a reparu et il y a eu ultérieurement paralysie et atrophie du bras.

M. CHARVOT n'a voulu parler que de la névralgie sciatique. Quant à l'application de l'élongation contre les troubles de la motilité, c'est une question toute différente.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Le personnel médical subalterne dans les hôpitaux scandinaves.

Par le docteur F. Thiéry, prosecteur de la Faculté.

I

Au cours de notre voyage en Écosse, Danemark, Suède et Norvège, à l'effet d'étudier l'organisation des hôpitaux et l'enseignement de la chirurgie dans ces pays, nous avons cru utile de ne négliger aucun des divers points qui concernent les services chirurgicaux. Notre attention a été spécialement attirée sur le personnel subalterne, infirmières et surveillantes, dont la valeur nous a paru particulièrement remarquable.

Aussi avons-nous pensé qu'il y avait lieu de faire connaître les diverses particularités que nous avons pu noter. Il nous a paru bon de montrer quels immenses services peut rendre un personnel rompu aux pratiques antiseptiques; et cela surtout dans quelques villes, Gœteborg, par exemple, où l'activité d'un service où l'on pratique plus de 1000 opérations par an n'est point compensée par la présence d'un personnel d'étudiants ou d'aides expérimentés.

En Suède et Danemark la question des infirmières après de multiples essais, après des débats contradictoires, est nettement résolue en faveur de la laïcisation.

Non seulement les grands hôpitaux de Copenhague, de Stockholm, ouvrent leurs salles au personnel laïque, mais encore les fondations privées, même instituées par des personnes dont la piété est notoire, cherchent leur personnel soit à l'école royale, soit parmi les élèves déjà diplômées des hôpitaux. Haraldomine ou petit hôpital privé, réservé au traitement des tuberculeux au premier degré, et dont le salon est orné de nombreuses images pieuses et d'*ex voto*; le petit hôpital maritime de Styrso; enfin, l'Arbetskolan ou école technique pour estropiés et malformés de naissance; si nous joignons à ces trois institutions de Gothembourg, le petit hôpital de Visby, ce sont quatre fondations privées dues à la charité de personnes pieuses; leur administration est entièrement laïque.

Nous n'insisterons, d'ailleurs, sur ce sujet, que pour faire remarquer ce qui se passe au Bygshospital de Christiania et qui, au moins en apparence, est en contradiction avec ce que nous venons d'avancer. Là, en effet, le personnel est religieux : il est tiré d'un ordre spécial de diaconesses et que nous avons pu voir dans les services des professeurs Hjort et Nicolaïsen et qui font un bon et excellent service : la diaconesse (1) est fort attentive aux opérations, et, somme toute, le service médical subalterne est bon ainsi que nous avons pu nous en convaincre à plusieurs reprises dans les salles et au cours des opérations les plus importantes pratiquées devant nous. A cela il y a une raison principale, c'est que la diaconesse n'est admise à l'hôpital qu'après un stage assez long à l'école d'infirmières de la maison centrale où elle apprend les éléments de la chirurgie et les soins à donner aux malades (1). Ainsi préparée, ordinairement jeune encore, elle est apte à faire un bon service dans les salles : elle est alors admise à l'hôpital dont chaque département médical ou chirurgical comprend une diaconesse principale (Overpleiske), ou surveillante en chef, et des diaconesses subalternes.

(1) Le personnel religieux est, comme on le sait, protestant.

Mais elle peut n'avoir, comme dans nos hôpitaux français, qu'un simple rôle de surveillance et l'élément laïque réapparaît avec les infirmières subalternes, avec les femmes « extra » ou de charge chargées de la grosse besogne et des travaux pénibles.

A la salle d'opérations, enfin, et au service des pansements dans les salles, est attaché un infirmier chef spécial, dont les fonctions sont de tous points celles des panseurs actuels de nos services de clinique chirurgicale. La diaconesse est donc directrice du service subalterne, mais les soins effectifs sont surtout donnés par les infirmières comme les soins que nécessitent l'entretien d'une salle d'opération et la présence aux opérations reviennent surtout à l'infirmier panseur.

D'ailleurs, nous n'insisterons pas autrement sur les infirmières de Christiania : l'organisation du personnel danois et suédois nous a paru infiniment supérieure, la surveillante aidée de ses élèves suffisant à tout et excluant tout personnel masculin des salles de malades ou d'opérations.

Bien que les organisations danoise et suédoise diffèrent quelque peu, il est permis de les confondre et d'étudier d'un seul trait la surveillante dano-suédoise. Nous diviserons nos considérations en deux groupes : 1° avantages faits au personnel; 2° ce qu'on exige de lui.

II

Le personnel laïque en Suède est exclusivement formé par des femmes : les hommes en sont soigneusement exclus, jusqu'à l'infirmier panseur qui ne réapparait dans aucun des hôpitaux que nous avons visités. Ce n'est point qu'on emploie des femmes pour les plus gros besoins du service général de l'hôpital; on réserve, à cet effet, quelques « valets d'hôpital », mais ceux-ci n'approchent point les salles : tout au plus servent-ils parfois au transport des malades, lorsque celui-ci est trop pénible pour les surveillantes, et l'on ne voit pas, dans un hôpital de l'importance de Sabbatsberg Sjukhus, par exemple, à Stockholm, figurer plus de six valets d'hôpital destinés à ce service. Au Sahlgrenska Sjukhusets de Gothembourg où nous avons suivi, huit jours, le service du docteur Abrick Lindt, qui ne comporte pas moins de 150 lits avec une consultation externe quotidienne de 100 malades environ, nous n'avons vu intervenir *aucun infirmier* sauf pour le transport en brancard d'un grand opéré.

Cette exclusion du sexe masculin, motivée, pensons-nous, par la malléabilité plus grande de la surveillante et le degré d'obéissance et de ponctualité qu'on peut en obtenir, est poussée fort loin : dans notre visite avec notre excellent ami le docteur O'Carlauder, à son hôpital des vénériens à Gothembourg, nous avons pu constater que salles d'hommes ou de femmes étaient indifféremment sous l'autorité d'une surveillante. Que l'on se figure pareille disposition à notre hôpital du Midi, et l'on pourra penser, dès maintenant, combien grande serait la réforme à accomplir pour obtenir pareil résultat!

Les avantages faits par les hôpitaux suédois à leur personnel féminin sont, pensons-nous, considérables. Bien-être, émoluments, considération : tels sont les trois points cardinaux qui séparent totalement la surveillante suédoise de la surveillante française.

Le bien-être est considérable : la surveillante laïque, veuve ou fille (les femmes mariées ne sont point acceptées comme infir-

(1) Beaucoup d'entre elles vont même à l'étranger, en Autriche, en Allemagne, pour suivre le service des professeurs et des chirurgiens.

mières), est, comme la surveillante française, logée et nourrie à l'hôpital; elle reçoit même une partie de l'habillement. Ces conditions ne sont donc pas sensiblement différentes de celles que trouve le personnel de nos hôpitaux, mais il faut bien avouer que nous sommes, à cet égard, dans un état d'infériorité flagrante. Grâce à l'obligeance des professeurs Berg et Stuttsgaard, nous avons pu visiter au Communeshospital de Copenhague et à Stockholm les chambres des surveillantes. Chacune des surveillantes principales (Obervärterin) n'a pas moins de deux chambres, meublées avec goût, nous dirions volontiers avec luxe; ces chambres sont disséminées dans l'hôpital, à proximité du service correspondant; point de peine, point de temps perdu, surveillance constante et effective (la surveillante devant assister aux opérations de nuit), tels sont les avantages de cette répartition. La nourriture toujours substantielle est, la plupart du temps, confortable et choisie.

Mais c'est au Kongl-Obervärterin Skolan de Stockholm, institution d'essai fondée par la reine, sur laquelle nous aurons d'ailleurs à revenir, que le confort du personnel est au maximum : salon général élégamment meublé avec piano et bibliothèque, vaste salle de réfectoire, antichambre vaste et spacieuse; chambres coquettes larges et aérées font, du chalet de l'École situé au milieu du Kongl Djiügarden, véritable bois de Boulogne, un séjour charmant. Malgré la sévérité du règlement en ce qui concerne le service, une certaine latitude qui découle de la considération même dont elles jouissent est donnée aux surveillantes. Aussi ne sont-elles point astreintes au costume sévère de nos hôpitaux, à la tenue élégante, mais uniforme, des « nursers » d'Édimbourg par exemple. Une liberté assez grande existe dans le costume. Bonnets, tabliers de dentelle, jupes et corsages de couleurs vives sont tolérés, nous dirions presque prescrits; on n'exige qu'une blancheur et une propreté parfaites que nous ne saurions retrouver nulle part aussi grande. Au moment de l'opération, tout le costume disparait sous une ample blouse de caoutchouc.

Voilà déjà, pensons-nous, de quoi faire envie à plus d'une surveillante de nos hôpitaux écoles, et l'on sait la comparaison que l'on pourrait établir avec la nourriture, sinon défectueuse, du moins très peu variée, avec le logement trop souvent étroit, obscur, mal aéré ou insalubre de nos vieux hôpitaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 avril 1891, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Le Bot, médecin auxiliaire de deuxième classe.

— Par décret en date du 17 avril 1891, a été nommé dans le corps de santé de la marine.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Onimus, médecin auxiliaire de deuxième classe.

— Par décret, en date du 17 avril 1891, ont été nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de première classe de la marine Canolle et Drevon; MM. les médecins de deuxième classe de la marine Roques, Descous et Porée.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine Cardeillac et Mirande.

— Par décision ministérielle, en date du 15 avril 1891, les concours pour l'agrégation en médecine et en chirurgie, au Val-de-Grâce, comprendront dorénavant une sixième épreuve ainsi déterminée :

Composition écrite sur une question de législation, d'administration et de service de santé militaires. Deux heures sont accordées pour cette épreuve, qui n'est pas éliminatoire, et à laquelle ne prendront part que les candidats déclarés admissibles.

— Par décision ministérielle, en date du 16 avril 1891, MM. les médecins-majors de deuxième classe Godin et Fix ont été désignés : le premier pour l'École des Andelys et le second pour le 112e d'infanterie.

M. Bernard, médecin aide-major de première classe, a été désigné pour le 78e d'infanterie; M. Renard, médecin aide-major de première classe, a été désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

M. Deumier, médecin aide-major de deuxième classe, a été désigné pour le 60e d'infanterie.

— M. le docteur Gadaud a été élu, hier, sénateur de la Dordogne.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Tracou est institué chef de clinique obstétricale.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Weill, agrégé, est chargé d'un cours de clinique des maladies mentales.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Forgue, agrégé, est chargé d'un cours de médecine opératoire.

M. Hédon, agrégé, est chargé d'un cours de physiologie.

M. Régimbeau, agrégé libre, est rappelé à l'exercice.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Rolland est maintenu dans les fonctions de préparateur de chimie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bénac père (de Cadaujac); Godric (de Cézac).

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz commencera ses conférences de clinique thérapeutique à l'hôpital Cochin, le mercredi 22 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis suivants. Le lundi, à neuf heures et demie, leçon sur l'électricité médicale et la bactériologie par les docteurs Bardet et Dubief, chefs de laboratoire. Le vendredi, à neuf heures et demie, leçon de séméiologie médicale par MM. Raoult et Thuilant, internes du service.

— M. le docteur Henri Huchard commencera ses leçons de clinique et de thérapeutique, à l'hôpital Bichat, le dimanche 26 avril, à dix heures très précises, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. — Objet du cours : Médecine pratique; diagnostic et traitement des maladies; mode d'administration et posologie des médicaments.

Le lundi : conférence de séméiologie aux salles Louis et Bazin. — Le mardi et le vendredi, consultations externes. — Le mercredi et le samedi, visite des malades nouveaux, à neuf heures et demie. — Le jeudi, consultation pour les maladies du cœur; travaux pratiques dans les laboratoires de thérapeutique et d'anatomie pathologique.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur de Quatrefages, en son absence, M. Hamy, aide-naturaliste, commencera le cours d'anthropologie ou d'histoire naturelle de l'homme, le mardi 21 avril, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Ce cours sera spécialement consacré à l'étude de l'anthropologie des colonies, pays de protectorat et zones d'influence française.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de la métrite chronique par le crayon de sulfate de cuivre, par le docteur Vangeon. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Manuel de médecine pratique à l'usage des gens du monde, par le docteur Buchhotty. Nouvelle édition, 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, par le docteur Jules Rochard. T. III, fasc. IV : *Hygiène urbaine, habitations*. 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le traitement de la tuberculose par la méthode Koch. Leçons faites par les docteurs J. Grasset et E. Estor. Broch. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

Contribution à l'étude de la muqueuse intestinale, remarques sur les villosités, par le docteur Benoit. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 48. — JEUDI 23 AVRIL 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 23 AVRIL 1891. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. Symptômes et traitement des fissures intolérantes de l'anus. — Thèses de Paris et de Lyon. — Thérapeutique. Traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée par l'apiol. — Académie de Médecine. — Revue bibliographique. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été presque entièrement remplie par deux importants plaidoyers, l'un en faveur du rétablissement des tours, l'autre pour la suppression de cette institution surannée. M. Marjolin, qui ne reste jamais indifférent aux questions qui touchent à l'enfance, considère le tour comme une triste nécessité, mais comme étant encore le meilleur moyen d'arracher quelques enfants à la mort. M. Roussel, au contraire, croit qu'il y a mieux à faire et veut remplacer les tours par des bureaux ouverts, les maternités secrètes et un service bien organisé de secours temporaires.

M. Tarnier a fourni sur les accouchements secrets un curieux document historique, qui prouve que l'administration s'occupait du secret des accouchements dès l'année 1608. On trouvera ce document au compte rendu.

Plusieurs orateurs sont encore inscrits pour prendre la parole sur cette question des tours qui n'est que la seconde conclusion du rapport de M. Rochard sur la dépopulation de la France !

Au commencement de la séance M. Crimail (de Pontoise) a présenté une femme naine à laquelle il vient de pratiquer pour la seconde fois l'opération césarienne. La mère et l'enfant se portent bien. Pour éviter une troisième grossesse, M. Crimail, dans le cours de cette seconde opération, a sectionné les deux trompes entre deux ligatures. Doit-on le féliciter de cette mesure puisque deux fois déjà, grâce à son habile intervention, cette femme a pu mettre au monde un enfant vivant?

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Duplay.

Symptômes et traitement des fissures intolérantes de l'anus.

Vous avez peut-être déjà remarqué dans notre salle, un jeune homme de vingt-cinq ans, d'aspect assez robuste, qui tantôt va et vient, avec toutes les apparences d'une santé parfaite, tantôt se tord en gémissant sur son lit, accusant dans la région de l'anus les plus vives douleurs. Ces douleurs offrent un caractère qui, à lui seul, suffit presque au diagnostic. Au moment des garde-robes, le malade, qui est ordinairement constipé, éprouve une douleur vive soudaine; il lui semble qu'une lame de feu traverse le rectum. Mais cette douleur, toute pénible qu'elle soit, reste tolérable et s'apaise assez vite. C'est un quart d'heure, une demi-heure après la défécation, qu'apparaissent les douleurs atroces qui lui arrachent des gémissements, douleurs qui se prolongent pendant quatre, cinq et six heures.

Avec de pareils éléments, le diagnostic de fissure à l'anus s'impose à l'avance. Si, en effet, nous examinons le malade dans la position qui convient le mieux pour ces examens toujours délicats, la position de la taille, nous trouvons à la partie postérieure de l'anus, sur la ligne médiane, une petite ulcération. Cette lésion est bien minime; c'est une simple fissure allongée, peu profonde, non bourgeonnante, non suintante, à bords à peine indurés. Il suffit cependant de la toucher, pour provoquer des douleurs assez vives.

Le toucher rectal nous fait constater un autre fait important pour expliquer les douleurs : la contracture du sphincter. Ce toucher est très douloureux; il faut pour vaincre la résistance sphinctérienne un véritable effort. En saisissant le sphincter entre l'index et le pouce, on a la sensation d'un anneau d'une dureté extrême. Cette contracture paraît être la cause principale des souffrances si vives et si prolongées dans cette affection. D'où le nom de sphinctéralgie fissuraire qu'on a proposé de lui donner.

Cette contracture survient souvent à la suite de fissures extrêmement minimes, d'une simple exulcération hémorrhoïdaire, d'une simple érosion eczémateuse. Au contraire, il est remarquable que les ulcérations syphilitiques, tuberculeuses, épithéliomateuses ne la déterminent jamais. La douleur et la contracture, si pénibles qu'elles soient, sont donc, au point de vue du pronostic général, un élément plutôt rassurant.

Les fissures d'origine hémorrhoïdaire ou eczémateuse existent d'ailleurs souvent elles-mêmes, sans déterminer la vive souffrance liée à la contracture sphinctérienne. C'est cette forme que Gosselin avait bien décrite sous le nom de fissure tolérante de l'anus, par opposition avec les fissures douloureuses intolérantes. Dans ces fissures tolérantes, le malade éprouve bien une vive cuisson au moment des garde-robes, mais cette cuisson est passagère et

cesse rapidement. Le diagnostic avec la syphilis et la tuberculose peut, à la rigueur, être alors discuté, mais l'aspect fissuraire, le peu d'intensité de la lésion, ne laissent guère place au doute.

Au point de vue du traitement, il importe de bien séparer l'une de l'autre ces deux formes. Dans la fissure tolérante, les bains de siège, les lotions, les pommades diverses amènent vite la guérison, surtout si l'on a le soin de combattre la constipation. Au contraire, la dilatation de l'anus, si merveilleuse dans les fissures intolérantes, n'est en ce cas d'aucune utilité. Je me suis quelquefois laissé entrainer à la faire, dans les premières années de ma carrière chirurgicale. Mes malades ont eu, sans aucun bénéfice, tous les ennuis de l'opération. Contentez-vous donc, dans cette forme, des moyens médicaux.

Dans la fissure intolérante, tous les moyens autres que la dilatation sont, au contraire, d'une inutilité complète. J'ai vu, autrefois, une jeune dame étrangère, de très haute situation, qui avait été traitée inutilement pendant deux ans pour une fissure à l'anus, par tous les moyens possibles : topiques de toute espèce, eaux minérales, cautérisations, excision d'hémorrhoïdes, le tout inutilement. La dilatation la soulagea en quelques heures.

Proposez donc la dilatation. Vous n'aurez pas de peine à la faire accepter par le malade accablé, désespéré; qui souvent en est arrivé à ne plus manger pour éviter les garde-robes, qui souvent aussi songe au suicide. Pour pratiquer cette opération fort douloureuse, j'emploie toujours l'anesthésie par le chloroforme : les injections interstitielles de cocaïne, que l'on a également proposées comme anesthésique, m'inspirant, dans cette région surtout, quelque crainte. Le seul soin préliminaire consiste à amener, autant que possible, la vacuité du rectum, par un léger purgatif donné l'avant-veille, une nourriture peu abondante le jour qui précède, un lavement le matin de l'opération. Le malade est placé dans le décubitus latéral, la cuisse qui repose sur le lit, étendue, la cuisse inférieure, fléchie, la fesse écartée par un aide. Je fais la dilatation au moyen des deux index introduits dans le rectum, ne me servant des deux pouces que dans les cas qui offrent une résistance extraordinaire; je n'emploie jamais comme instrument de dilatation le spéculum. En effet, il faut éviter une distension brutale et aveugle; il faut, en particulier, abandonner la pratique qui recommande d'écarter les deux pouces jusqu'à ce qu'on arrive aux ischions. Il faut dilater jusqu'à ce qu'on ait la sensation d'avoir vaincu la résistance du sphincter, mais sans aller au delà; il faut, pendant cette manœuvre, surveiller la fissure et s'arrêter lorsqu'une déchirure menace. La déchirure de la fissure et même du sphincter, qui survient souvent dans la dilatation par le spéculum, n'est pas une complication bien grave, mais mieux vaut l'éviter.

Le traitement consécutif est, dans les cas de dilatation moyenne, à peu près nul. Si la fissure a été légèrement déchirée, il est utile de faire un petit pansement à la vaseline iodoformée.

Le soulagement est d'ordinaire très rapide, presque immédiat. Toutefois, sachez bien que chez les hémorrhoïdaires, si la douleur même de la fissure disparaît un ou deux jours après l'opération, elle est souvent remplacée pendant une huitaine par une autre douleur, due à la turgescence du bourrelet hémorrhoïdaire sous l'influence du traumatisme. Il est utile que vous soyez prévenus de la possibilité de cet incident.

Les insuccès sont exceptionnels. Je n'ai jamais vu qu'un seul échec chez un jeune homme très névropathe, non hémorrhoïdaire. En pareil cas, un autre procédé dont le mode d'action est analogue, la section du sphincter, assurerait à coup sûr la guérison. Faites cette section sur la fissure même. Conduisez-la très profondément en divisant toute l'épaisseur du sphincter. Employez pour la faire le thermocautère. La cicatrisation est un peu plus longue qu'avec le bistouri, mais vous évitez les ennuis de l'hémorrhagie opératoire; vous diminuez aussi les chances d'infection dans une région où l'asepsie parfaite est toujours difficile. Cette section du sphincter amène, pendant quelques jours, l'incontinence des matières fécales, mais cette incontinence est toujours passagère et disparaît très vite.

THÈSES DE PARIS

Contribution à l'étude de la galvanopuncture dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales chez les enfants, par M. P. Terson. — L'auteur se montre partisan de la galvanopuncture et rejette presque complètement l'amygdalotomie. Nos lecteurs connaissent bien cette question, qui a été traitée dans l'une de nos Revues générales. M. Terson ne trouve guère que des avantages à la galvanopuncture amygdalienne. C'est, dit-il, une opération simple, facile et qui n'est pas douloureuse.

Le nombre des séances nécessaires à la destruction de ces tumeurs par le cautère galvanique est, en moyenne, de quatre et souvent de moins.

La galvanopuncture n'a qu'une contre-indication, l'indocilité des enfants en bas âge. Le galvanocautère doit être préféré au thermocautère, qui n'a aucun avantage et qui offre des inconvénients.

Du salol dans les affections rhumatismales tendant à la chronicité, par M. L. Jacquemart. — De ses observations, l'auteur croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le salol amende notablement les douleurs qui accompagnent certaines formes de rhumatisme chronique, quand elles ne sont pas trop invétérées;

2° Il semble arrêter dans leur évolution les lésions articulaires du rhumatisme chronique.

Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche, par M. Boulay. — Le pneumocoque est un des microbes pathogènes les plus répandus. Le poumon n'est qu'une des nombreuses voies qu'il est susceptible d'emprunter pour pénétrer dans l'organisme.

Chez l'homme, comme chez certains animaux, il ne produit pas constamment une réaction inflammatoire au niveau de son point d'entrée dans l'organisme : il semble que le poumon lui-même puisse échapper à cette réaction locale. Aussi, dans maintes circonstances, la porte d'entrée du microbe reste-t-elle indéterminée. Le pneumocoque peut s'attaquer d'emblée à tous les organes, presque à tous les tissus, sans avoir préalablement séjourné dans le poumon. La multiplicité et la fréquence des affections qu'il engendre, la gravité de quelques-unes d'entre elles en font un micro-organisme dangereux. Toutefois sa malignité est relative.

Bien que le pneumocoque soit un des microbes les mieux étudiés, sa banalité, ses mœurs ubiquitaires, son polymorphisme, ses écarts subits de virulence laissent encore bien des points obscurs dans l'étude des affections liées à sa présence.

Telles sont les conclusions principales que l'on peut tirer de cette excellente étude.

Quelques cas de septicémie gangréneuse, par M. Mercier. — L'auteur a pu observer quelques cas de septicémie gangréneuse, dont la guérison a été due à une intervention hardie et rapide. Encouragé par ces quelques résultats favorables, il croit pouvoir faire les recommandations suivantes :

1° Le diagnostic de septicémie gangréneuse étant posé, l'amputation doit être pratiquée rapidement au-dessus et loin du foyer, quand le siège de la lésion permet cette intervention ;

2° Il faut même tenter l'opération si on doit opérer en plein foyer emphysémateux et malgré les phénomènes généraux, le malade n'ayant que cette chance de salut ;

3° Il est permis d'hésiter chez les diathésiques et les cachectiques ;

4° Si la gangrène gazeuse siège sur le tronc, on devra faire usage du fer rouge.

Traitement des cals vicieux avec chevauchement par l'ostéotomie oblique, par M. G. Sardou. — L'auteur s'occupe particulièrement des fractures du fémur consolidées vicieusement avec un raccourcissement notable. Voici les conclusions principales de son travail :

Dans les cas de fractures consolidées vicieusement avec déviation angulaire et chevauchement des fragments, les méthodes de traitement actuellement les plus employées, l'ostéoclasie et l'ostéotomie, transversale, linéaire ou cunéiforme, peuvent corriger la déformation de la part de raccourcissement qui en est la conséquence, mais sont impuissantes à rendre au membre malade la longueur que le chevauchement lui a fait perdre.

La méthode de M. Hennequin permet au contraire, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas eu de perte de substance osseuse, de restituer à l'os fracturé la plus grande partie ou même la totalité de la longueur du raccourcissement dû au chevauchement, tout en ramenant les fragments dans l'axe normal.

Il est donc indiqué d'y avoir recours toutes les fois que, une intervention ayant été résolue, l'examen du malade a permis de constater l'existence d'un chevauchement.

Cette méthode consiste dans l'emploi d'un ensemble de procédés opératoires et contentifs, variables suivant les cas, et ayant pour objet :

a. De sectionner l'os au niveau du cal suivant une ligne dont l'obliquité sera calculée d'après la longueur du raccourcissement à corriger ;

b. De faire glisser les deux fragments l'un sur l'autre en pratiquant une extension continue intensive et proportionnée au résultat que l'on cherche ;

c. D'assurer leur redressement et leur contact jusqu'à consolidation par l'extension aidée d'autres moyens : gouttière crurale, coussins d'ouate, attelles, fil de rappel, position du membre.

De l'ulcère perforant du duodénum, par M. A. Le Renard.— Cette thèse peut se résumer de la façon suivante :

Le duodénum, comme l'estomac, présente deux formes d'ulcère : l'une foudroyante, l'autre chronique.

L'ulcère perforant du duodénum présente quelques particularités symptomatiques qui peuvent aider à le distinguer cliniquement d'une perforation stomacale ulcéreuse, l'étiologie et la pathogénie restant les mêmes pour les deux affections.

Les symptômes de l'ulcère perforant duodénal se réduisent presque toujours à ceux d'une péritonite par perforation, survenant brusquement sans trauma, ni symptômes prémonitoires. Cependant, il arrive parfois que des symptômes dyspeptiques légers peuvent faire soupçonner la présence d'une ulcération duodénale qui peut devenir perforante à bref délai.

Dans le premier cas, le traitement sera celui de la péritonite par perforation, c'est-à-dire presque entièrement chirurgical.

Dans le second, on aura recours à un traitement médical sévère, en prévision d'une perforation.

Le traitement chirurgical variera, suivant que la péritonite est subaiguë, de la laparotomie avec toilette entière du péritoine à de simples incisions abdominales.

Dans la péritonite par perforation du duodénum due à un ulcère, l'issue est, à quelques rares exceptions près, toujours fatale, malgré le traitement ou plutôt parce que celui-ci n'a pu être appliqué, le malade n'étant pas en état de supporter une opération.

THÈSES DE LYON

De la luxation du nerf cubital, par M. Raymonenq. — Après avoir constaté la rareté des luxations du nerf cubital solidement engainé, au niveau du coude, derrière l'épitrochlée, l'auteur admet que deux facteurs principaux interviennent dans sa production : l'action du triceps ; le mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras.

Le diagnostic de cette lésion est facile, et le pronostic, bénin en général, peut devenir grave au point de vue fonctionnel, si la lésion est méconnue et la luxation complètement maintenue. On obtient aisément la réduction de la luxation ; mais celle-ci ne peut être définitive que par une intervention chirurgicale, qui consiste à reconstituer la gaine ostéo-fibreuse du nerf cubital, en utilisant le périoste et les tissus fibreux avoisinants.

De l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses, par M. A. Pic (1). — Le travail de notre distingué confrère lyonnais est un de ceux qui constituent à leurs auteurs un véritable titre scientifique. Aussi ne saurions-nous mieux faire que d'en donner les conclusions en leur entier :

I. Pour juger de la valeur d'un traitement quelconque de la péritonite tuberculeuse, il faut envisager séparément son action, chez l'enfant et chez l'adulte, dans chacune des formes cliniques.

II. Chez l'adulte, la péritonite à forme fibreuse, avec ou sans épanchement, guérit quelquefois, par le seul traitement médical ; elle guérit plus souvent chez l'enfant.

La péritonite à forme ulcéreuse ne guérit qu'exceptionnellement, et chez l'enfant seulement. La forme granulique est fatale.

III. L'intervention chirurgicale, de même, ne paraît jusqu'à présent susceptible de guérir que les formes fibreuses et en particulier la variété ascitique, mais elle guérit cette forme plus sûrement, plus rapidement que le traitement médical, et épargne au malade les dangers immédiats de l'ascite, et de ses complications.

IV. Pour être efficace, l'intervention doit être précoce.

V. L'intervention, qui n'a qu'une valeur palliative dans la forme ulcéreuse suppurée, est contre-indiquée dans les formes ulcéreuse sèche et granulique. Elle est contre-indiquée, même dans la forme ascitique, par des lésions pulmonaires avancées, par des symptômes de tuberculose intestinale, par un épanchement pleurétique et enfin par une fièvre sans cause appréciable, indice d'une généralisation imminente.

VI. L'asepsie est de rigueur dans le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse, comme dans toute laparotomie.

VII. L'occlusion intestinale au cours d'une péritonite tuberculeuse est une indication d'urgence de la laparotomie.

VIII. La méthode de la ponction, suivie de lavage, ne s'appuie pas sur un nombre suffisant d'observations, pour qu'on puisse apprécier sa valeur (2).

IX. La laparotomie agit, dans la forme ascitique, en provoquant une évolution fibreuse des tubercules.

X. Les affections des trompes sont la cause la plus habituelle

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1137.

des pelvipéritonites tuberculeuses; d'autre part, cette inflammation tuberculeuse du petit bassin peut gagner la grande cavité péritonéale. Par conséquent, pour guérir la pelvipéritonite tuberculeuse, et prévenir la généralisation au péritoine et à toute l'économie, il faut enlever les annexes. Le point difficile est de diagnostiquer la nature tuberculeuse de la salpingite. Il existe, cependant, quelques caractères qui différencient la salpingite tuberculeuse des salpingites inflammatoires chroniques. En fait, ce diagnostic a rarement été fait d'une façon suffisamment précoce, et il existe peu d'observations où les malades aient été assez longtemps suivies pour qu'on puisse affirmer l'absence de toute lésion tuberculeuse d'un autre organe. Il en existe plusieurs où le processus tuberculeux a poursuivi sa marche, en un autre point de l'économie, le poumon notamment, alors que la guérison locale s'est maintenue.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée par l'apiol.

Par M. le docteur X. Delmis.

L'apiol est le principe actif de la graine de persil (*Apium petroselinum*). C'est un liquide oléagineux de couleur ambrée, plus dense que l'eau, d'une odeur spéciale, rappelant celle de la graine d'où il est extrait, d'une saveur piquante et âcre; insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme.

L'apiol a été découvert et étudié en 1849, par Joret et Homolle, qui pensaient trouver, dans cette substance, un succédané du sulfate de quinine. Cette opinion, basée sur les travaux des auteurs antérieurs qui avaient reconnu à la graine de persil certaines qualités antipériodiques, ne fut pas complètement vérifiée par la clinique.

Les expériences faites en France et à l'étranger démontrèrent, en effet, que si, dans les pays tempérés, l'apiol guérit la fièvre dans la proportion de 85 p. 100, cette proportion n'est que de 55 p. 100 dans les climats chauds.

Par contre, les médecins qui expérimentèrent le produit obtenu par Joret et Homolle ne tardèrent pas à reconnaître que cette substance était un précieux emménagogue. Dès 1855, Joret publiait trois observations où ce médicament avait amené une complète guérison. En 1863, Marotte, médecin de la Pitié, publiant dans le *Bulletin de thérapeutique* le résultat de ses expériences faites avec l'apiol préparé par Joret et Homolle, constatait que, dans six cas d'aménorrhée et sept cas de dysménorrhée, cette substance, administrée, soit seule, soit comme corollaire d'un traitement général, avait donné les meilleurs résultats.

Depuis lors, les observations se poursuivirent, qui toutes vinrent corroborer les résultats obtenus par les premiers expérimentateurs, et M. Guéneau de Mussy, dans la *Gazette des hôpitaux* de juillet 1868; Raciborski, dans son *Traité sur la menstruation;* M. Siredey, aux articles aménorrhée du *Dictionnaire de Jaccoud;* Valleix, dans son *Guide du médecin praticien;* Bossu, dans le *Petit dictionnaire de pathologie;* Reveil, dans son *Formulaire des médicaments nouveaux;* MM. Bouchut et Desprès, dans leur *Dictionnaire de thérapeutique;* Gobley, dans le *Dictionnaire de Dechambre;* Galligo et Poggeschi, dans le *Bulletin de thérapeutique*, et beaucoup d'autres auteurs qu'il serait trop long de citer, font entrer définitivement, dans la pratique courante de la gynécologie, l'extrait de la graine de persil.

On obtient également, par les procédés de Joret et Homolle, l'apiol cristallisé, sous forme de longues aiguilles prismatiques, transparentes. Il est insoluble dans l'eau et la glycérine, mais soluble dans l'alcool ou l'éther. Cet apiol jouit des mêmes propriétés que l'apiol liquide. Mais son point de fusion (31 degrés) en rend l'emploi des plus difficiles, et des expériences concluantes n'ont pu jusqu'ici établir sa valeur thérapeutique.

Au point de vue physiologique, on peut dire tout d'abord que l'apiol est d'une innocuité absolue, même dans le cas de grossesse commençante. A la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, il détermine une légère excitation cérébrale, rappelant celle produite par le café, un sentiment de force et de bien-être avec chaleur gastrique passagère, mais ne détermine ni nausées, ni coliques, ni diarrhée.

Ce n'est qu'à la dose de 2 à 4 grammes, qu'il provoque une véritable ivresse avec bluettes, étourdissements, céphalalgie, accidents qui disparaissent en quelques heures, ainsi que cela est arrivé à une jeune fille observée par Marotte, qui, par imprudence, avait pris, très rapidement, neuf capsules de ce médicament.

En ce qui concerne l'action thérapeutique de l'apiol, on peut dire, d'une façon générale, qu'il a sur le muscle utérin une action élective, analogue à l'action de la digitale sur le muscle cardiaque : il régularise la menstruation. Donc, il sera employé avec succès lorsque cette dernière fonction sera troublée, qu'il s'agisse d'aménorrhée (absence ou retard dans les règles), de dysménorrhée (règles douloureuses) ou même de véritables métrorrhagies, toutes les fois que ces troubles seront idiopathiques, c'est-à-dire indépendants d'une lésion organique comme l'hymen imperforé, l'inflammation aiguë ou chronique de l'utérus, le cancer, les maladies du cœur, etc. Il va sans dire, en effet, que dans ces derniers cas, le médecin devra s'attacher à guérir la maladie organique avant de songer à employer un médicament contre le symptôme de la maladie.

Ajoutons que les troubles de la menstruation étant une des principales causes de la stérilité, l'apiol, en faisant disparaître ces mêmes troubles, pourra, dans quelques cas, et d'une façon indirecte, permettre une grossesse jusqu'alors considérée comme impossible.

Pour que l'apiol produise tout l'effet qu'il est susceptible de produire, il importe de l'administrer au moment le plus rapproché des règles, c'est-à-dire lorsque les femmes commencent à ressentir des douleurs de reins, de la pesanteur du bas-ventre, un léger mal de tête, de l'agacement nerveux. A ce moment, on administrera une capsule d'apiol Joret et Homolle, le matin, une autre le soir, dans une cuillerée d'eau sucrée, et l'on continuera ainsi pendant quatre à cinq jours, durée ordinaire des règles. On devra reprendre l'usage du médicament le mois suivant, mais rarement on aura besoin d'y recourir le troisième mois.

Un point important dans l'administration de l'apiol, est qu'il soit pur et inaltéré. Or, comme la préparation de l'apiol est difficile, délicate, cette pureté indispensable ne se rencontre pas toujours dans les produits que l'on trouve dans le commerce, la plupart d'origine étrangère.

Ces produits, en effet, renferment souvent les matières les plus étranges et les plus inattendues.

L'apiol Joret et Homolle, préparé en grand avec le soin le plus scrupuleux, et administré sous forme de capsules contenant 20 centigrammes d'apiol, offre toutes les garanties désirables : il est d'une pureté absolue, d'une fixité remarquable, et enfin d'une densité constante, comme tous les produits titrés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 avril 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. Farabeuf, qui se porte candidat pour la section d'anatomie et de physiologie;

2° Une lettre de M. Chauveau, qui demande à échanger son titre de membre associé contre celui de titulaire dans la même section;

3° Des lettres de MM. Gaulard (de Lille) et Hergott (de Nancy), qui sollicitent le titre de membre correspondant national.

PRÉSENTATION

Opération césarienne pratiquée pour la seconde fois. — M. CRIMAIL (de Pontoise) présente une femme de vingt-quatre ans, naine, non rachitique, à bassin uniformément rétréci, à laquelle il a pratiqué une première opération césarienne en octobre 1888. Depuis lors, santé parfaite, règles normales, utérus mobile. En janvier 1891, cette femme vient le trouver pour une nouvelle grossesse au huitième mois. M. Crimail lui donne à choisir entre la basiotripsie et une nouvelle opération césarienne, en ne lui dissimulant pas que cette seconde intervention pouvait être dangereuse pour elle-même, mais assurait un enfant vivant. Elle choisit immédiatement l'opération césarienne, préférant risquer sa vie et avoir un enfant vivant.

Cette opération fut pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques. Il incisa la paroi au niveau de la première cicatrice, sur une étendue de 16 centimètres, sectionna l'utérus en haut et au niveau de la cicatrice de la précédente opération. Le tissu utérin était très dur à ce niveau, il ne put le déchirer avec les doigts, il l'incisa avec des ciseaux. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Il put extraire, après version, une enfant bien vivante, du poids de 3 kilogrammes. La délivrance fut facile; M. Crimail nettoya la cavité utérine avec des sachets de gaze iodoformée, fit des sutures profondes et superficielles, puis il sectionna les trompes, entre deux ligatures, pour éviter une troisième grossesse. Les suites furent des plus heureuses. La malade va très bien, ainsi que l'enfant, qu'elle allaite.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE RÉTABLISSEMENT DES TOURS

M. TARNIER communique une lettre de M. Derouin, secrétaire de l'Assistance publique, qui fait connaître que l'administration s'est occupée du secret des accouchements dès 1608. Voici, en effet, une délibération du bureau de l'Hôtel-Dieu, qui date de cette année 1608 :

« Nulz religieux ni prebtres, ni adolescens de l'Hostel-Dieu n'entrent à l'office des accouchées sous quelque prétexte que ce soit, s'ilz ne sont pas envoyez pour administrer les sacremens; nulz des serviteurs de l'Hostel-Dieu y entrent et qu'ilz n'y baillent leur linge à blanchir, ni leurs hardes et besongnes à recoustrer; que nulz hommes ni garsons de la ville n'y entrent pour parler n'y pour autres prétextes que ce soient. »

En 1668, un huissier voulut compulser les registres de l'Hôtel-Dieu, pour constater qu'une fille y avait accouché plusieurs fois; cette permission lui fut refusée « parce que cela détournerait les filles qui ont forfait à l'honneur, de venir accoucher dans l'Hôtel-Dieu, et aussi les porterait à défaire leurs enfants mesme avant qu'estre nez ».

Ces documents se trouvent dans l'*Histoire des hôpitaux de Paris*, publiée par l'Assistance publique en 1881.

M. LE FORT regrette qu'en 1891 on ne fasse plus ce qui se faisait il y a deux siècles, et il demande qu'on en revienne à ce qui se faisait alors.

M. MARJOLIN, après avoir fait l'historique du tour et montré les services qu'il a rendus, s'applique à démontrer qu'il ne saurait être supprimé sans compromettre l'honneur de beaucoup de familles et la vie de milliers d'enfants. C'est, pour lui, une triste nécessité qu'il faut conserver. Il vaudrait mieux, évidemment, pouvoir inspirer aux mères l'idée de garder leurs enfants et de les nourrir; mais pour cela il faudrait leur assurer l'accouchement secret, autoriser la recherche de la paternité et augmenter la distribution des secours accordés aux filles-mères.

M. THÉOPHILE ROUSSEL combat le rétablissement des tours comme étant en désaccord avec l'esprit moderne, et lui préfère de beaucoup le bureau ouvert et secret, tel qu'il existe maintenant à Paris. Il faudrait étendre ce secret à tous les bureaux d'admission d'enfants. Si on veut faire un pas de plus dans la voie des mesures préventives de l'infanticide et surtout des avortements, il faut admettre la proposition faite par M. Brouardel dans la dernière séance. Un vœu ainsi formulé comblerait une lacune dans les conclusions de la commission. Mais M. Roussel pense que la question des maternités secrètes est une des moins prêtes pour un résultat législatif. Il croit que l'Académie aura bientôt l'occasion de concourir en de meilleures conditions à ce résultat désiré, car, à l'heure actuelle, la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques prépare, pour le soumettre au Conseil supérieur, un projet de loi sur les Maternités, comme suite du projet de revision de notre législation sur les enfants assistés, que le gouvernement a inscrit dans le programme des travaux législatifs de la prochaine session du Parlement.

M. Roussel se déclare donc partisan de la première conclusion de la Commission et propose de la voter.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Voyages chez les lépreux (1), par le docteur ZAMBACO PACHA.

La lèpre, depuis quelques années, est redevenue une question d'actualité. Le grand fléau du moyen âge était complètement oublié, lorsqu'on l'a montré faisant de nombreuses victimes encore, même en Europe, en Norvège, en Turquie, en Grèce, dans les îles de l'Archipel. Quelques cas sporadiques ont été signalés en Espagne et même dans le midi de la France. D'autre part, il n'est pas très rare de voir arriver dans les grands centres dermatologiques des Européens lépreux qui sont allés en Océanie ou au Brésil chercher le germe de la maladie. La plupart des auteurs admettent actuellement la contagiosité de la lèpre.

La lèpre, la terrible lèpre réprimée autrefois par des moyens d'une énergie barbare, ne serait-elle donc pas capable de reparaître, et d'envahir de nouveau des régions qu'elle n'a abandonnées qu'après des siècles de ravages? Certains auteurs même prétendent qu'elle n'a jamais complètement disparu, et qu'en France, par exemple, elle est représentée encore par certaines atrophies musculaires progressives, par la sclérodermie, la maladie de Morvan.

Les craintes d'une invasion nouvelle de la lèpre paraissent peu justifiées. L'hygiène moderne s'oppose à sa réapparition, à sa réimplantation. Toutefois, la question n'en reste pas moins digne d'éveiller la curiosité des médecins et la sollicitude des hygiénistes.

M. Zambaco, qui occupe à Constantinople une haute situation médicale, était mieux placé que tout autre pour étudier cette maladie. Il publie le récit de voyages dans le monde des lépreux des environs de Constantinople, d'Égypte, de Syrie et des îles grecques. Dans ces divers pays, les léproseries sont encore nombreuses. Le diagnostic n'est souvent pas fait avec une grande précision, et bien des syphilitiques, bien des individus simplement atteints de dermatoses diverses sont confondus avec les réprouvés. La terreur de la contagion est très grande dans ces populations et les lépreux sont comme en France au moyen âge violemment séparés de la vie commune.

Les agglomérations de malades sont, pour le médecin, de merveilleux milieux d'étude.

M. Zambaco ne croit pas à la contagion, et, dans ses voyages, dans ses visites aux léproseries, ce qui l'a le plus inquiété, c'est la recherche négative de cette contagion. Il rapporte avec plaisir tout ce qui lui est défavorable.

Il cite, dans ce sens, un grand nombre de faits : il a vu beaucoup d'individus qui avaient séjourné pendant de longues années avec les lépreux et vécu intimement avec eux sans contracter la maladie. Des femmes saines mariées à des lépreux ne sont pas devenues lépreuses, même lorsqu'elles ont eu des enfants atteints de lèpre peu de temps après leur naissance.

---

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Une histoire curieuse, à ce point de vue, est celle de l'imam (aumônier) de la léproserie de Scutari qui a eu huit femmes qui, toutes, ont vécu au milieu des lépreux sans contracter la maladie. Toutes ont eu des enfants; aucun d'eux n'est devenu lépreux.

L'imam actuel, fils du précédent, actuellement âgé de quarante-neuf ans, habite l'asile depuis l'âge de deux ans. Il en est à sa troisième femme; les deux premières l'ont quitté après avoir divorcé. C'est par le même procédé que son père, qui, du reste, a eu quelquefois deux femmes en même temps, s'est marié neuf fois (deux fois avec la même femme).

L'imam actuel répète à qui veut l'entendre : « Je suis venu à la léproserie, que j'ai toujours habitée, à l'âge de deux ans, j'en ai quarante-neuf, et j'ai vu tant de personnes saines vivre ici, au milieu de nous, pendant des années, sans qu'une seule ait gagné la lèpre, que je ne puis considérer la maladie comme contagieuse. Mon père a passé aussi trente-sept années de sa vie dans la léproserie et n'a pas vu, non plus, un seul exemple de contagion. »

On lira avec intérêt le récit des voyages de M. Zambaco, on verra dans quelle horrible misère vivent les malheureux malades, que l'on traite en parias dangereux. Son livre est en tout cas un ouvrage de philanthropie : en n'épargnant ni les fatigues, ni les dépenses, il est parvenu tout au moins à éclairer les autorités turques sur le misérable état de malades qui ne sont même pas tous des lépreux !

Recherches expérimentales sur l'origine microbienne du tétanos (1), par P.-B. Bossano.

Le présent travail est une revue générale des diverses recherches expérimentales entreprises pour démontrer l'origine microbienne du tétanos. Le tétanos est maintenant attribué au bacille de Nicolaïer, cultivé à l'état de pureté par Kitasato. La nature infectieuse et la contagion de cette terrible maladie sont ainsi expliquées et affirmées. Ce bacille séjourne souvent dans la terre, et l'on sait que le sol présente, dans beaucoup d'endroits, des propriétés tétanigènes très marquées. M. Bossano rapporte, à ce point de vue, des expériences personnelles très intéressantes. Il s'est fait rapporter de la terre de contrées situées sur tous les points du globe, 27 fois sur 43, l'inoculation de cette terre a fait mourir de tétanos les animaux inoculés, et cela, tout aussi bien avec de la terre venue de régions voisines du pôle que de régions équatoriales. Les climats n'ont donc pas toute l'influence qu'on leur a attribuée. A. M.

Formulaire de médecine pratique (2), par le docteur E. Monin.

M. le docteur E. Monin a adopté pour ce formulaire la classification alphabétique par maladies.

« Tout formulaire, dit l'auteur, porte avec lui son millésime et (si soucieux que nous soyons de conserver le patrimoine de nos anciens) nous n'avons pu nous défendre d'un certain engouement pour les médications à la mode. »

Et plus loin : « Cette influence de la mode, en médecine, est d'autant plus triste, que le luxe apparent des énergies curatives sert ordinairement à masquer la misère la plus noire, l'impuissance la plus absolue, l'*opprobrium artis* le moins contestable : *Medicamentorum varietas filia est ignorantiæ* (Bacon). »

L'auteur ne se montre pas, cependant, partisan quand même des nouveaux remèdes et le praticien appréciera ce nouveau Formulaire.

Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles (3), par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de première classe.

Cette seconde édition d'un Formulaire récemment publié pour la première fois n'est pas une simple revision. L'auteur y a fait des additions nombreuses et importantes. Il a corrigé les erreurs, comblé les omissions. Ce petit livre résume, en moins de 300 pages, la matière médicale de ces dernières années.

(1) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-12. Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(3) In-12. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

79. M. Mauny. Ruptures intrapéritonéales des kystes hydatiques. — 80. M. Cachera. Contribution à l'étude de l'érysipèle à répétition. — 81. M. Urlatianu. De la résection orthopédique du genou pour ankylose angulaire. — 82. M. Menard. Considérations sur les suppurations des cellules mastoïdiennes sous l'influence de la grippe. — 83. M. Lajotte. De la péritonite à pneumocoques. — 84. M. Limperopoulo. Les pulsations hépatiques dans l'insuffisance aortique. — 85. M. Morigny. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'hématocèle rétro-utérine. — 86. M. Ostwalt. De la rétinite syphilitique et de ses rapports avec les artères rétiniennes et avec l'artérite syphilitique de l'encéphale. — 87. M. Stef. Mercure et grossesse. — 88. M. Terson. Contribution à l'étude de la galvanopuncture dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales chez les enfants. — 89. M. Stcherbanoff. Quelques considérations sur le régime des brightiques. — 90. M. Dortel. L'anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale. — 91. M. Villy. Essai sur la valeur thérapeutique du jambol. — 92. M. Acquerin. Contribution à l'étude médico-légale de la paralysie générale. — 93. M. Courtois-Suffit. Des pleurésies purulentes. — 94. M. Boulay. Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche. — 95. M. Adamski. De la colotomie iliaque dans le traitement du cancer du rectum; soins consécutifs. — 96. M. Carillon. Du mal des montagnes. — 97. M. Jacquemart. Du salol; de son emploi dans les affections rhumatismales tendant à la chronicité. — 98. M. Wallich. Recherches sur les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 avril 1891, M. le docteur de Lanessan, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris, député de la Seine, est nommé gouverneur général de l'Indo-Chine française.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 avril 1891, une médaille d'honneur en bronze a été décernée à M. Antonio Taclaghiqui, étudiant en médecine de la Faculté de Beyrouth, pour le courage et le dévouement dont il a fait preuve au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi à Tripoli (Syrie), en 1890.

— Il vient de se fonder, à Paris, une société intitulée : « Association amicale des anciens internes en médecine de Saint-Lazare et des prisons de la Seine. » Elle a ainsi constitué son bureau : Président, M. de Beauvais, médecin en chef de Mazas; vice-président, M. Passant, médecin en chef du Dispensaire de salubrité; secrétaire général trésorier, M. Rouillard, chef de clinique de la Faculté; secrétaire, M. Bories, médecin-adjoint de la prison de Nanterre. Son siège est, 30, rue Bonaparte.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mandon (de Limoges).

— La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880) tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. Yves Guyot, ministre des travaux publics, assisté de M. le docteur E. Vidal, de l'Académie de médecine, président de la Société, le dimanche 26 avril, à 2 heures de relevée, à l'hôtel de la Société nationale d'horticulture, rue de Grenelle, 84, à Paris.

Ordre du jour : 1° Allocution de M. le docteur E. Vidal, président de la Société ; 2° Rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre, par M. le docteur A. Motet, secrétaire général ; 3° Allocution de M. Yves Guyot, ministre des travaux publics ; 4° Rapport de la commission du prix Lunier par M. le docteur Bouchereau ; 5° Rapport sur les récompenses à décerner en 1891, par M. le docteur Philbert.

— M. le docteur Hallopeau reprendra ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le dimanche 26 avril à dix heures du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 49. — SAMEDI 25 AVRIL 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 25 AVRIL 1891. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Le champignon du muguet, par M. Pierre ACHALME, interne des hôpitaux de Paris. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — VARIÉTÉS. Le personnel médical subalterne dans les hôpitaux scandinaves. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Le champignon du muguet.

Par M. Pierre ACHALME,
Interne des hôpitaux de Paris.

Ainsi que le fait remarquer M. Laurent, le champignon du muguet a eu le privilège, rare dans le monde des mucédinées, de passionner et de diviser à la fois les médecins et les botanistes. Avant la découverte de ce parasite et de ses rapports avec la muqueuse sous-jacente, l'entité morbide à laquelle il donne naissance et dont l'histoire remonte aux temps hippocratiques, semblait vouloir échapper à toute classification nosologique. Comme celle de toutes les questions discutées, sa synonymie est des plus riches. Après avoir porté tour à tour les noms d'aphta lactamen (Sauvages), d'aphta lactantium (Bateman), de millet (Doublet, Colombier), de blanchet (Louis, Arnault, Chopart), le nom de muguet lui resta, bien qu'il ne puisse se réclamer d'une étymologie facile à saisir. Le muguet fut donc rangé parmi les affections ulcéreuses (Avicenne, Paul d'Egine), puis considéré comme une affection papuleuse (Boerhaave, van Swieten, Sauvages). Après Bretonneau, Guersant, Blache et Lélut en firent une stomatite pseudo-membraneuse. Valleix, puis Seux allèrent plus loin et élevèrent le muguet presque au rang de maladie générale, alors que Gubler, se fondant sur la découverte du parasite, ne voulait y voir que la présence d'un champignon dans une sécrétion et lui refusait même une place parmi les maladies parasitaires. C'est certainement à Parrot que revient l'honneur d'avoir fixé la science sur ce point en établissant le rôle respectif des deux facteurs morbides : l'état général mauvais préparant le terrain au champignon parasite.

Mais si tout le monde est maintenant d'accord pour faire du muguet une maladie parasitaire locale, symptomatique d'un mauvais état général, les controverses reparaissent dès qu'il s'agit de déterminer la nature du parasite et la place qu'il doit occuper dans la classification botanique. Depuis sa découverte habituellement attribuée à Berg (de Stockholm), mais qui, d'après MM. Roux et Linossier, remonte à Langenbeck; considéré tour à tour comme une moisissure ou comme une levûre, il a porté les noms de Sporotrichum (Gruby), Oïdium albicans (Robin), Stemphylium polymorphum (Hallier), Syringospora Robinii (Quinquaud), Saccharomyces albicans (Grawitz), Dematium albicans (Laurent). Après avoir étudié ses caractères morphologiques et biologiques, il nous sera plus facile de voir les raisons qui militent en faveur de telle ou telle dénomination.

I

LE CHAMPIGNON DU MUGUET CONSIDÉRÉ EN TANT QUE VÉGÉTAL

Description morphologique. — Si l'on examine au microscope une parcelle de muguet buccal, on peut distinguer à un grossissement moyen deux sortes d'éléments : les uns se composent de cellules épithéliales desquamées, représentant la lésion élémentaire subie par l'organisme; les autres sont formés par le champignon parasite lui-même.

Ce dernier se présente sous l'apparence d'un lacis de filaments retenant dans ses mailles un grand nombre de cellules arrondies ou légèrement ovoïdes de 6 à 10 μ de diamètre. Ces filaments à contour parallèle, lisse et onduleux, sont eux-mêmes constitués par des cellules allongées de 2 à 6 μ de largeur sur une longueur de 15 à 20 μ, arrondies à leurs extrémités. Ces extrémités s'articulent, tantôt avec une cellule allongée semblable, tantôt avec une des cellules arrondies signalées plus haut, tantôt avec deux ou plusieurs cellules qui deviennent le point de départ de ramifications secondaires.

Les cellules longues contiennent un protoplasma légèrement granuleux et renferment souvent des espaces moins réfringents, plus homogènes, probablement constitués par des vacuoles. Ces dernières paraissent légèrement rosées à la lumière transmise et occupent de préférence la partie centrale de la cellule. Quant aux éléments arrondis, ils sont, en général, plus homogènes, formés d'un protoplasma transparent et contenant ordinairement une granulation brillante et mobile, parfois une vacuole.

On les rencontre tantôt isolés à l'extrémité d'un filament, tantôt groupés sous forme d'amas ou de chapelets.

Tels sont les faits que chacun peut constater. L'interprétation seule diffère et avec elle la nomenclature. Pour Robin, dont l'opinion est encore classique, les filaments représentent l'état adulte du champignon et il les décrit sous le nom de mycélium. Les globules arrondis seraient, pour

lui, des spores formées d'abord dans l'intérieur du tube mycélien, puis devenues libres. Or, il a été facile de démontrer que les cellules rondes représentent, tout comme les cellules longues, l'état adulte du champignon et méritent également le nom de mycélium, pris au pied de la lettre. Elles sont, en effet, capables de reproduire des formes semblables par bourgeonnement et se forment par scissiparité aux extrémités ou sur les côtés des formes allongées. On peut d'ailleurs rencontrer tous les intermédiaires entre les formes arrondies que nous désignerons désormais sous le nom de formes globuleuses ou de formes levûres, et les formes allongées que nous appellerons formes filamenteuses avec MM. Roux et Linossier, ou formes dématioïdes avec M. Laurent. Sur des cultures artificielles, on peut, du reste, plus facilement observer le mode de végétation de ce champignon et étudier ses procédés de multiplication et de reproduction.

Cultures du muguet. — Il est facile d'obtenir des cultures pures du muguet. MM. Roux et Linossier conseillent d'ensemencer avec une parcelle d'enduit buccal des plaques ou des tubes d'Esmarch préparés avec de la gélatine ordinaire (probablement alcaline bien qu'ils ne le spécifient pas). Au bout de quarante-huit heures et avant les autres microbes de la bouche, on voit apparaître, disent-ils, de petites colonies blanches, arrondies, qui croissent, se surélèvent, prennent un aspect crémeux et sont exclusivement constituées par des formes levûres isolées ou bourgeonnantes. Ces colonies atteignent 4 à 5 millimètres de diamètre mais ne les dépassent guère.

Telle est la méthode peu explicite qu'indiquent ces auteurs et peut-être faut-il y chercher la raison pour laquelle ils n'ont obtenu que difficilement des formes filamenteuses dans leurs cultures ultérieures. La gélatine ordinaire, neutre ou alcaline, nous a semblé être un mauvais milieu d'isolement du muguet. Si elle est trop alcaline, les microbes de la bouche y croissent rapidement en liquéfiant la gélatine. Si, au contraire, on emploie la gélatine faite avec l'eau de touraillons à 1 p. 100, en raison de la faible acidité de ce milieu, le muguet se développe à l'exclusion des autres micro-organismes buccaux et l'on obtient d'emblée une culture pure douée d'une grande puissance végétative; car les colonies dépassent de beaucoup les dimensions indiquées comme maximum par MM. Roux et Linossier. Ces colonies varient d'aspect suivant qu'elles occupent la profondeur ou la surface. Les premières se présentent sous la forme d'une sphère brunâtre d'où partent des prolongements rayonnés. Celles, au contraire, qui atteignent la surface, forment une saillie bien circonscrite, lisse et d'un blanc mat.

Tous les milieux solides usuels peuvent être utilisés pour la culture du muguet. Mais celui qui semble être son milieu de prédilection, sur lequel il revêt son aspect le plus caractéristique, est la carotte cuite stérilisée en tubes suivant la méthode de M. Roux. On obtient en quarante-huit heures une magnifique culture d'un blanc éclatant et immaculé, du plus bel effet sur le fond rouge ou jaune de la carotte. Cette culture est presque exclusivement composée de formes levûres.

M. Laurent a obtenu de très belles cultures filamenteuses sur le moût de bière gélatinisé.

Sur les milieux liquides, le champignon du muguet n'a pas de tendance à former à la surface un voile mycodermique. Ses éléments tombent au fond du liquide et comme la submersion nuit à leur développement, par suite de l'avidité du muguet pour l'oxygène, les cultures sont, toutes choses égales d'ailleurs, moins belles sur milieu liquide que sur milieu solide.

Modes de reproduction du muguet. — Si l'on étudie au microscope l'accroissement des colonies du muguet, on constate que le bourgeonnement ou la scissiparité directe est son unique mode de reproduction. Sur les milieux ordinairement employés, on ne voit jamais se reproduire par sporulation véritable. Les formes levûres qui semblent être le faciès végétatif normal de la plante, se reproduisent rapidement et se séparent hâtivement. Les formes filamenteuses se forment aux dépens des formes levûres de deux manières bien distinctes. Tantôt un petit bourgeon apparaît sur un point d'un globule de levûre et, se séparant aussitôt par une cloison, s'étire rapidement en un article filamenteux susceptible d'en reproduire d'autres semblables. Dans d'autres cas (et c'est alors que l'on pourrait croire véritablement à la germination d'une spore), le globule pousse en un point quelconque un prolongement en doigt de gant dont le protoplasma se continue avec celui du globule primitif et ne s'en sépare qu'ultérieurement.

Mais les véritables spores, que Grawitz semblait avoir déjà vues et décrites sous le nom de formes durables, ont été surtout étudiées par MM. Roux et Linossier. Ces observateurs les ont obtenues en cultivant le champignon du muguet sur un liquide sucré exclusivement minéral connu sous le nom de liquide de Nœgeli. Elles se présentent sous la forme de sphères de 14 à 20 μ, situées à l'extrémité d'un chapelet de formes levûres volumineuses et gorgées de glycogène. Ces sphères contiennent d'abord un protoplasma bosselé qui se résout ensuite en un grand nombre de granulations entourant un globule central plus volumineux. Si l'on appuie sur la lamelle qui la recouvre ou si l'on dilue le liquide dans lequel elle se trouve, on amène la rupture de la chlamydo-spore, suivant le nom que MM. Roux et Linossier donnent à ces curieux organes. Cette déhiscence se produit sous forme d'une fente en V et amène la projection au dehors des granulations et du globule central qui constitue la véritable spore et dont les auteurs nommés ci-dessus ont pu surprendre la germination.

Ces chlamydo-spores semblent être les seules formes durables du champignon du muguet. Même dans les cultures en surface, on ne peut constater, comme chez les levûres vraies, la formation d'asques ou ascospores dans l'intérieur des globules. Les apparences décrites par MM. Roux et Linossier sous le nom de pseudo-asques, pseudo-sporanges, ne sont que des formes involutives dues au développement du champignon sur un milieu peu propice.

II

ALIMENTATION DU MUGUET

Oxygène. — Le champignon du muguet est peu exigeant pour son alimentation et parvient même à utiliser un certain nombre de substances qui sont inattaquables pour la plupart des champignons inférieurs. Mais les processus qu'il provoque sont plus souvent des processus d'oxydation que de réduction. Il est donc nécessaire pour lui de pouvoir emprunter à l'air extérieur l'oxygène dont il a besoin, soit

directement pour sa vie cellulaire intime, soit indirectement pour l'accomplissement des phénomènes chimiques auxquels il donne naissance. En un mot, le parasite du muguet est un aérobie vrai, et ne peut vivre, comme beaucoup de levûres, anaérobiquement, c'est-à-dire en se servant uniquement pour son processus vital d'oxygène déjà combiné. L'absence prolongée d'oxygène libre peut même le tuer, ainsi que l'ont démontré MM. Roux et Linossier.

Réaction du milieu de culture. — Les recherches de Gubler semblaient avoir établi qu'une acidité moyenne était utile sinon nécessaire au développement du champignon du muguet. Aussi, l'étonnement fut-il grand, lorsque Audry vint annoncer que, dans des milieux artificiels, les cultures étaient aussi belles et aussi abondantes sur des liquides alcalins que sur des liquides neutres ou acides. MM. Roux et Linossier sont allés plus loin et ont démontré par des pesées soigneuses que l'acidité gênait plutôt qu'elle ne favorisait le développement, tandis qu'au contraire l'addition d'une petite quantité d'alcali rendait la récolte plus abondante. Les cultures les plus abondantes ont été obtenues sur des milieux contenant 2 grammes de carbonate de soude par litre et de ce maximum, le poids du végétal décroît à mesure que l'acidité apparaît, pour devenir nul dans un liquide contenant 24 grammes d'acide tartrique par litre. Nous verrons plus loin pourquoi les choses ne se passent pas de même dans l'organisme.

Aliments hydrocarbonés. — Parmi les aliments hydrocarbonés que peut utiliser le champignon du muguet, il faut placer au premier rang le glucose. De tous les sucres, en effet, le glucose est celui qui sert le plus facilement à la nutrition des végétaux inférieurs. Beaucoup de ces derniers n'utilisent même certains autres sucres qu'après les avoir transformés en glucose à l'aide de leurs diastases. D'après MM. Roux et Linossier, le champignon du muguet ne se comporterait pas ainsi et brûlerait le saccharose sans lui avoir fait subir de transformation préalable. Quant à la lactose, il n'a aucune action sur elle et ne peut s'en servir comme d'aliment, non plus que de l'amidon. En revanche, il s'accommode assez bien de la mannite et de la dextrine, mais, à l'inverse des levûres, ne peut se développer au dépens de l'érythrite. En revanche, contrairement à ces dernières, le champignon du muguet peut brûler l'alcool et le transformer en aldéhyde, produit d'oxydation [supérieur. La glycérine et l'albumine semblent être pour lui un mauvais aliment respiratoire, ainsi que l'acide tartrique et les tartrates qui n'ont donné que des récoltes extrêmement faibles, bien qu'ils constituent l'aliment de prédilection d'un certain nombre de végétaux inférieurs. Parmi les autres acides expérimentés, l'acide lactique et les lactates ont donné un résultat positif, alors que le champignon ne se développait point dans les liquides où l'alimentation hydrocarbonée n'était représentée que par l'acide acétique, l'acide oxalique ou leurs sels.

Alimentation azotée. — L'alimentation plastique par excellence du champignon du muguet semble être la peptone. Cette dernière peut, en effet, complètement suffire à sa nutrition et MM. Roux et Linossier ont obtenu, sur un liquide ne contenant que de la peptone comme aliment utilisable, des récoltes très abondantes et excédant de plus d'un tiers le poids de leurs plus belles cultures sur glucose. Les autres substances azotées lui sont beaucoup moins favorables. Sur un milieu sucré, on a, par addition de peptone, une récolte double de celle que l'on obtient par l'addition de leucine, qui occupe pourtant le second rang dans cette échelle alimentaire. Puis viennent les sels ammoniacaux, tartrates et sulfates, et, presque sur le même plan, le glycocolle, la tyrosine et l'asparagine, enfin, loin derrière, l'urée et l'acétamide. La gélatine et l'albumine ne donnent que des cultures minimes. Enfin, l'azote présenté sous forme de nitrates semble être complètement inutilisable.

Action du champignon sur le milieu. — Les transformations que produit le champignon du muguet dans les milieux où il se développe, ont été également l'objet des recherches de MM. Roux et Linossier et de M. Laurent. Ces observateurs sont d'accord pour regarder cet hyphomycète comme un ferment alcoolique faible, ne pouvant transformer en alcool qu'une quantité de sucre inférieure à celle que décomposerait un même poids de levûre vivant dans les mêmes conditions. M. Laurent n'a obtenu que 0,6 p. 100 d'alcool. MM. Roux et Linossier, dans des cas exceptionnels, n'ont pu dépasser 5 p. 100. Les autres produits de désassimilation du muguet sont d'une oxydation plus élevée. En dehors de l'acide carbonique, terme ultime de la combustion, le plus important est l'aldéhyde que l'on ne rencontre que dans un petit nombre de fermentations alcooliques et dont l'action toxique, pour les cellules vivantes, pourrait peut-être jouer un rôle dans la physiologie pathologique du muguet. On trouve également dans les milieux de culture de l'acide acétique qui peut être le résultat du processus vital du champignon ou est simplement dû à l'oxydation de l'aldéhyde au contact de l'oxygène de l'air.

Action des milieux sur le champignon. — Inversement, le milieu, dans lequel il vit, a une influence considérable sur le mode de végétation du muguet. Il semble, en effet, qu'il se rapproche d'autant plus de la forme globuleuse qu'il se trouve dans des conditions plus favorables à son développement. M. Laurent voit dans cette fragmentation un moyen d'augmenter les surfaces de contact des cellules entre elles et le milieu extérieur. Cette vue de philosophie générale nous semble être d'une grande portée. Et l'on comprend ainsi pourquoi les cultures en surface, sur milieu solide et au contact de l'air, se présentent surtout sous la forme levûre, alors que l'on rencontre surtout les formes filamenteuses dans les milieux liquides où l'oxygène se trouve, en général, en quantité insuffisante.

Non moins intéressante nous semble être la loi que MM. Roux et Linossier ont déduite de leurs expériences. D'après eux, la complication de la forme croît en raison directe du poids moléculaire de l'aliment. Dans les milieux au glucose, on ne trouve, par exemple, que des formes levûres; les formes filamenteuses sont, au contraire, en majorité en présence de l'albumine seule. Une action curieuse et encore inexpliquée est celle des nitrates. L'addition d'une faible quantité de nitrate à un liquide nutritif amène rapidement la formation d'un grand nombre de filaments sans néanmoins diminuer la récolte. On retrouve le nitrate intact dans le milieu. Son action semble donc être purement catalytique, car il semble n'agir ni comme aliment, ni comme toxique.

III

CLASSIFICATION DU MUGUET

La place qu'il doit occuper dans la classification botanique, reste comme un point d'interrogation à la fin de cette longue histoire biologique. Sans entrer dans le détail des discussions botaniques qui nous entraîneraient hors des limites et de l'esprit de cette Revue, nous devons répondre à plusieurs questions.

Le muguet peut-il conserver le nom d'Oïdium albicans? Non, sans doute; car les oïdium, comme les erysiphes, dont ils forment un genre, sont formés d'un mycélium à l'extrémité et *dans l'intérieur* duquel apparaissent des spores qui, plus tard, deviennent libres. L'absence de spores endogènes étant démontrée, depuis que l'on connaît les formes levûres du muguet, il est impossible de donner au muguet le nom d'oïdium qui constitue une grossière erreur botanique.

Est-ce une levûre? Pas davantage probablement. M. Pasteur, Hansen et, plus récemment, de Seynes considèrent, comme caractéristique des *levûres vraies* ou saccharomyces, le mode de reproduction par asques ou ascospores. Les asques sont des corps arrondis, réfringents, apparaissant, en général, au nombre de quatre à l'intérieur d'un globule de levûre qu'elles remplissent presque complètement. Devenues ensuite libres par disparition de la membrane d'enveloppe, elles sont ultérieurement le point de départ d'un nouveau globule de levûre. Or, rien de pareil dans le muguet, nous ne pouvons donc point le ranger parmi les saccharomyces, dont il s'éloigne, du reste, biologiquement par la non-consommation de l'érythrite, l'utilisation de l'alcool comme aliment et, enfin, par son caractère de ferment alcoolique faible.

Nous pencherons donc vers l'hypothèse qui considère le muguet comme le mode végétatif inférieur d'une moisissure ou d'un autre hyphomycète, dont la forme parfaite est encore inconnue. Tel est l'avis de Plaut qui l'identifie à la Monilia candida, de MM. Roux et Linossier qui le rapprochent de certains mucor, et de M. Laurent qui le considère comme un dématium.

En somme, la question restera en suspens, tant que l'on n'aura pas trouvé un milieu sur lequel le champignon du muguet revête une forme suffisamment caractéristique pour entraîner toutes les convictions.

IV

LE CHAMPIGNON DU MUGUET CONSIDÉRÉ COMME PARASITE

Maintenant que nous connaissons les principales propriétés biologiques du champignon du muguet, nous pouvons concevoir qu'il puisse se développer comme parasite et étudier quelles sont les conditions les plus favorables à son développement chez l'homme.

En fait, l'étiologie du muguet est simple. On le rencontre en général sur les organismes affaiblis, principalement chez les enfants du premier âge présentant les troubles d'évolution dont Parrot décrit l'ensemble sous le nom d'athrepsie. On l'observe aussi chez l'adulte, dans un grand nombre de maladies déprimantes et cachectisantes. Nous citerons, comme les plus importantes, la fièvre typhoïde, la tuberculose miliaire, la phthisie pulmonaire et le cancer parvenus à leur dernière période. M. Guyon a insisté sur sa fréquence chez les vieux urinaires. En un mot, le développement du muguet semble être le signe d'une déchéance vitale considérable. Malgré l'opinion contraire de Trousseau et de M. Bouchut, Parrot n'admet point la possibilité de l'apparition du muguet chez l'enfant parfaitement sain et les expériences de Delafond sur le muguet des agneaux semblent donner raison à cette affirmation. Cet auteur, après avoir vainement essayé de communiquer le muguet à un agneau sain, bien nourri, dont la salive était alcaline, le soumit à un régime débilitant (fatigues, abstinence) et, déposant alors sur la langue des cryptogames du muguet, il vit apparaître constamment la production crémeuse caractéristique de la maladie confirmée. Notons, toutefois, que, chez l'homme adulte, il peut en être autrement ainsi que l'a signalé M. Brocq, qui a observé le muguet en dehors de toute influence cachectisante.

Il faut ajouter du reste qu'à l'état général vient se surajouter fréquemment un mauvais état local, tant chez les agneaux malades, dont la bouche est ordinairement fongueuse, que chez les enfants athrepsiés qui présentent souvent les ulcérations caractéristiques décrites par Parrot.

Nous avons vu plus haut quelle influence considérable l'alimentation du muguet exerçait sur l'abondance de son développement. Nous devons donc nous demander, *en pratique*, aux dépens de quelle substance le muguet se nourrit dans la bouche. MM. Roux et Linossier ont cherché à le faire développer sur de la salive et n'y ont point réussi. Ce résultat n'a pas lieu de nous étonner, car chez les malades, enfants ou adultes, sur lesquels on rencontre habituellement le muguet, la sécrétion salivaire est, en général, réduite à son minimum. Les glandes salivaires ne commencent, en effet, à fonctionner que vers la fin du deuxième mois (Parrot, Hénoch) et la sécheresse de la bouche constitue un des symptômes classiques de la dothiénentérie, de la fièvre hectique et de la cachexie urinaire. Il est donc, au contraire, probable que cette hyposécrétion constitue un élément favorable au développement du muguet, et que ce dernier trouve, dans les parcelles alimentaires séjournant dans la bouche, des éléments suffisant à sa nutrition. La stase alimentaire est, du reste, plus considérable chez ces malades que chez les individus sains et cela, pour plusieurs raisons. En première ligne, l'état d'affaiblissement dans lequel ils se trouvent, amène une diminution de l'excitation réflexe, ayant pour résultat un trouble dans la déglutition. Cet acte, en effet, chez eux, se fait en une seule fois et n'est pas suivi de contractions secondaires qui, chez le sujet sain, entraînent les dernières parcelles alimentaires qui avaient échappé à la première déglutition. En second lieu, la toilette de la bouche leur est difficile, en raison de l'état de sécheresse de la muqueuse qui diminue la précision et l'efficacité des mouvements de la langue. Enfin la salivation étant diminuée, il ne se produit pas de déglutitions spontanées en dehors de l'alimentation.

Théoriquement donc, on comprend la possibilité du développement du muguet aux dépens des débris alimentaires. Voyons si, pratiquement, les choses peuvent se passer ainsi.

Le lait constitue l'aliment le plus important de presque tous les malades dont nous parlons, enfants, dothiénentériques, urinaires.

Si le champignon du muguet trouvait dans le lait une substance favorable à sa nutrition, la question serait facilement résolue. Mais il n'en est point ainsi et MM. Roux et Linossier ont démontré que, dans du lait stérilisé, on n'ob-

tenait qu'un développement inappréciable. Il faut donc que ce lait subisse, pendant sa stase intrabuccale, des modifications chimiques telles, qu'elles le transforment en une substance pouvant être utilisée par le parasite. Nous avons vu qu'il ne fallait point compter sur la salive, absente ou très diminuée. Nous sommes donc amené à voir dans le développement du muguet un phénomène secondaire et consécutif à une première fermentation microbienne. Cette fermentation primitive, que M. Quinquaud admettait dès 1868, aurait, pour effet, la production d'un acide, probablement d'acide lactique qui, nous l'avons vu plus haut, constitue pour le muguet un aliment suffisant. Nous trouvons ainsi expliquées, d'une manière toute naturelle, la stomatite érythémateuse qui précède, en général, d'un à deux jours le muguet, ainsi que l'acidité de la bouche qui, avec Gubler, avait pris une si grande importance dans la pathogénie du muguet.

Les cultures sur milieux neutres et alcalins ont peut-être un peu trop rejeté dans l'ombre l'influence de cette acidité. Il faut, en effet, se souvenir que, si l'alcalinité, en elle-même, ne constitue pas une condition défavorable au parasite du muguet, elle est une condition presque nécessaire du développement du plus grand nombre des schizomycètes. Ces derniers, coques et bactéries, créent, à notre champignon, une concurrence vitale redoutable, concurrence qui disparaît presque complètement en milieu acide. Ainsi le parasite qui, dans les liquides stérilisés, se cultive mieux en milieu alcalin, se développera mieux en milieu acide dans la bouche, habitat de si nombreux microbes.

Nous pouvons donc, dès à présent, concevoir ainsi la pathogénie du muguet divisée en trois temps :

1° Affaiblissement de l'organisme, diminution de la sécrétion salivaire, stase alimentaire ;

2° Fermentation microbienne ayant pour résultat de produire l'acidité du milieu intrabuccal et la formation de substances pouvant servir d'aliments au champignon du muguet ;

3° Ensemencement et culture sur ce milieu du champignon du muguet, dont les germes sont apportés soit par l'air des salles d'hôpital où Lebrun a pu le retrouver, soit par une contagion directe.

Ceci établi, on pourra concevoir qu'un autre champignon puisse se développer sur le milieu préparé au muguet et M. Troisier et moi, publierons ultérieurement un cas dans lequel une levûre vraie, se développant sur le pharynx d'un dothiénentérique, a donné lieu à une angine crémeuse cliniquement semblable à celle que produit le muguet.

V

DISTRIBUTION DU MUGUET ; ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE

Etant ainsi précisées, les conditions qui doivent se trouver remplies pour le développement du muguet dans l'organisme, en quels points seront-elles réalisées, en un mot quelles seront les parties spécialement affectées par le muguet?

Muguet buccal. — Le tégument buccal est, surtout chez les enfants, le premier et souvent le seul affecté. Le plus souvent, le parasite élit primitivement domicile sur le dos de la langue, sous forme de petites masses isolées, d'abord arrondies, d'un blanc éclatant et opaque, qui s'agrandissent excentriquement et constituent, par leur fusion, une couche membraniforme épaisse, inégale et tomenteuse. Il envahit ensuite les bords et, plus tardivement, la face inférieure de la langue, formant quelquefois à cet organe un étui de plusieurs millimètres d'épaisseur qui apporte mécaniquement une grande gêne à ses mouvements. Rare sur les gencives, le champignon se développe abondamment sur la face interne des lèvres et sur celle des joues. En ce dernier point, néanmoins, les mouvements de mastication soumettant la muqueuse à un frottement continuel, les masses parasitaires se montrent surtout très abondantes au niveau de l'espace inter-maxillaire sous forme d'un triangle allongé d'arrière en avant. Souvent aussi, ces productions s'accumulent dans le sillon gingival, donnant lieu à des amas informes et semblables à du lait caillé. Lorsque le voile du palais et la voûte palatine sont envahis, le champignon se montre à ce niveau sous forme de plaques circinées, peu épaisses, s'accroissant excentriquement. La bouche peut être ainsi revêtue, dans sa presque totalité, d'une couche d'épaisseur inégale et d'un blanc éclatant. Au bout de peu de temps néanmoins, la couleur blanche fait place à une teinte jaune verdâtre, mise, avant Valleix, sur le compte des vomissements bilieux, qui sont souvent contemporains du muguet. Mais Valleix a démontré que l'on observait souvent ce changement de coloration chez des sujets qui n'avaient jamais présenté de vomissements et l'on admet généralement que les couches les plus superficielles, desséchées par l'action du courant d'air buccal, se racornissent et prennent cet aspect brunâtre et fendillé qui peut aller jusqu'à rendre le muguet complètement méconnaissable. De pareilles apparences peuvent, du reste, être observées sur de vieilles cultures.

Muguet du pharynx. — De la bouche, le muguet envahit souvent le pharynx, tantôt sous forme de grains isolés, tantôt sous celle de gros amas dans les gouttières. Il peut aussi s'y développer primitivement, et Damaschino et M. Duguet ont insisté sur ce muguet primitif du pharynx dans la fièvre typhoïde, forme qui s'accompagne souvent d'une dysphagie très pénible. Un fait intéressant et dont l'histologie rend bien compte, c'est que, même chez les sujets porteurs de division congénitale du voile du palais, il ne franchit jamais l'orifice des fosses nasales, ni celui du larynx, s'arrêtant net là où commence le revêtement épithélial à cils vibratiles.

Muguet de l'œsophage. — L'œsophage, quand il est atteint par le muguet, est, en général, très éprouvé. Il peut être envahi en entier ou seulement dans ses deux tiers inférieurs. En tout cas, la production parasitaire s'arrête toujours un peu au-dessus du cardia, qu'elle n'envahit jamais. Quelquefois discrète, sous forme de grains arrondis, ou de plaques ellipsoïdes plus ou moins allongées suivant l'axe de l'œsophage, elle forme, le plus souvent, par sa confluence, un revêtement complet à la muqueuse rouge, macérée et souvent exulcérée. L'adhérence du muguet est plus grande à ce niveau que dans le pharynx ou la bouche et, après l'action d'un filet d'eau, les parties les plus superficielles étant entraînées, il reste une couche épaisse de plusieurs millimètres formée de feuillets longitudinaux, de saillies s'entrecroisant en plusieurs sens, présentant un aspect que Parrot compare à celui d'une écorce d'érable.

Dans certains cas, le canal peut être complètement obstrué et l'alimentation devenir mécaniquement impossible.

Muguet de l'estomac. — Malgré les vagues descriptions antérieures de Lélut, Valleix et Billard, on peut dire que c'est à Parrot que revient l'honneur d'avoir établi le premier, d'une manière irréfutable, la possibilité du développement du champignon du muguet à la surface de la muqueuse gastrique. Son aspect y est si différent de ce que nous avons décrit jusqu'ici que, pour une telle affirmation, la vérification microscopique était nécessaire. Le muguet gastrique se présente, en effet, sous la forme de grains isolés, souvent voilés par une épaisse couche de mucus et dont le volume atteint, au maximum, la grosseur d'un grain de millet, les plus petits n'étant visibles qu'à la loupe. Leur coloration est ordinairement jaune cire et leur centre souvent déprimé, ombiliqué, ce qui leur donne l'aspect de godets faviques. Très adhérentes à la muqueuse sous-jacente, avec laquelle elles font corps pour ainsi dire, ces végétations siègent de préférence sur la face postérieure de l'estomac, au niveau de la petite courbure et à proximité du pylore. La muqueuse semble bien les tolérer, et ne présente pas autour d'elles grande réaction inflammatoire.

Muguet intestinal. Muguet de l'anus. — Valleix, Seux et Robin ont décrit un muguet intestinal, mais leur description n'emporte pas la conviction de Parrot qui, néanmoins, a observé deux cas, dans lesquels le parasite avait envahi le cæcum. Dans une de ces observations, il se présentait sous l'apparence de plaques de couleur marron, dans l'autre, sous forme de petits mamelons jaunâtres.

Quant au muguet de l'anus, indiqué par Robin et M. Bouchut, la vérification microscopique n'en a jamais été faite. Dans certains cas, Parrot a observé en cette région des amas épithéliaux, d'apparence pultacée, qui pouvaient, au premier abord, en imposer pour des productions de muguet. Mais, dans tous les cas, le microscope ne put y déceler que des cellules épithéliales desquamées.

Muguet glottique. — Nous avons vu plus haut, à propos du muguet du pharynx, que la production parasitaire s'arrêtait à l'entrée du larynx, au point exact où l'épithélium pavimenteux fait place à l'épithélium à cils vibratiles. Il semble, en effet, *a priori* que ce mode de revêtement, empêchant toute stase soit des germes du champignon, soit des matières aux dépens desquelles il pourrait se développer, constitue un mauvais terrain pour le muguet. La clinique donne raison, dans ce cas, à la théorie et Parrot n'admet la possibilité du muguet qu'au niveau des cordes vocales inférieures qui sont revêtues d'un épithélium pavimenteux stratifié. Dans les onze cas qu'il a observés, la végétation apparaissait sous forme de grains blancs opaques, arrondis ou allongés, suivant le grand axe de l'orifice. De cette base solide d'implantation, le muguet peut envahir de proche en proche les parties très voisines, bien que revêtues d'épithélium à cils vibratiles. Mais jamais, d'après Parrot, le parasite ne peut primitivement s'implanter sur le reste de la muqueuse trachéo-bronchique. On ne peut arriver à une conclusion contraire en soumettant à une critique attentive les quelques faits affirmatifs rapportés par Gubler.

Muguet pulmonaire. — Il constitue une rareté pathologique et le seul cas connu est celui de Parrot. Il s'agit d'un enfant athrepsié, à l'autopsie duquel il trouva, au sommet du poumon droit, un petit noyau de la grosseur d'un noyau de cerise, jaunâtre sur des coupes et formé par un amas de cellules globuleuses et filamenteuses ayant dissocié le tissu pulmonaire. La bouche et l'œsophage étaient recouverts d'une couche épaisse de muguet.

Muguet du sein. — Les conditions nécessaires au développement du muguet peuvent se produire au niveau du mamelon et le parasite, apporté par un enfant atteint de muguet buccal, s'y développer sans revêtir d'aspect particulier.

Muguet des organes génitaux. — Le champignon peut aussi trouver un milieu favorable dans l'urine des diabétiques et, chez ces malades, envahir la vulve ou la face interne du prépuce, pouvant mettre ainsi sur la voie du diagnostic de la maladie causale.

VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE

Les rapports que le muguet affecte avec la muqueuse sous-jacente varient avec la nature de cette muqueuse et le parasite se comporte différemment à la surface des muqueuses à épithélium pavimenteux ou à épithélium cylindrique.

Muqueuses à épithélium pavimenteux. — Dans la bouche, le pharynx, l'œsophage et même au niveau des cordes vocales inférieures, le champignon du muguet peut se comporter de deux façons : tantôt s'étendant en largeur et n'intéressant que la couche épithéliale ; tantôt pénétrant perpendiculairement dans le chorion même de la muqueuse et intéressant les éléments du derme. Parrot décrit la première variété sous le nom de muguet épithélial, la seconde sous le nom de muguet dermique. Le muguet épithélial, que l'on observe surtout sur la voûte palatine et le voile du palais, constitue la première étape dans le développement du champignon. Sur une coupe perpendiculaire à la muqueuse, on voit que les lésions sont d'autant plus grandes que l'on se rapproche de la couche la plus superficielle de l'épithélium. Cette dernière est complètement dissociée par les éléments parasitaires et les cellules épithéliales qui la composent affectent les directions les plus diverses. Plus profondément, les éléments étrangers deviennent plus rares et les cellules épithéliales conservent leur direction horizontale. Les couches profondes sont saines, bien qu'au niveau du corps muqueux, on puisse noter une certaine exagération dans l'intensité de la prolifération nucléaire.

Mais le champignon peut pénétrer plus avant, franchir le corps muqueux, pénétrer dans le chorion et constituer le muguet dermique, dont l'existence, niée par Gubler et Robin, a été définitivement établie par Virchow, Wagner et Parrot. Dans les cas intenses, l'épithélium, les saillies papillaires ont disparu. Les éléments dermiques qui forment la surface libre sont enchevêtrés avec les éléments parasitaires au point de devenir méconnaissables. On trouve à ce niveau les formes globuleuses unies aux formes filamenteuses. Plus profondément, les formes levûres deviennent plus rares, et l'on peut distinguer autour des formes filamenteuses, s'enfonçant profondément dans l'épaisseur du chorion muqueux, les éléments normaux dissociés par une infiltration embryonnaire intense. Cette infiltration qui intéresse le derme muqueux et la couche conjonctive sous-muqueuse peut s'étendre principalement dans l'œsophage

jusqu'à la tunique musculaire et à la tunique fibreuse périphérique.

Il va sans dire que ces deux lésions ne sont que deux degrés différents d'un même processus et qu'entre ces cas extrêmes, il y a place pour tous les intermédiaires. On doit aussi, dans la pathogénie de ces lésions, faire la part des micro-organismes pathogènes (streptocoques, staphylocoques), qui existent presque toujours conjointement au parasite du muguet.

Muqueuses à épithélium cylindrique. — C'est du muguet gastrique qu'il s'agit surtout ici, et nous ne pouvons mieux faire que de citer ici, l'excellente description de Parrot :

« Les glandes sont détruites dans leur région superficielle. A leur place, on trouve les éléments du muguet, avec de l'épithélium glandulaire et des corpuscules sporiformes très petits qui, chez les athrepsiés, existent toujours abondamment à la surface des voies digestives et respiratoires. Les culs-de-sac glandulaires sont remplis de spores et ressemblent à des calebasses que l'on aurait remplies de millet. On n'y voit point de tubes, quelque soin que l'on mette à les chercher. Le parasite a pénétré aussi dans les espaces inter-glandulaires, mais en petite quantité. Les spores deviennent beaucoup plus rares à partir de la couche sous-muqueuse où l'on voit un certain nombre de tubes qui s'enfoncent dans la tunique celluleuse, à peu près perpendiculairement à la direction de ses fibres. Ces tubes pénètrent dans les vaisseaux et sont peut-être le point de départ des coagulations sanguines que l'on y constate. Je ne les ai jamais suivis jusqu'à la tunique musculeuse. Entre eux, on trouve des spores en très petit nombre et l'on remarque que les noyaux du tissu conjonctif ont proliféré. »

On voit par cette description que, là aussi, les formes globuleuses prédominent à la surface et les formes filamenteuses dans la profondeur.

Rapport du champignon du muguet avec les vaisseaux ; sa pénétration dans la circulation générale. — Nous sommes déjà loin de l'opinion des auteurs qui ne voulaient voir dans le muguet qu'un parasite de surface et nous l'avons vu, pareil au Chionyphe Carteri, le parasite du pied de Madura, s'enfoncer perpendiculairement dans la profondeur du derme, en y produisant des désordres considérables. Mais des observations récentes démontrent qu'il peut aller encore plus loin et pénétrer dans l'intérieur des vaisseaux. De là, entraîné dans la circulation générale, il peut se développer secondairement dans des organes éloignés, les reins et la rate par exemple. Virchow et Wagner avaient déjà signalé, peu explicitement toutefois, la présence de filaments de muguet dans l'intérieur des vaisseaux dermiques. Parrot avait noté principalement dans le muguet gastrique la prolifération péri-vasculaire et la thrombose des vaisseaux mettant pourtant en doute la possibilité de la pénétration du parasite dans le torrent circulatoire. Dans un volumineux travail, Heller put établir, d'après un grand nombre d'observations, que la présence des formes filamenteuses dans l'intérieur des vaisseaux n'était point, comme l'avaient prétendu certains auteurs, un phénomène posthume. Mais recherchant le champignon du muguet dans différents organes, il n'avait obtenu aucun résultat positif.

Les expériences de Klamperer avaient pourtant démontré que le muguet est susceptible de se développer dans l'intérieur des organes lorsqu'il y est introduit par la voie sanguine. Injectant en effet, dans la veine auriculaire du lapin, un ou plusieurs centimètres cubes d'une culture pure de muguet, il vit se développer une mycose rapidement mortelle et retrouva le parasite dans les organes des animaux infectés. Ces importantes expériences ont été reproduites et confirmées par MM. Roux et Linossier. Une vérification semblable manquait encore chez l'homme, car l'absence de culture pouvait faire considérer comme douteux les cas de Zenker (1862) et de Ribbert (1879), qui signalèrent la présence du parasite du muguet à l'intérieur d'abcès cérébraux multiples. Cette lacune vient d'être comblée par Schmorl (de Leipzig), qui a publié une observation de muguet généralisé. Il s'agit d'une petite fille de dix ans, morte d'une dothiénentérie au cours de laquelle elle avait présenté un muguet œsophagien très intense. L'étude sur plaques du parenchyme splénique et du rein démontra dans ces organes la présence de champignons du muguet unis au streptocoque et au staphylocoque pyogène. Schmorl put même retrouver le champignon sur des coupes d'un abcès miliaire du rein. Il affectait une forme étoilée rappelant un peu celle de l'actinomycète. Cette forme se rapproche du reste de celle que Klemperer, MM. Roux et Linossier ont rencontrée dans leurs mycoses expérimentales.

VII

TRAITEMENT

De la connaissance de la nature parasitaire du muguet, une déduction thérapeutique fort simple découle. Les antiseptiques, en détruisant le parasite, arrêteront facilement le mal dès le début. Les recherches de Plaut ont amené cet auteur à reconnaître que l'agent le plus actif était le sublimé au millième. Il existe pourtant en pratique un autre traitement, le traitement par les alcalins, basé sur l'hypothèse de Gubler : à savoir la nécessité d'un milieu acide pour le développement du muguet. Les recherches de M. Audry ayant montré l'inanité du point de départ, la pratique en a été néanmoins conservée à cause de son efficacité. MM. Roux et Linossier ont attribué cette action des alcalins à la nécessité d'un milieu acide pour la transformation de la lactose en un corps utilisable pour le parasite. Les expériences ingénieuses, par lesquelles ils sont arrivés à la démonstration de ce fait, ne nous semblent pas devoir sortir du domaine théorique et, comme nous l'avons vu plus haut, nous serions plutôt porté à admettre que le muguet se développe mieux en milieu acide dans la bouche, surtout parce que les autres micro-organismes y croissent moins bien et que, par cela même, la concurrence vitale y est moindre.

Du reste, l'action des collutoires, telle que l'on en trouve la composition dans les formulaires, ne doit pas être rapportée souvent à leur alcalinité. Le borax, que l'on emploie souvent comme alcalin, se décompose au contact de la glycérine ou du glucose du miel rosat, et comme nous nous en sommes assuré, les préparations ainsi faites offrent une réaction acide. Les collutoires, préparés à chaud avec du sirop de sucre, gardent seuls une réaction alcaline notable.

L'action des alcalins reste donc problématique et il vaut mieux avoir recours aux antiseptiques facilement maniables, l'acide borique par exemple. Les lavages avec la solution de sublimé au millième seront réservés pour les cas graves et tenaces.

Bibliographie. — Le muguet comme végétal (en majorité d'après MM. Roux et Linossier). — Langenbeck. Froriep's Notizen, 1839. — Berg. Société médicale suédoise, 1842. — Robin. *Des végétaux qui croissent sar l'homme et les animaux*. Thèse de Paris, 1847; — *Histoire des végétaux parasites*, Paris, 1853. — Hausmann. *Die Parasiten der Weiblichen Geschlechtorgane*, Berlin, 1870. — Quinquaud. Nouvelles recherches sur le muguet, *Archives de physiologie*, 1868. — Burckhardt. Ueber Soor und dieser Krankheit eigenthümlichen Pilz, *Charité Annalen*, 1864. — Hallier. *Die pflanzlichen Parasiten des menschlichen Korpers*, Leipzig, 1866. — Rees. Ueber den Soorpilz, *Sitzunsb. der phys. med. Soc. zu Erlangen*, Juli, 1877; — Ist Soor und Kahmpilz identisch, *Erlangen*, Januar, 1878. — Grawitz. Zur Botanik des Soors und Dermatomykosen, *Deutsch. Zeitsch. f. prakt. médic.*, mai 1877; — Beitrage zur systematichen Botanik der Pflanzlichen Parasiten, *Virchow Archiv*. Bd. LXX; — Die Stellung des Soorpilzes in der mycologie der Kahmpilze, *Virchow Archiv.*, Bd. LXXII; Ueber die parasiten des Soors und des Favus, *Virchow Archiv.*, Bd. CIII. — Fischl. Die Entwickelung und der gegenwartige Stand unsere Kenntnisse über den Soor, *Centralbl. f. kinderheilkunde*, 1887, n° 16. — Kehrer. Ueber den Soorpilz, *Botan. Studié*, 1883. — Stumpf. Untersuch. über die natur des Soorpilzes, *Munchner artzlich. Intelligenzblatt*, 1885. — Baginsky. Ueber Soorculturen, *Deutsch. med. Woschensch.*, 1885, n° 50. — Klemperer. Ueber die natur des Soorpilzes, *Centralb. f. klin. med.*, 1885. — Plaut. *Beitrag. zur systmatischen Stellung des Soorpilzes in der Botanik.*, 1885; — *Neuer beitrag. zur system*, etc., Leipzig, 1887. — Audry. Sur l'évolution du champignon du muguet, *Revue de médecine*, 1887. — Roux et Linossier. Recherches morphologiques sur le champignon du muguet, *Archives de médecine expérimentale*, janvier 1890; — Recherches biologiques sur le champignon du muguet, *Archives de médecine expérimentale*, mars 1890; — Recherches chimiques sur le champignon du muguet, *Bulletin de la Société chimique*, décembre 1890. — Laurent. Bulletin de la société belge de microscopie, t. XVI, 1890; — Le muguet comme parasite; — *Dictionnaire Dechambre*, bibliographie jusqu'en 1874. — Parrot. *De l'athrepsie*, 1877. — Henoch. *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*. — Virchow. *Spec. Pathol. und Therap.*, Bd. I, p. 358. — Zenker. *Ber. d. bes. f. nat. und Heilk.*, Dresden, 1862. — Wagner. *Zur kenntniss des Soors des œsophagus. Jahrbuch d. kinderheilkunde*, 1868. — Ribbert. *Berlin. klin. Woschensch.*, 1879, p. 78. — Heller. *Tageblatt d. Heideilberg-Naturforschervers*, 1889. — Schmorl. Einfall von Soormetastase in der Niere, *Centralb. fur bacteriologie und Parasitenkunde*, 1890, n° 11. — Damaschino. Muguet du pharynx chez les typhiques, Société médicale des hôpitaux, 1882-1883. — Lebrun. *De la présence des spores de l'Oïdium albicans dans l'air des salles d'hôpital*, Thèse de Paris, 1883. — Duguet. Muguet primitif de la gorge, *France médicale*, 1882. — Brocq. *Du muguet développé chez l'adulte en dehors de tout état cachectique*, 1881.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 avril 1891. — Présidence de M. Nicaise.

RAPPORTS

Opérations sur l'intestin. — M. **TERRILLON** fait un rapport sur trois observations adressées par M. Boiffin (de Nantes). Dans la première, il s'agit d'un enfant nouveau-né de trois jours, chez lequel il pratiqua une laparotomie pour obstruction intestinale. Il trouva le péritoine rempli de méconium. L'enfant mourut. A l'autopsie, M. Boiffin constata trois rétrécissements de l'intestin grêle. Ce qu'il y a de particulier dans cette observation, c'est la variété et la multiplicité des rétrécissements.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, atteint d'une hernie crurale qui devint le siège d'un abcès, puis consécutivement d'une fistule stercorale. Celle-ci fut opérée u[illegible] [illegible]emière fois sans succès. Lorsque le malade vint trouver M. Boiffin, il avait de nouveau une petite fistule siégeant au sommet de la hernie crurale. M. Boiffin fit une incision, isola l'intestin, oblitéra la fistule par trois points de suture, réduisit et referma la plaie. Quelques jours après, la hernie s'étant reproduite, M. Boiffin défit la suture, pratiqua la résection intestinale et l'entérorrhaphie. La guérison fut rapide et complète.

La troisième observation a trait à un homme de vingt-huit ans, qui avait, à plusieurs reprises, présenté les symptômes d'occlusion intestinale, puis avait offert tous les signes d'une typhlite sans suppuration. Bientôt il se fit des évacuations de pus par la vessie et le rectum; l'état général s'aggrava. M. Boiffin fit une laparotomie latérale au niveau de l'induration; puis il fit une résection et une entéro-anastomose entre l'intestin grêle et la partie moyenne du colon transverse. Il avait trouvé, en effet, une masse solide, sans suppuration. Le malade a bien guéri. Cette observation montre qu'il peut être avantageux d'opérer une typhlite au début, alors même qu'elle ne suppure pas. M. Terrillon rappelle que cette opération a été faite avec succès par M. Chaput.

Bandage herniaire. — M. **BERGER** fait un rapport sur un bandage herniaire récemment présenté par M. le docteur Prévost (de Croissy), et construit par M. Meyrignac, fabricant à Paris.

Ce bandage, appelé bandage droit élastique, se compose d'une arcade métallique formée de trois formes s'articulant entre elles, devant embrasser la partie antérieure du bassin.



Les branches terminales de cette arcade viennent s'adapter à deux attelles métalliques perpendiculaires qui se placent en arrière des régions trochantériennes. Le système est fixé en arrière par une large bande élastique qui vient se boucler à l'attelle latérale droite.

Aux deux arcades latérales du ressort sont fixées les deux pelotes, qui, au moyen d'une vis qui court le long d'une rainure transversale, sont placées au point le plus convenable.

Le bandage se place de la manière suivante :

L'arcade métallique vient occuper la partie antérieure du bassin et se placer par ses attelles perpendiculaires sur la région trochantérienne. Les pelotes descendent sur la hernie qu'elles doivent contenir.

A ce moment, la bande élastique vient se boucler sur l'attelle droite, les pelotes décrivent un double mouvement de bas en haut et d'avant en arrière qui produit la contention de la hernie et la maintient dans la cavité abdominale, malgré les efforts de toux ou autres.

En vertu de son élasticité, ce bandage ne se déplace jamais, soit dans les mouvements d'élévation et d'abaissement du corps, soit dans les mouvements abdominaux, actes respiratoires ou autres; et la pression est constante, sans être douloureuse pour les malades.

Ce système s'applique aux femmes et aux enfants, il supprime les sous-cuisses et le ressort lombaire.

M. Berger présente un malade de son service auquel il se proposait de pratiquer la cure radicale d'une volumineuse hernie très difficile à contenir et qui, depuis quatre mois, porte ce bandage et s'en trouve très bien.

PRÉSENTATIONS

Désarticulation coxo-fémorale. — M. **BERGER** présente un malade auquel il a pratiqué la désarticulation de la hanche pour un sarcome périostique récidivant de la cuisse, avec engorgement ganglionnaire. Il fit la désarticulation en raquette avec ligature préalable de l'artère et de la veine fémorales, immédiatement au-dessous de l'arcade de Fallope, selon le procédé de M. Verneuil. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Le malade, après un

schock opératoire assez inquiétant, allait aussi bien que possible et la réunion semblait se faire par première intention, quand il survint un peu de suppuration provenant de la cavité cotyloïde au fond de laquelle avait été placé un gros drain. Aussi, la première fois qu'il aura à pratiquer cette opération, M. Berger se promet-il d'abraser la cavité cotyloïde, de façon à la transformer en une surface plane sur laquelle peuvent s'appliquer exactement les parties molles réunies.

M. VERNEUIL a dans son service, en ce moment, un jeune homme qui achève sa guérison à la suite d'une désarticulation de la hanche, par le même procédé, pour un sarcome de la cuisse. M. Verneuil s'est contenté d'appliquer une grosse mèche de gaze iodoformée jusqu'au fond de la cavité cotyloïde et de laisser la plaie ouverte, selon son habitude. Ce malade n'a jamais atteint 38 degrés et il est opéré depuis cinq semaines.

M. ROUTIER a récemment pratiqué cette même opération ; il a placé un drain au fond de la cavité cotyloïde et a réuni. Il a eu, comme M. Berger, pendant quelque temps, l'illusion d'une guérison par première intention ; puis il s'est fait un petit abcès et une suppuration consécutive qui a duré très longtemps. Aussi est-il disposé à l'avenir à suivre la même pratique que celle dont vient de parler M. Berger.

M. PEYROT a fait, il y a trois semaines, une désarticulation de la hanche pour une ostéomyélite du fémur, en suivant également le procédé de M. Verneuil. Il a fait un drainage de la cavité cotyloïde, une réunion profonde au catgut et une réunion superficielle au crin de Florence. Il n'y a pas eu d'élévation de température, mais il s'est fait un peu de sphacèle à la surface de la plaie et il s'est établi consécutivement une fistule au niveau de la cavité cotyloïde.

M. BERGER fait observer que, dans tous ces cas, c'est toujours du côté de la cavité cotyloïde qu'il s'est fait un peu de rétention du pus. C'est donc de ce côté qu'il faut chercher à éviter ces accidents, en abrasant la cavité cotyloïde.

M. VERNEUIL ajoute qu'il résulte de cette courte discussion, ce fait important que le pronostic de la désarticulation de la hanche est aujourd'hui bien peu grave, comparativement surtout à ce qu'il était autrefois.

ÉLECTION

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire : au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 33, majorité 17 ; M. Felizet obtient 17 suffrages, M. Delorme 15 et M. Tuffier 1. En conséquence M. Felizet est élu.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Le personnel médical subalterne dans les hôpitaux scandinaves (1).

Par le docteur F. THIÉRY, prosecteur de la Faculté.

III

Si nous abordons maintenant une autre question importante, celle des émoluments, nous serons forcé de reconnaître que, de ce côté encore, la surveillance suédoise est favorisée.

Au Communeshospital de Copenhague, le service chirurgical du professeur Stuttsgaard, qui nous a donné tous ces détails avec un empressement que nous n'oublions pas, comprend :

1° Une surveillante principale qui touche de 6 à 900 kronor (2) par an (840 à 1 260 francs), la couronne est de 1 fr. 40 ;

2° Une assistante qui touche 300 kronor par an (420 francs).

3° De nombreuses élèves qui touchent 12 kronor par mois (201 francs par an).

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 441.

(2) Suivant ses titres d'ancienneté.

Au Frederickshospital de la même ville, où, chez le professeur Bloch, la surveillante principale, logée et nourrie, touche de 600 à 800 kronor par an (840 à 1120 francs), les infirmières 35 kronor par mois (590 francs par an), les élèves, enfin, 18 kronor par mois, logées et nourries et secondées, dans les gros travaux, par une femme de charge.

A Stockholm, au Sabbatsberg Sjukhus, chez le docteur Sventson, dont le service ne comprend pas moins de quatre cents lits, la surveillante principale touche 50 kronor par mois (840 francs par an). Ici, la deuxième élève n'est pas payée et fait un service bénévole qui lui assure, pour plus tard, une place de surveillante. Quant aux infirmières ou domestiques, et aux valets d'hôpital, ils touchent environ 35 à 40 kronor par mois.

Chez le professeur John Berg, auquel nous adressons ici de vifs et sincères remerciements pour la véritable amitié qu'il nous a témoignée, nous avons vu, au Scrafinerlazarett de la même ville, une obervärterin qui, fort jeune cependant, est inscrite aux appointements de 600 kronor par an, bien qu'au début de sa carrière hospitalière, soit en argent français 840 francs.

A Gothembourg, enfin, nous avons relevé très exactement la composition du personnel dans le service du docteur Lindt, qui a si gracieusement mis tous les renseignements à notre disposition. Le service se compose de 150 lits répartis en petites salles de 10 à 15 lits, ce qui complique singulièrement le service du personnel :

Obervärterin (surveillante en chef), 600 kronor par an (840 fr.) ;

Operationsvärterin (surveillante pour les opérations), 240 kronor par an (336 francs) ;

5 wärterin (infirmières), 240 kronor par an (336 francs) ;

1 nachtvärterin (veilleuse), 1 kr. 35 par nuit.

1 badewärterin, émoluments non notés ;

2 servantes, 120 kronor par an [168 francs (1)] ;

6 ou 7 élèves bénévoles non payées.

Ainsi qu'on le voit, ces appointements, sans être supérieurs de plus de moitié à ceux que donne à son personnel notre administration hospitalière, n'en constituent pas moins, joints au bien-être physique qui leur est accordé, une somme assez importante qui permet à la surveillante en chef, qui touche 900 kronor, soit 1 200 francs environ, de tenir dans la société un rang convenable et de se constituer, chaque année, un fonds de réserve qui lui assure une petite fortune pour l'avenir. On ne saurait, d'autre part, invoquer, pour expliquer l'excédent des honoraires, les exigences d'une vie plus coûteuse qu'en France : les dépenses journalières de la vie sont inférieures à ce que nous sommes habitués de payer en France.

Un des facteurs principaux qui fait l'importance de la surveillante suédoise, et ici nous séparons, à dessein, l'élément danois de l'élément suédois, c'est la considération dont elle est entourée et la confiance dont on l'honore. Ainsi que le lecteur pourra s'en convaincre plus loin, toute la responsabilité du service retombe sur une surveillante unique et, dans nombre de cas, son rôle devient important à l'égal de celui d'un interne : nous aurons à revenir sur ce point un peu plus tard.

Aussi voyons-nous les surveillantes recrutées dans les classes moyennes ou élevées de la société : sans doute, il se glisse bien de temps en temps quelque indigne, dans les grandes villes surtout, mais il n'en reste pas moins vrai que la moyenne d'instruction et d'éducation, par suite d'intelligente spontanéité jointe à une soumission réfléchie, atteint un niveau fort élevé.

Il y a là, en ce moment, une idée en évolution : l'infirmière n'est plus une domestique, c'est l'aide intelligent du chirurgien ; la situation n'est plus secondaire, elle devient presque honorifique. Partout où nous avons pu converser avec les surveillantes en chef nous avons pu constater que leur instruction était au-dessus de la moyenne ; beaucoup connaissent les langues étran-

(1) Ces chiffres relativement peu élevés, si on les compare au traitement des infirmières à Paris, le sont en réalité puisqu'ils s'appliquent aux surveillantes d'un hôpital de province.

gères : allemand, anglais, français ; un certain nombre d'entre elles ont voyagé pour s'instruire; elles ne sont point indifférentes aux arts d'agrément : dessin, peinture ou musique, tous indices de culture intellectuelle.

Mais c'est à Stockholm surtout, que l'élan donné a porté d'un coup la fonction des surveillantes au rang des situations les plus enviées ; la récente institution de la Kongl-Obvärterin-Skolan, par la reine de Suède, dont la sollicitude pour les hôpitaux et les œuvres de charité est proverbiale, a mis le comble à l'engouement. « C'est une mode d'être infirmière », nous disait une femme du monde, et bien incrédule au début, nous dûmes nous rendre à l'évidence quand Mlle X..., fille d'un amiral, nous fit visiter l'école d'infirmières, où elle était elle-même élève, et nous expliqua, dans le plus pur français et avec une volubilité de langage peu commune pour une étrangère, le vif désir de bien des femmes du monde de passer par cet enseignement spécial.

Ce serait sans doute exagérer de croire qu'il en est partout ainsi : l'École royale des infirmières n'est même qu'un essai, mais, ou nous nous trompons fort, ou nous croyons que l'élan donné ne s'arrêtera pas de sitôt ; d'ailleurs, en laissant même de côté les femmes d'élite qui peuvent se passionner pour cette tâche de dévouement et d'abnégation, résolution dans laquelle l'espoir d'une rémunération ne saurait entrer en ligne de compte, à ne considérer, d'autre part, que la moyenne du personnel des hôpitaux suédois et principalement des surveillantes et de leurs élèves externes, c'est-à-dire des aspirantes, la comparaison avec certaines de nos institutions, celle des Femmes de France, par exemple, s'impose et on ne peut s'empêcher de regretter que le recrutement de notre personnel ne pût s'y faire par une sorte de sélection des personnes appelées à ces fonctions importantes.

Ce n'était donc pas trop de dire que la surveillante suédoise trouve dans les établissements hospitaliers le confort, la rémunération, la considération qu'elle mérite de par son origine et de par les services qu'elle rend : elle y trouve plus encore, car munie de son titre d'infirmière des hôpitaux, elle peut, à un moment donné, quitter l'administration hospitalière, assurée de trouver dans la société un accueil cordial, si, par quelque circonstance, elle est devenue riche ; de nombreux emplois de garde-malades en ville et dans les familles, avec importante rémunération, si elle désire se retirer des hôpitaux, ou si quelque urgence l'en éloigne, le mariage, par exemple, elle peut, à ce moment encore, retirer de ses bons services la récompense qu'il plaira à ses anciens chefs de lui accorder, en lui donnant un poste de confiance auprès de leurs clientes de la ville.

Enfin, pour clore la série des avantages qui sont offerts au personnel laïque des hôpitaux suédois, il nous reste à parler de la nouvelle école d'infirmières subventionnée et patronnée par la reine et établie, par elle, comme annexe de Sofiahemmet ou hôpital royal.

Sofiahemmet est situé sur un des boulevards extérieurs de Stockholm, Valhallavagen. Le petit édifice a été élevé dans le Kongl-Djürgarden lui-même, c'est-à-dire que, assez éloigné du centre de la ville, il est, par sa situation salubre et agréable, au-dessus de toute appréciation. L'hôpital, lui-même, élevé dans le style des chalets suédois, construction à la fois élégantes et peu coûteuses, entourées de jardins, se compose de trois corps de bâtiments dont l'un réservé à l'administration, l'autre aux malades; le troisième est réservé à l'école royale d'infirmières et est relié à l'hôpital, proprement dit, par une longue galerie couverte.

Nous avons pu, grâce au professeur John Bug qui n'a épargné ni son temps, ni ses explications, visiter l'école royale. C'est l'idéal, ce nous semble. Au rez-de-chaussée vaste antichambre, salon luxueux où les tapis, tentures, broderies atténuent ce que la construction en bois peut avoir de triste ou de primitif; piano, bibliothèque, jeux de toutes sortes sont là à la disposition des élèves; on dirait le salon d'une famille riche de Stockholm; le réfectoire général, moins orné, mais d'une propreté, d'une netteté incroyables, peut réunir une trentaine d'élèves; il n'est pas jusqu'à la cuisine qui ne fasse montre de la propreté qui éclate dans tout l'établissement. Au rez-de-chaussée encore quelques chambres ; au premier, les chambres du personnel, chambres à deux ou à un lit. Les élèves recrutées, ainsi que nous l'avons dit, dans les classes élevées de la société, sont en nombre variable : une vingtaine, quand nous avons visité l'école. Elles sont sous l'autorité de trois infirmières supérieures : l'élève admise à l'école n'y reste pas moins de trois ans, pendant lesquels elle suit des cours, passe des examens : après quinze mois de séjour, elle « est prête », elle a alors un grade supérieur, a droit à une chambre isolée ; elle peut être déjà envoyée dans un hôpital de Stockholm, elle n'est plus novice pour ainsi dire. Pendant la durée de leur séjour à l'école royale, les élèves, jeunes pour la plupart, peuvent servir comme infirmières, à Sofiahemmet et assister les chirurgiens dans leurs opérations. Elles ont alors de 250 à 300 kronor par an. Et si l'on réfléchit que Sofiahemmet est un hôpital privé où tout traitement coûte 7 kronor (près de 10 francs par jour), en outre des honoraires dus au chirurgien lui-même, on comprendra que l'infirmière qui y fait ses débuts y acquiert un tact, une douceur et un dévouement que lui facilite la situation sociale des malades qui y sont admis. Ces qualités deviendront précieuses au cours de la carrière hospitalière de ces femmes déjà préparées par leur instruction et leur origine à la délicatesse des sentiments, à l'abnégation et au dévouement.

L'expérience n'est point encore parfaite : c'est déjà cependant un exemple à imiter; il serait à désirer que le niveau intellectuel de notre personnel fût plus élevé; la présence, dans les hôpitaux français, d'institutrices, de surveillantes ayant leur brevet supérieur, de bachelières, dénote que la réforme serait peut-être plus facile qu'il n'est possible de le prévoir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 avril 1891, M. le docteur Debergue, médecin auxiliaire de deuxième classe a été nommé médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 16 avril 1891, M. le médecin-major de deuxième classe Baur a été désigné pour le 16e chasseurs.

— Par décision ministérielle, en date du 22 avril 1891, MM. les médecins principaux de deuxième classe dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

M. Josien, pour l'emploi de médecin chef de l'hospice militaire de Chambéry; M. Annequin, pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble.

— Par arrêté ministériel, en date du 16 avril 1891, des médailles d'honneur ont été accordées aux médecins militaires et infirmiers ci-après désignés, en récompense du dévouement exceptionnel dont ils ont fait preuve au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur les troupes de la brigade d'occupation de Tunisie, pendant le deuxième semestre de 1890 :

Médailles d'argent. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Schoull et Bernardy.

Médailles de bronze. — M. Achard, caporal de visite ; MM. Laurence et Grange, soldats infirmiers.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 avril 1891, la chaire de médecine opératoire de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— L'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu, dimanche dernier, sa 58e assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 95 851 francs, dont 17 732 fournis par les coti-

sations, 44 485 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Nouveaux legs annoncés : Mme Hédouin 40 000 francs, Mme veuve Huguier 5000 francs, M. Lucien Boyer 1 000 francs.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 4 sociétaires, 54 veuves ou familles de sociétaires, enfin 28 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, trois pensions viagères de 1 200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 43 800 francs. Une somme de 49 166 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau pour le prochain exercice ; ont été réélus : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon.

— Le concours pour la place de médecin en chef des hospices de Bourges vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Casanova.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 50. — MARDI 28 AVRIL 1891. 64e ANNÉE. MARDI 28 AVRIL 1891. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Andral. Un cas de paramyoclonus multiplex. — Médecine pratique. — Correspondance. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 27 avril 1891.

Pour la première fois, la Cour d'appel de Paris vient d'avoir à se prononcer sur la question du secret professionnel imposé aux médecins, à l'occasion d'un procès entre une Compagnie d'assurances sur la vie et le bénéficiaire de l'assurance. Les médecins ont-ils le droit de refuser un certificat constatant la cause de la mort d'un de leurs clients assuré sur la vie ? Ce refus n'est-il pas préjudiciable au bénéficiaire de l'assurance, à qui la Compagnie peut refuser de payer le montant de la prime stipulée par ce contrat ?

La réponse à ces questions est certainement très délicate, car si, d'une part, le médecin peut se retrancher derrière le secret professionnel, d'autre part il peut, en le faisant, nuire aux intérêts de ses clients. Il est, en effet, nettement stipulé dans la police d'assurance, que la Compagnie exige, avant de payer la prime, un certificat du médecin ayant soigné l'assuré au cours de sa dernière maladie. Ce certificat doit nettement spécifier la nature de l'affection qui a déterminé la mort.

Or, voici le cas qui vient de se présenter : Un M. X... s'assure sur la vie pour une somme de 20000 francs, payable après son décès, à sa femme, en faveur de laquelle l'assurance était consentie. M. X... se soumet à l'examen des médecins de la Compagnie, il est reconnu exempt de toute affection pouvant s'opposer à l'assurance. Quelques mois après la signature du contrat, M. X... succombait.

A la requête de la Compagnie, la veuve demande au médecin un certificat établissant la cause du décès. Pour certaines raisons, notre confrère refuse, se retranchant derrière le secret professionnel. La Compagnie d'assurances, se retranchant derrière ses statuts, se refuse alors à payer la prime : d'où procès. Le tribunal de commerce condamne la Compagnie qui en appelle, et voici le jugement que la Cour de Paris vient de rendre en cette circonstance :

« Considérant que si, aux termes de la police d'assurances sur la vie, contractée entre X... et la Compagnie, il était stipulé que le bénéficiaire de l'assurance serait tenu de fournir, à l'appui de la demande en payement, un certificat de médecin constatant le genre de mort qui avait donné ouverture à cette assurance; il est établi et reconnu d'ailleurs que la dame X... a demandé ce certificat au docteur qui a soigné son mari dans sa dernière maladie;

Que celui-ci a opposé un refus absolu motivé sur le secret professionnel;

Que, dans ces circonstances, ayant fait ce qu'elle pouvait pour accomplir son obligation, elle est réputée en droit l'avoir accomplie, la cause du contrat n'impliquant pas par ses termes une obligation plus étendue.

La Cour condamne la Compagnie. »

Nous ne pouvons qu'applaudir à ce jugement qui affirme une fois encore l'inviolabilité absolue du secret professionnel.

HOPITAL ANDRAL. — M. Debove.

Un cas de paramyoclonus multiplex.

Par le docteur Boulay,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le paramyoclonus multiplex, décrit pour la première fois, en 1882, par Friedreich, est une affection dont la place dans le cadre nosologique n'est pas encore déterminée. S'agit-il d'une maladie nouvelle, d'une entité morbide qu'on doive ranger en pathologie nerveuse à côté de la maladie des tics et des diverses chorées; ou bien n'est-ce qu'un syndrome pouvant se rencontrer dans des états pathologiques divers? C'est ce qu'on ignore. Le nombre des faits sur lesquels repose son étude est encore très restreint, puisqu'il en existe à peine une quarantaine dans la science, et déjà, cependant, le type établi par Friedreich a dû subir de nombreuses modifications. Les cas de paramyoclonus ne sont pas, en effet, tous semblables les uns aux autres; la plupart des observations nouvelles présentent des caractères qui les distinguent des précédentes. C'est ainsi que la symétrie des convulsions, la non-participation des muscles internes et de ceux de la face, l'absence de déplacement des parties affectées, l'exagération du réflexe rotulien ont cessé de figurer parmi les signes fondamentaux de l'affection.

Le cas que nous observons depuis plusieurs mois, dans le service de M. le professeur Debove, offre précisément une particularité qui n'a été signalée qu'une seule fois jusqu'ici ; encore, dans le fait auquel nous faisons allusion (1),

(1) Farge. *Gazette hebdomadaire*, 21 juin 1890.

le diagnostic de paramyoclonus est-il sujet à contestation. Le phénomène en question consiste en une atrophie musculaire du membre inférieur gauche, signe qui peut être du plus haut intérêt au point de vue de la pathogénie de la maladie, puisque l'absence de trouble trophique est considérée comme un des caractères principaux du paramyoclonus multiplex.

On sait en quoi consiste l'affection : ce sont des convulsions cloniques occupant, d'une façon ordinairement symétrique, certains muscles des membres, plus rarement du tronc ou de la face, sans que la force musculaire ni la coordination soient compromises. Les secousses peuvent porter sur un muscle ou sur un autre isolément et même sur une portion de muscle (chorée fibrillaire). Elles s'atténuent ou disparaissent dans les mouvements volontaires et pendant le sommeil. Les troubles sensitifs et vaso-moteurs sont exceptionnels; il n'y a ni troubles sécrétoires, ni troubles psychiques. Les secousses sont incessantes ou procèdent par accès ; c'est précisément ce type paroxystique que présente notre malade.

Les premiers accidents se sont montrés, chez lui, il y a environ un an et demi. C'était une sorte de tremblement qui envahissait les membres inférieurs, avec une prédominance du côté gauche, sous forme de petites secousses survenant le soir, principalement après les journées de fatigue, et dès qu'il se mettait au lit. Il y prêta d'abord peu d'attention jusqu'au jour où, s'étant arrêté quelques instants dans une longue course, il ressentit dans les deux bras de si violentes secousses qu'il crut avoir la danse de Saint-Guy. Le phénomène ne dura que quelques secondes et cessa dès qu'il se fut remis en marche.

Depuis cette époque, des accès analogues se sont reproduits chaque jour, tantôt dans les membres inférieurs, tantôt dans les membres supérieurs. Pendant une grande partie de la journée, le malade reste à peu près calme. De temps en temps seulement, il ressent dans les membres quelques petites secousses, si légères qu'elles ne se traduisent par aucun mouvement extérieur. Il n'en est pas de même au moment des accès.

Les mouvements peuvent n'occuper que les membres inférieurs, surtout le gauche, où ils sont toujours plus prononcés ; d'autres fois, ce sont les membres supérieurs qui sont pris. Il arrive même que les convulsions se limitent à la moitié gauche du corps ou du moins y prédominent. Les secousses sont dues à des contractions musculaires brusques, se traduisant tantôt par un déplacement du membre, tantôt par une simple déformation du corps charnu du muscle dans son ensemble ou seulement dans un ou plusieurs de ses faisceaux. Ces secousses se succèdent rapidement à des intervalles d'ailleurs irréguliers et avec une force qui varie pour un même muscle à divers moments de l'accès. On en compte de vingt à cinquante environ par minute. En général, les mêmes muscles sont atteints dans les deux moitiés du corps.

Le triceps fémoral est le muscle le plus touché : quand on le prend à pleine main, on le sent se durcir et se relâcher alternativement avec assez de rapidité pour donner la sensation d'un tremblement. Ces contractions, qui se traduisent par une série de déformations de la face antérieure de la cuisse, ne produisent ordinairement que de légers mouvements d'élévation et d'abaissement de la rotule. Mais si le malade est assis sur le bord du lit, les jambes pendantes, la pointe du pied subit, à chaque secousse, un petit mouvement de projection, comme si l'on avait percuté le tendon rotulien. Le réflexe patellaire est exagéré, et l'on peut, par une série de petits coups portés sur le tendon rotulien, produire une sorte de tétanisation du triceps fémoral; en même temps, des secousses apparaissent dans le membre opposé et, si l'on insiste, l'accès se généralise aux membres supérieurs. On ne peut déterminer le phénomène du pied.

Le jambier antérieur est le siège de contractions fibrillaires. Dans les grands accès, il existe des mouvements de flexion du pied et du gros orteil. Quand les deux membres inférieurs sont pris simultanément, il n'y a pas de synchronisme dans les contractions des muscles symétriques; la force et la rapidité des secousses sont également différentes.

Aux membres supérieurs, le muscle le plus atteint est le triceps : ses contractions se traduisent par des mouvements brusques d'extension de l'avant-bras. La contraction idio-musculaire du biceps est normale. Les muscles des avant-bras sont relativement indemnes. Le grand dorsal, et surtout le grand pectoral, sont le siège de contractions fasciculaires très nettes. Certains accès sont constitués par une série de projections brusques de l'un ou des deux membres supérieurs : les avant-bras, demi-fléchis et reposant sur le plan du lit, se portent brusquement en avant, comme s'ils étaient le siège d'une décharge électrique.

A la face, on observe de temps en temps une contraction fibrillaire des muscles de la joue gauche.

Dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital, le malade ne présentait de secousses ni dans les muscles du cou, ni dans le diaphragme, ni dans la plupart des muscles du tronc. Mais depuis deux mois environ, les convulsions sont plus intenses et envahissent des muscles et des groupes musculaires antérieurement indemnes. Il en résulte des mouvements beaucoup plus complexes et qui donnent une physionomie particulière à l'affection de notre malade. C'est ainsi que, fréquemment, les épaules sont alternativement soulevées et abaissées, toutes deux ensemble, par des mouvements brusques et rapides, en même temps que la nuque s'incline un peu en arrière à chaque secousse; au bout d'une minute, après une série de vingt à trente contractions semblables, l'accès s'arrête. Sauf la rapidité du mouvement, on dirait le geste d'un individu haussant les épaules pour se moquer d'un interlocuteur; les grimaces qui se font simultanément dans la face ajoutent à la ressemblance. D'autres fois, ce sont des mouvements des omoplates et du tronc reproduisant les contorsions d'une personne qui éprouve une démangeaison dans le dos. Parfois, le bassin est le siège de mouvements de latéralité, dans lesquels l'une des crêtes iliaques s'élève pendant que l'autre s'abaisse ; plus rarement, ce sont des mouvements de projection. Deux ou trois fois nous avons vu le malade couché être pris de mouvements de flexion et d'extension se produisant avec une grande rapidité, alternativement dans l'un et l'autre membre inférieur, dont l'agitation figurait les mouvements de la course.

Dans les grands accès, il arrive que ces divers mouvements se combinent; le lit est alors fortement secoué. Le malade éprouve la sensation d'un homme à cheval au grand trot; à la fin de l'accès, il est essoufflé pendant quelques instants.

Enfin un phénomène nouveau est apparu depuis un mois : le diaphragme est pris à son tour. Quatre ou cinq fois par jour, le malade émet une sorte de hum! involontaire.

Les accès convulsifs surviennent d'ordinaire spontanément : le repos au lit est la position la plus favorable à leur apparition. Toutefois les émotions, et surtout l'impression du froid, réveillent les secousses : il suffit de découvrir le malade pour provoquer un accès. La percussion et la compression des masses musculaires y déterminent aussi l'apparition de secousses. Par contre, et c'est là un phénomène singulier qui se retrouve dans tous les cas de paramyoclonus, les mouvements volontaires suspendent immédiatement les convulsions. Lorsqu'au milieu d'une crise, même intense, on ordonne au malade de se lever, de saisir un objet avec ses mains, les secousses cessent subitement pour reparaître dès qu'il n'agit plus. Aussi peut-il marcher, écrire, manger sans grande difficulté.

Dans les petits accès, il peut par le seul effort de la volonté modérer, mais rarement arrêter, les secousses musculaires ; celles-ci apparaissent alors ou augmentent dans le membre opposé, par une sorte de transfert. Dès que la volonté cesse d'agir, les contractions se reproduisent dans la région primitivement atteinte, quelquefois même avec plus d'intensité qu'auparavant.

Ces secousses ne sont pas douloureuses, mais laissent quelquefois après elles une grande lassitude. Dans l'intervalle des accès, il éprouve parfois des sensations de brûlure dans les os, des tiraillements dans les membres. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité cutanée, ni des sens spéciaux.

La force musculaire est conservée, et, malgré une atrophie marquée du membre inférieur gauche, il a pu continuer, jusqu'à son entrée à l'hôpital, son métier de porteur aux Halles. Cette atrophie porte sur tout le membre, mais, tandis qu'elle est à peine sensible à la fesse, elle est déjà appréciable à la cuisse et tout à fait accusée au mollet dont la circonférence mesure 3 centimètres de moins que celle du mollet opposé. Le pied est déformé, la concavité plantaire est exagérée et la tête des métatarsiens fait une saillie anormale. La première phalange des orteils est dans l'extension forcée, les deux autres sont fléchies. Les tendons extenseurs se dessinent nettement sur le dos du pied. Les mouvements de flexion de l'articulation tibio-tarsienne sont moins étendus que du côté sain. Au repos, il n'existe aucune sensation douloureuse dans le pied ; mais quand le malade a marché pendant quelques heures, la plante du pied devient le siège d'une sensation de meurtrissure qui atteint bientôt un tel degré d'intensité que le repos devient nécessaire.

Bien que cette atrophie musculaire n'appartienne pas à la description habituelle du paramyoclonus multiplex, bien que certains mouvements présentés par le malade s'éloignent du type ordinaire des convulsions paramyocloniques, nous croyons cependant que notre diagnostic est justifié. A vrai dire, par certains côtés, notre cas se rapproche singulièrement de la maladie des tics convulsifs, et lorsqu'on observe isolément les mouvements coordonnés, simulant à s'y méprendre des mouvements intentionnels, qui se passent parfois dans les épaules ou dans les omoplates de notre malade, on est porté à identifier son affection avec la maladie des tics. Mais lorsque, abandonnant le détail des faits, on considère l'ensemble des phénomènes qu'il présente, l'impression est différente. L'instantanéité et la brusquerie des spasmes, leur dissémination, la facilité avec laquelle les secousses se déplacent dans un même accès, abandonnant subitement le triceps fémoral pour passer aux épaules ou au tronc, le réveil des secousses par les excitations cutanées ou tendineuses, l'absence de désordre psychique (coprolalie, écholalie, idées fixes) éloignent cette affection de la maladie des tics.

Hâtons-nous d'ailleurs d'ajouter que les différences entre les deux maladies sont bien minimes, surtout depuis que l'un des signes sur lesquels reposait cette distinction, l'intégrité de la face dans le paramyoclonus, a perdu toute valeur.

L'étiologie de l'affection, chez notre sujet, se rapporte cependant beaucoup mieux au syndrome de Friedreich. Tandis que la maladie des tics fait ordinairement son apparition dans l'enfance, les premiers accidents ont débuté, chez notre homme, à quarante-quatre ans. Dans sa famille, il n'existe aucune tare névropathique. Par contre, le terrain a été préparé chez lui par des chagrins, des souffrances morales et physiques, comme cela se voit souvent à l'origine du paramyoclonus. Après avoir perdu dans le commerce une petite fortune qu'il avait héritée de son père, il dut travailler au compte des autres. D'un caractère irritable et versatile, il changea une vingtaine de fois de place et de métier. Il chôma souvent et subit de nombreuses privations. Sujet, depuis ces revers de fortune, à des accès de tristesse et de désespoir, il est en outre tourmenté depuis dix ans par les phénomènes douloureux qu'il présente encore dans le membre inférieur gauche. Pour lui, l'impotence de ce membre est la source de tous ses maux.

Cette relation, que le malade établit entre les troubles survenus dans son membre inférieur et ses accidents convulsifs, n'est cependant rien moins qu'évidente. L'atrophie musculaire et le paramyoclonus sont-ils, chez lui, deux phénomènes indépendants, ou relèvent-ils tous deux d'une seule et même cause ? Nous avouons notre impuissance à résoudre cette question. En tout cas, depuis cinq mois que le malade est sous nos yeux, il n'est apparu aucun signe nouveau qui pût être interprété en faveur d'une lésion médullaire. On sait d'ailleurs que, dans la seule autopsie qui ait été faite, celle du malade de Friedreich, il ne fut constaté de lésion, ni dans les muscles, ni dans les centres. Aussi l'affection est-elle ordinairement considérée comme une névrose, se traduisant par une irritabilité exagérée de la substance grise de la moelle (cornes antérieures pour Friedreich, cornes postérieures pour Vanlair), ou encore par un trouble neuro-musculaire périphérique (Manquat et Grasset). Mais l'hypothèse d'une névrose n'explique guère l'existence d'un trouble trophique semblable à celui que nous constatons actuellement. Nous nous contentons donc de signaler la possibilité d'une atrophie musculaire dans le paramyoclonus multiplex, sans pouvoir nous prononcer sur la nature de cette atrophie.

MÉDECINE PRATIQUE

Des aiguilles en platine iridisé pour seringue de Pravaz.

Les aiguilles en acier pour seringues de Pravaz se détrempent lorsqu'on les soumet à la flamme d'une lampe à alcool. Elles s'émoussent et se plient. Le flambage les met ainsi rapidement hors d'usage.

Pour remédier à cet inconvénient, M. le professeur Debove a fait fabriquer des aiguilles en platine iridisé, qu'il a récemment présentées à la Société médicale des

hôpitaux. Ces aiguilles, absolument semblables aux aiguilles en acier, supportent, sans modification, d'être portées au rouge; elles ne perdent ainsi ni leur résistance, ni leur piquant.

Ce perfectionnement nous paraît mériter d'être signalé, parce qu'il est nécessaire d'avoir, pour les seringues de Pravaz, des aiguilles parfaitement aseptiques. Le médecin doit s'assurer, avant tout, que les instruments dont il use ne servent pas de véhicule aux germes morbides. La possibilité de les désinfecter par le feu, l'antiseptique idéal, est pour les aiguilles chose d'autant plus précieuse, que la seringue de Pravaz est fréquemment utilisée à titre d'aspirateur dans le diagnostic de la pleurésie, des kystes du corps thyroïde, etc.

Autre avantage encore : dans les aiguilles en acier, on est obligé de passer un fil d'argent, si l'on veut que la rouille ne vienne pas bientôt obstruer leur calibre; rien de semblable avec les aiguilles en platine iridisé. Les liquides organiques qui pourraient les oblitérer sont carbonisés et détruits par le feu. Passer le fil d'argent est quelquefois assez difficile et assez long; c'est quelque chose que d'en être dispensé.

Un traitement nouveau de l'ulcère de l'estomac.

Le traitement de l'ulcère de l'estomac offre toujours de grandes difficultés. Le traitement classique par le régime lacté exclusif se montre bien souvent infidèle. Le traitement par le bicarbonate de soude à hautes doses, imaginé par M. Debove, quoique plus efficace, n'est pas lui-même à l'abri des insuccès. Donkin (1), médecin de l'hôpital de Westminster, vient d'avoir l'idée de traiter l'ulcère de l'estomac en amenant le repos complet de l'organe par plusieurs jours de diète absolue. L'alimentation pendant cette période de diète est faite uniquement par la voie rectale, au moyen de lavements alimentaires. Ses observations sont assez nombreuses pour qu'il y ait quelque intérêt à exposer cette méthode au moins originale, et à discuter ses indications, non seulement dans l'ulcère, mais dans quelques autres affections de l'estomac.

I. La diète, dans les observations de Donkin, a ordinairement été maintenue pendant une période de dix à vingt jours. Cette diète est absolue; tout au plus permet-on aux malades de sucer quelques fragments de glace pour calmer leur soif. Exceptionnellement Donkin emploie un traitement mixte, permettant l'ingestion d'une petite quantité de lait, en même temps qu'il emploie les lavements alimentaires. En général, ceux-ci constituent le seul mode d'alimentation.

La composition de ces lavements a été très variable. Les lavements de lait additionné ou non de peptones, de cognac, les lavements de bouillon additionnés parfois de jaunes d'œuf ont été tour à tour employés. Ces lavements, pour être tolérés, doivent être donnés très lentement; la quantité de liquide ne doit pas dépasser 60 à 100 grammes. Leur administration est répétée toutes les trois à quatre heures. Il est parfois utile, pour les faire même supporter, de les additionner d'un peu de laudanum. Au fond Donkin se demande si l'absorption ne se borne pas presque entièrement, quelle que soit la composition du lavement, à l'eau et à quelques sels, l'absorption des albuminoïdes et des hydrocarbures semblant très limitée. De fait, il est fréquent d'observer malgré les lavements alimentaires un amaigrissement considérable. Mais la perte de poids est vite regagnée quand on revient à l'alimentation ordinaire; elle ne constitue donc pas une contre-indication absolue.

Ce retour à l'alimentation normale exige quelques précautions. Pendant dix à quinze jours, il est bon de donner exclusivement des aliments liquides, lait ou bouillon. Ce n'est qu'un peu plus tard qu'on peut permettre les aliments solides. L'usage du fer et de l'arsenic offrirait alors une certaine utilité.

II. Le résultat thérapeutique de cette médication a été, dans neuf cas d'ulcères de l'estomac, fort satisfaisant. La disparition des douleurs est presque immédiate, les vomissements et les hématémèses s'arrêtent rapidement. L'amélioration ainsi obtenue est la plupart du temps durable. Mais cette méthode a le grand inconvénient d'être pénible et d'entraîner un affaiblissement assez marqué. Elle doit donc être réservée pour les ulcères rebelles aux autres modes de traitement. Parmi les indications qui pourront plus particulièrement la faire adopter, il faut citer les douleurs qu'entraîne parfois la moindre ingestion d'aliments et surtout les hémorrhagies répétées, qui accompagnent certains cas d'ulcères. On n'oubliera pas que ces hémorrhagies peuvent se produire sous deux formes différentes : l'une qui, tout effrayante qu'elle soit, n'est peut-être ni la plus fréquente, ni la plus grave, l'hématémèse; l'autre plus insidieuse, souvent méconnue et constituant, néanmoins dans bien des cas, la cause principale d'affaiblissement, le melœna. C'est dans ces variétés graves d'ulcère que le traitement rigoureux de Donkin pourra être à juste titre essayé.

Ce traitement ne peut-il, avec des atténuations de durée et de rigueur, trouver sa place dans certaines formes de dyspepsies chroniques ? On pourrait être d'autant plus tenté de le faire qu'on sait l'amélioration que l'on obtient souvent en réduisant la quantité d'aliments pris à son minimum. Quand le diagnostic, comme cela arrive assez souvent en clinique, reste hésitant entre un ulcère simple de l'estomac et une chloro-anémie avec troubles gastriques, la situation est encore plus embarrassante. On peut, en effet, redouter beaucoup, pour la chloro-anémie, l'action débilitante de l'inanition. Donkin n'en conseille pas moins, quand les autres moyens ont échoué, d'essayer sa méthode à titre de traitement d'épreuve. L'amélioration rapide de tous les symptômes, s'il s'agit vraiment d'un ulcère, leur aggravation brusque, s'il s'agit de chlorose, tranchent bien vite le diagnostic. Il est, dès lors, possible d'instituer un traitement énergique de la chlorose. (*The Lancet.*)

Traitement des ulcères chroniques par le pansement à la fuchsine.

L'emploi des pansements à la fuchsine donnerait des résultats très satisfaisants dans les ulcérations chroniques. La fuchsine diminue très vite la suppuration et supprime absolument la fétidité. Ses propriétés analgésiques ne sont pas moins remarquables et les douleurs sont rapidement atténuées. La surface de l'ulcère se modifie, se recouvre de bourgeons charnus de bonne nature évoluant vers la cicatrisation. C'est surtout dans les ulcères de jambe, que ce moyen semble appelé à rendre des services réels, le bon marché du médicament le mettant à la portée des malades les plus pauvres.

Rosenberg recommande particulièrement la solution suivante :

Fuchsine		70 centigrammes.
Alcool	} *ââ*	215 grammes.
Eau		

Après avoir bien lavé la plaie à l'eau chaude, on touche toute sa surface avec la solution de fuchsine. On la recouvre d'un morceau de gaze trempée dans cette solution et d'ouate ordinaire maintenue par une bande. Ce pansement peut rester en place deux à trois jours. Quelques précautions sont nécessaires, en l'appliquant, pour éviter les taches très tenaces que produit la fuchsine, tant sur les mains du chirurgien que sur les vêtements et les draps du malade. Ce léger inconvénient est d'ailleurs, avec quelques soins, bien facile à éviter. (*Med. Record.*)

Nouveau procédé d'anesthésie par l'emploi simultané de la cocaïne et de l'électricité.

Le procédé indiqué par Harries peut être utile pour obtenir l'anesthésie de la peau par la cocaïne. Mais sous ce rapport, sa complexité plus grande le rend inférieur aux injections interstitielles. C'est surtout comme moyen d'analgésie dans les affections douloureuses, tenaces et rebelles aux moyens ordinaires, qu'il mérite d'être essayé. Son emploi chez deux malades atteints, l'un d'une névralgie sus-orbitaire consécutive à un zona ophthalmique, l'autre d'une sciatique ayant résisté aux pointes de feu et au chlorure de méthyle, nous a donné un réel succès.

Ce procédé est basé sur le « transport » qui s'opère du pôle positif au pôle négatif du courant continu. En formant l'électrode positive par un tampon recouvert d'une plaque de flanelle, bien imbibé de la solution de cocaïne à 10 p. 100, le passage du courant détermine l'absorption de la cocaïne. Harries emploie un courant de 25 milliampères, qu'il maintient pendant quarante minutes. Le courant passe, bien entendu, pendant tout ce temps, dans le même sens, sans renversement. Harries n'a jamais observé le moindre accident d'intoxication. Si l'on employait un courant aussi intense et aussi prolongé, une certaine surveillance serait indispensable au point de vue des effets caustiques possibles. Chez notre malade à la névralgie orbitaire, l'intensité n'a jamais dépassé 5 milliampères, une certaine prudence étant nécessaire au voisinage de l'œil, et la durée des séances, dix minutes. Le soulagement n'en fut pas moins très marqué dès la troisième séance. Il est utile de nettoyer, avec un peu d'eau tiède alcoolisée, le point de la peau où l'on applique l'électrode pointue pour augmenter la facilité d'absorption.

Quelle est dans cette méthode la part d'influence due à la cocaïne et la part due au courant continu ? Quelle est peut-être même la part attribuable à l'effet moral que possède tout nouveau traitement ? Il est bien difficile de le dire. Ce procédé, qui semble pouvoir rendre des services dans un assez grand nombre d'affections douloureuses, ne mérite pas moins d'être connu. (*The Lancet.*)

Traitement du chancre mou.

Davis, dans le traitement des chancres mous, a complètement renoncé aux cautérisations qu'il regarde comme inutiles et douloureuses. Il rejette également l'emploi de l'iodoforme à cause de son odeur désagréable. Il se contente de faire laver deux fois par jour le chancre à l'eau chaude, puis de le toucher avec quelques gouttes d'eau oxygénée. Après ce lavage, la surface du chancre est asséchée à l'ouate hydrophile et saupoudrée de la poudre suivante :

Sous-nitrate de bismuth		
Poudre de quinquina jaune	} *ââ*	4 grammes.
Calomel		

Ce pansement calme bien les douleurs et amène une prompte cicatrisation. (*Med. Record.*)

Le salol dans la pneumonie.

Bosley a employé le salol dans un très grand nombre de pneumonies, soit chez l'adulte, soit chez l'enfant. Ce médicament aurait une efficacité remarquable pour diminuer la fièvre et semblerait même capable de réduire la durée de l'affection et de provoquer la défervescence. Bosley prescrit le salol à la dose de 12 centigrammes (deux grains) toutes les deux heures. Il associe assez souvent à cette médication la quinine à faible dose. Bosley rapporte diverses observations de pneumonies lobaires traitées de cette façon ; dans toutes, l'effet antipyrétique fut très marqué et presque immédiat; dans l'une d'entre elles, la plus intéressante, la défervescence apparaissait après trois jours de ce traitement, au quatrième jour de la maladie. (*New-York Med. Journ.*)

M. le docteur Toison nous écrit pour protester contre les appréciations que l'auteur d'une de nos Revues générales a faites sur son procédé de trépanation du crâne. Nous avons déjà, à l'occasion d'une communication de notre confrère au récent Congrès de chirurgie, confirmé le jugement porté par M. Rieffel. Nous persistons à croire que le procédé de M. Toison est difficilement applicable sur le vivant, malgré le plaidoyer suivant que l'auteur nous adresse :

« Le procédé nouveau, dit M. Rieffel, n'est qu'une variante de l'opération de Wagner. Or, il existe en médecine opératoire nombre d'opérations décrites sous des titres différents et comme des procédés spéciaux qui, cependant, diffèrent beaucoup moins entre elles que l'opération de Wagner et le procédé décrit. »

Ensuite l'auteur souligne que je m'abstiens de décrire l'opération de Wagner. Or, il est facile de répondre que mon article était consacré à la description de mon procédé et non à l'exposé du procédé allemand. Je n'avais donc qu'à mentionner l'opération de Wagner, ce que j'ai fait. Quant au grand mérite de Wagner, je l'ai reconnu dans les lignes suivantes : « Ce n'est que récemment que Wagner (de Konigshütte) a fait faire un grand pas à la question, etc. »

Puis l'auteur relève que mon procédé n'a encore été étudié qu'au point de vue expérimental. Cependant, en cela, je n'ai fait que suivre cette loi impérieuse qui commande d'essayer *in animâ vili* et sur le cadavre, avant d'opérer sur l'homme.

Nous voudrions, continue-t-il, voir ce procédé appliqué sur le vivant avec une dure-mère très adhérente et très vasculaire. A cette objection, on peut répondre que ce sont là des conditions spéciales qui rendent plus difficile l'application de tous les procédés en général.

Plus loin, mon contradicteur redoute pour la dure-mère les contusions produites par le dos de la scie, la chute de

la sciure d'os sur la même dure-mère. Chez les animaux vivants, je n'ai pas observé de contusions de la dure-mère et si l'auteur en a vu dans ses expériences cadavériques, après injection des vaisseaux, l'injection sans doute était faite avec une masse solidifiable et non élastique, ce qui est loin de représenter la réalité physiologique.

Quant à la sciure d'os, ce n'est que la minime partie qui tombe sur les méninges et, si l'opération a été conduite d'une façon aseptique, cette poussière ne saurait être vraiment nuisible. En effet, dans une expérience datant du 29 janvier, j'ai pu intercaler entre la face interne du crâne et la dure-mère une toile en platine et il ne s'est produit aucun accident imputable à ce corps étranger non résorbable.

En terminant, l'auteur constate qu'il est de notion courante que les sections osseuses à l'aide de la scie comptent au premier rang de celles qui exposent au retard et à l'absence de consolidation osseuse. En effet, cette notion est assez banale, mais il ne faut point intégralement comparer les os du crâne aux os du squelette en général. Il existe entre eux des différences notables au point de vue embryologique et pathologique. De plus, au point de vue spécial de la résection temporaire, les faits expérimentaux démontrent qu'au niveau du crâne, la section des os faite à la scie se réunit mieux que la section pratiquée au ciseau. »

CORRESPONDANCE

Mon cher collègue,

Vous m'informez que notre maître, M. Landouzy, vous a fait observer à propos d'un passage de ma Revue : « La neurasthénie et les neurasthéniques », parue dans le numéro du 18 avril de la *Gazette des hôpitaux*, passage qui semble attribuer à M. Huchard la priorité de la différenciation de l'angine de poitrine neurasthénique, qu'il a lui-même établi cette distinction dans des leçons cliniques faites à la Charité, en 1882.

Je n'hésite pas à reconnaître qu'en effet l'angine de poitrine est très explicitement différenciée de l'angine de poitrine cardiovasculaire, dans les Leçons de M. Landouzy, « Sur l'angine de poitrine envisagée comme symptôme, et dans ses rapports avec le nervosisme arthritique. *Progrès médical*, septembre 1883, n° 35, p. 690 et n° 36, p. 710 » ; ses caractères cliniques sont nettement indiqués, sa valeur sémiotique est parfaitement mise en relief d'après des observations tout à fait typiques qui ont trait à l'histoire d'une série de malades neuro-arthritiques.

Agréez, etc.

Paul Blocq.

25 avril 1891.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

99. M. Canniot. De la résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. — 100. M. Sardou. Traitement des cals vicieux avec chevauchement par l'ostéotomie oblique. — 101. M. Fage. Indications et contre-indications de l'énucléation du globe oculaire. — 102. M. Mercier. Quelques cas de septicémie gangréneuse. — 103. M. Le Renard. De l'ulcère perforant du duodénum. — 104. M. Gastel. Étude des follicules de de Graaf et des corps jaunes. — 105. M. Peltier. De la lèpre en Nouvelle-Calédonie. — 106. M. Benoit. Contribution à l'étude de la muqueuse intestinale. (Remarques sur les villosités.) — 107. M. Bourges (Henri). Angines de la scarlatine. — 108. M. Jacquet (Ferdinand). Contribution à l'étude clinique de l'insuffisance aortique d'origine artérielle. — 109. M. Regnauld. Contribution à l'étude de la laparotomie dans les grossesses extra-utérines. — 110. M. Perret. Considérations sur les néoplasmes primitifs des nerfs des membres. — 111. M. Cuellar. Curetage de l'utérus dans les affections péri-utérines, les fibromes et le cancer de l'utérus. — 112. M. Luzet. Étude sur les anémies de la première enfance et sur l'anémie infantile pseudo-leucémique. — 113. M. Helie. La laryngotomie chez l'adulte. — 114. M. Mosny. Étude sur la broncho-pneumonie. — 115. M. Leledy. Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe 1889-1890. Ses rapports avec l'aliénation mentale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 avril 1891, M. le docteur Béchadergue-Lagreze est nommé médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale.

— Par décret, en date du 25 avril 1891, M. Gauthier, ancien médecin de première classe de la marine, a été nommé médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Le Congrès annuel des médecins aliénistes, français ou de langue française, se réunira le 3 août prochain, à Lyon. Il durera six jours : le prix de la cotisation est fixé à 20 francs. Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes : 1° Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale ; — 2° De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs ; — 3° De l'assistance des épileptiques.

— M. le docteur E. Borry vient d'être nommé, au concours, sous-directeur du Bureau municipal d'hygiène de Lyon.

— La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 26 avril 1891, sous la présidence de M. Yves Guyot, ministre des travaux publics, et de M. le docteur E. Vidal, de l'Académie de médecine, président de la Société. Après avoir entendu l'allocution de M. le docteur E. Vidal, le rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre, par M. le docteur A. Motet, l'allocution de M. le ministre des travaux publics, le rapport de M. le docteur Philbert sur les récompenses, la Société a décerné : un prix de 1 000 francs offert par la veuve de notre premier secrétaire général, le docteur L. Lunier, à M. le docteur Legrain ; des mentions très honorables avec médailles d'argent, à MM. les docteurs Lardier et Nicoulau et une mention honorable à M. le docteur Dubrandy.

241 diplômes de membre associé honoraire ; 14 médailles d'argent ; 346 médailles de bronze ; 134 diplômes de témoignage de satisfaction ; 10 livrets de caisse d'épargne postale d'une importance totale de 100 francs, avec diverses publications de la Société et 1 250 exemplaires de l'Avis de l'Académie de médecine.

Elle a décerné, en outre, un prix de 100 francs à M. Georgin, instituteur à Moyvillers (Oise), au nom de l'ancienne Société contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Joseph Michel, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui vient de succomber à l'âge de quarante-quatre ans. Décoré de la médaille militaire pour sa belle conduite pendant la guerre de France ; il avait été nommé, il y a quelques années, chevalier de la Légion d'honneur.

— Un de nos confrères de la Somme, M. Mouronval, médecin à Miraumont, vient de s'éteindre après cinquante-trois ans de dévouement. Nous le comptions, depuis 1857, parmi nos fidèles lecteurs. Il laisse les meilleurs souvenirs à tous ceux qui l'ont approché.

— M. le docteur Desnos, ancien interne des hôpitaux, fera, sur les maladies des voies urinaires, un cours qui sera complet en quinze leçons. Il le commencera à sa clinique, 15, rue Malle-branche, le lundi 4 mai à quatre heures et demie, et le conti-

nuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Pour les renseignements, s'adresser, 15, rue Malle-branche (près la rue Soufflot).

Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles pour 1891, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de première classe, membre des Sociétés de pharmacie, de thérapeutique et de médecine pratique, avec une introduction par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. 1 vol. in-18, 324 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Les famines. — THÈSES DE PARIS. — THÉRAPEUTIQUE. Les fers assimilables. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a clos la discussion incidente sur le rétablissement des tours. Il ne lui reste plus qu'à voter sur la seconde conclusion de la commission et les divers amendements proposés, ce qu'elle a remis à la séance prochaine, vu le trop petit nombre de membres qui assistaient à la fin de la discussion. Cette question des tours a toujours eu le don de soulever d'ardentes polémiques, et cette fois encore cette institution a eu ses défenseurs et ses détracteurs. Si nous avions à nous prononcer sur cette question, nous le ferions dans le même sens que M. Le Fort, qui nous semble mettre tout le monde d'accord en proposant de recourir simultanément aux Maternités secrètes, aux bureaux ouverts et au tour. De cette façon, toute femme intéressée à cacher une grossesse, ou désireuse de se débarrasser de son enfant, n'aurait que l'embarras du choix. Les moralistes trouveront peut-être que c'est encourager le vice; mais ils voudront bien reconnaître que c'est encore là le meilleur moyen de diminuer les crimes d'avortement et d'infanticide, de tous, les plus préjudiciables aux intérêts de la population.

M. Polaillon a lu un rapport sur une communication de M. le docteur Berlioz (de Grenoble), relative à l'emploi d'une nouvelle substance antiseptique, la microcidine, qui paraît donner de bons résultats et qui a l'avantage d'être inoffensive et peu coûteuse.

M. Berger a présenté un malade, qu'il est parvenu à guérir d'une exstrophie complète de la vessie avec épispadias, par une heureuse application du procédé opératoire, proposé et décrit par M. Segond.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. PROUST.

Les famines.

Les famines constituaient l'un des fléaux les plus fréquents et les plus terribles d'autrefois. Si complètement disparues qu'elles puissent paraître aujourd'hui par le progrès de tous les moyens de communication, l'étude n'en reste pas moins des plus intéressantes au point de vue de l'hygiène. La faim, en dehors de ceux qu'elle tue directement, crée, en effet, une pathologie toute spéciale.

En France, en dehors des grandes famines du moyen âge, l'une des plus terribles famines de ce siècle fut celle qui suivit, en 1816 et 1817, l'invasion de 1814. Une humidité extrême s'ajouta aux conditions terribles créées par la guerre. Des départements entiers manquèrent de pain ; les paysans, réduits à se nourrir de salsifis, oseille sauvage, orties même, furent, en grand nombre, atteints d'anasarque et d'hydropisie. Sous l'influence de cette misère, les naissances diminuèrent à tel point, l'année suivante, que vingt ans après, on constatait, dans le chiffre normal des conscrits, un déficit de 5 à 17 p. 1000.

Pendant la guerre de Crimée, nos troupes subirent aussi de terribles privations. Sur la fin du siège, tout le plateau de Crimée était, au point de vue des aliments qu'il pouvait offrir, « sec comme le pont d'un navire ». Les soldats n'avaient guère d'autre viande que celle provenant d' « animaux crevants ou crevés ». Les légumes secs qu'ils recevaient étaient à peine supérieurs à du foin. Pendant la deuxième année de l'envahissement, la mortalité devint extrême.

Vous connaissez enfin la disette du siège de Paris. Là encore le défaut d'alimentation suffisante devint un facteur morbide d'une intensité effrayante. Dans les dernières semaines de l'investissement, la mortalité avait plus que quintuplé, par rapport à la moyenne ordinaire.

Mais si grandes qu'aient été les privations dans toutes ces famines, elles furent loin d'atteindre la privation absolue d'aliments, observée en Algérie, en 1868. La guerre, les sécheresses excessives des deux années 1866 et 1867, une invasion de sauterelles avaient détruit toutes les récoltes. Les Arabes se pressaient vers les centres habités, cherchant, jusque dans les tas de fumier, quelques débris végétaux; 217000 succombèrent. Il est remarquable que, dans cette famine, la mortalité fut presque exclusivement due à la faim; 2000 décès au plus sur ce chiffre effrayant furent causés par le typhus. En France en 1818, en Crimée, au contraire, le typhus avait été le grand agent de destruction. Pendant le siège de Paris, on avait surtout observé, sinon le typhus, au moins une intensité et une gravité extrême de toutes les affections épidémiques. Les tribus nomades de l'Algérie échappèrent à l'influence de l'encombrement qui s'ajoute toujours à l'inanition dans la production du typhus.

En Europe, les plus grandes et les plus nombreuses famines du siècle ont été observées en Irlande et en Silésie. Le typhus ajouta ses terribles ravages à ceux de la faim. En Allemagne, il y eut, en 1846 et 1847, un million de morts. Comme toujours, les causes de la famine sont surtout dans les fléaux frappant les sources d'aliments végétaux, céréales détruites par la sécheresse ou l'humidité excessive, pommes de terre atteintes par la maladie. Parfois les aliments sont altérés en qualité, en même temps que diminués en quantité. Des épidémies spéciales de scorbut, de pellagre, d'ergotisme, peuvent venir compliquer la famine à la suite de ces altérations.

Le défaut d'alimentation exerce une action physiologique analogue à l'inanition expérimentale. Vous savez que, d'après les recherches de M. Chonal, dès qu'un animal a perdu, par l'inanition, les 4/10e de son poids, sa résistance vitale est si affaiblie qu'un simple pincement de la patte suffit à déterminer la mort subite. A défaut de cause occasionnelle, la mort ne tarde pas à survenir par hypothermie. Autrefois, quand les malades atteints de fièvre typhoïde étaient soumis à une diète prolongée et absolue, on les voyait souvent, au cours de la convalescence, réduits à un amaigrissement excessif et succombant de syncope au moindre mouvement. Cette inanition complète des expériences physiologiques ne se retrouve guère dans les famines humaines. Le plus souvent, les populations les plus éprouvées aiment à se procurer quelques aliments de hasard; ordinairement même, dans les sièges par exemple, il y a plutôt rationnement insuffisant que défaut absolu d'alimentation. Mais l'insuffisance des aliments, leur mauvaise qualité n'en déterminent pas moins les symptômes les plus graves. La peau devient bleuâtre; la perspiration cutanée, l'haleine ont une fétidité spéciale; l'amaigrissement est extrême, la température s'abaisse. Toutes les influences morbides : froid, humidité, agents spécifiques, sévissent avec intensité sur ces organismes affaiblis. La difficulté d'enterrer les nombreux cadavres devient une nouvelle source d'infection. La peste signalée dans les famines du moyen âge a encore été, de notre siècle, observée en Orient; le typhus a été enfin, à des degrés divers, le compagnon constant de toutes les grandes famines.

L'action destructive des famines s'exerce directement par les décès et indirectement par la diminution des naissances qu'elles entraînent. Il suffit même d'une simple augmentation du prix du pain pour diminuer la natalité et augmenter la mortalité. Dès le siècle dernier, Meissans, par des recherches statistiques, embrassant une période de 1674 à 1764, avait montré que la cherté du blé augmentait le nombre des décès et le chiffre des entrées à l'Hôtel-Dieu. Mêlier, étudiant les périodes comprises de 1756 à 1788 et de 1801 à 1840, retrouva cette influence, mais constata toutefois qu'elle allait en s'affaiblissant, en se rapprochant des temps actuels. Dupin, enfin, dans une étude plus complète encore, trouvait, en 1847, après la terrible année de 1846, un déficit de 64 892 naissances. Le nombre ordinaire des mariages avait été diminué de 20 636. Il y avait un excédent de 24 528 décès. La diminution d'accroissement de la population s'élevait à 89 420 individus. Quelques économistes, trop facilement satisfaits, ont bien essayé de répondre que tout se compensait finalement, les naissances et les mariages subissant toujours un accroissement quelques années après ces grandes crises. Mais la diminution momentanée des naissances fût-elle compensée, l'augmentation fût-elle même assez grande pour compenser le chiffre des décès, la perte sociale causée par ces décès d'adultes arrivés à leur pleine vigueur n'en subsisterait pas moins. Les conclusions de M. Bouchardat, qui a repris et résumé les travaux antérieurs de Meissans, Mêlier et Dupin, expriment bien cette influence des périodes de cherté. Voici ces conclusions : 1° toutes choses égales, les mariages sont d'autant plus nombreux que le blé est meilleur marché; 2° les naissances diminuent dans les années qui suivent les années de cherté; les conscrits sont en nombre moindre vingt ans après, conséquence naturelle de la diminution des naissances; 3° dans les années de cherté excessive, la mortalité augmente, les naissances et les mariages diminuent; 4° le chiffre de la mortalité des années de cherté excessive et moyenne s'étend sur les années qui suivent cette cherté. Le résultat s'accentue davantage, quand les années de disette se succèdent.

De tous temps, vous le savez, l'importance des mesures prophylactiques prises en Egypte, en Grèce, à Rome, montre à quel point était redouté le fléau des famines. Aujourd'hui, la facilité des communications et l'extension des échanges, la part de plus en plus grande prise par la viande à l'alimentation, jadis basée presque entièrement sur les aliments végétaux, la variété plus grande des cultures qui expose moins à un manque absolu de récolte, la perfection plus grande des procédés agricoles qui diminue les ravages causés par les intempéries atmosphériques, permettent d'espérer que les famines deviendront de plus en plus rares. En Europe, elles semblent avoir disparu; les blés d'Amérique paraissent devoir toujours combler le déficit que pourraient présenter les récoltes européennes, d'autant que, par une sorte de compensation, les récoltes annuelles se sont montrées, jusqu'ici, d'autant plus satisfaisantes en Amérique, qu'elles l'étaient moins en Europe et réciproquement.

Qui pourrait cependant prévoir l'influence néfaste qu'une grande guerre, en suspendant les échanges commerciaux, en enlevant à l'agriculture l'immense majorité de ses hommes valides, exercerait encore sur l'alimentation ?

En admettant même que les famines bornent à l'avenir leur ravage aux pays moins civilisés que les nôtres, elles méritent encore toute l'attention des médecins et des économistes. Échappant à leurs ravages directs, nous ne saurions nous flatter d'éviter toujours leurs conséquences indirectes. Les épidémies, suites naturelles des famines, établissent, à cet égard, entre les peuples, une véritable solidarité hygiénique. Les foyers puissants de maladies infectieuses, créés par la disette, suffiront souvent à contaminer, aujourd'hui surtout que la facilité et la rapidité des transports multiplient les communications, les nations éloignées.

En dehors du fléau des famines et des disettes, il n'est pas sans intérêt pour l'hygiéniste de comparer les facilités d'existence matérielle des siècles antérieurs et du nôtre. Certes, dans la science économique, les données mathématiques d'une précision absolue sont rares. Les résultats de la statistique permettent cependant d'apprécier les progrès réalisés. C'est dans ces progrès qu'il faut sans doute, en grande partie, chercher l'explication de ce fait incontestable de l'augmentation de la durée de la vie moyenne. Cette durée qui, au début du siècle dernier, était de vingt-sept à vingt-huit ans, est actuellement de trente-six à

trente-huit ans. Le gain s'élève donc au quart de la durée totale.

Pour bien comprendre les progrès réalisés par la civilisation dans le bien-être individuel, quelques données statistiques sont indispensables. L'importance du sujet nous fera pardonner, je l'espère, l'aridité des chiffres.

La division des propriétés, beaucoup plus grande aujourd'hui qu'autrefois, constitue pour la production un facteur favorable dont l'influence se comprend facilement. Avant la Révolution, le nombre des propriétaires était de 4 millions seulement. En 1825, il atteignait 6 millions. En 1850 il s'élevait à 7 millions. De 7 millions et demi en 1875, le nombre s'élève actuellement à près de 8 millions. Il a donc presque doublé.

Les terres, malgré la dépréciation et la crise survenues dans ces quinze dernières années, ont, de ce fait, augmenté considérablement de valeur. Si l'on compare leur valeur actuelle, non seulement à celle qu'elles avaient avant la Révolution, mais à celle qu'elles avaient au moment de la Restauration, on constate une plus-value considérable. Dans quatre départements, cette plus-value dépasse 100 p. 100; dans douze, elle varie entre 100 et 66 p. 100; dans vingt-neuf, elle s'élève de 66 à 33 p. 100; dans trente-quatre, elle est moindre de 33 p. 100. Dans cinq départements seulement, on trouve une moins-value; de 14 p. 100 pour trois d'entre eux; de 10 p. 100 pour les deux autres. Notez que cette statistique, si favorable encore, l'eût été bien plus il y a quinze ans, avant la dépréciation subie, dépréciation qui peut s'évaluer à 20 ou 25 p. 100.

L'étude statistique de la culture du blé montre, de son côté, une augmentation progressive du nombre d'hectares ensemencés en blé, du nombre d'hectolitres récoltés et, fait intéressant au point de vue du progrès agricole, du nombre d'hectolitres récoltés à l'hectare. En 1815, 4 600 000 hectares produisaient 39 500 000 hectolitres de blé, soit 8 hectol. 6 à l'hectare. En 1845, 5 700 000 hectares produisaient 72 millions d'hectolitres, soit 12 hectol. à l'hectare. En 1865, 6 900 000 hectares donnaient 95 800 000 hectolitres avec une moyenne de 13 hectol. 8. En 1885, 6 900 000 hectares donnaient 110 millions d'hectolitres. La moyenne d'hectolitres à l'hectare atteignait 15,8. La production totale avait presque triplé, la production moyenne presque doublé.

Si l'on ajoute à cette augmentation énorme de la production nationale, les quantités de blé fournies par les apports, soit de la Russie méridionale, soit des États-Unis, contrées presque incultes au début de ce siècle, on ne doit point s'étonner de l'énorme diminution du prix du blé. Le prix moyen de l'hectolitre de blé était de 24 fr. 05 pendant la période quinquennale de 1811 à 1815. Il s'élevait même à 25 fr. 33 pendant la période suivante de 1816 à 1820. De 1881 à 1885, ce prix n'est plus que de 20 fr. 99. Il tombe même à 16 francs pendant l'année 1886.

Le blé, ne l'oubliez pas, constitue le fond de l'alimentation. Pour une famille de cinq personnes, la quantité annuelle de pain consommée n'exige guère moins de 15 hectolitres de grain. C'est par dénûment que les paysans se contentaient, autrefois, de pain de seigle, d'avoine, d'orge, de sarrazin. Aujourd'hui, l'abondance et la diminution du prix du blé, l'augmentation de l'usage de la viande, leur assurent une alimentation infiniment meilleure au point de vue hygiénique.

Les salaires agricoles se sont d'ailleurs fort élevés en

plaies en suppuration. Quant aux plaies récentes, la solution de microcidine empêche la production de la suppuration au même titre que les solutions phéniquées ou naphtolées.

En résumé, la microcidine mérite de prendre place parmi les antiseptiques les plus utiles et les plus inoffensifs.

COMMUNICATIONS

Exstrophie complète de la vessie avec épispadias, guérison. — **M. BERGER** présente un malade qui était atteint d'une exstrophie de la vessie avec écartement de la symphyse pubienne et épispadias complet. La vessie faisait au-dessus du pubis une saillie presque du volume du poing; les deux uretères aboutissaient à sa partie inférieure et étaient facilement reconnaissables; la surface vésicale elle-même était excoriée et recouverte de croûtes. Il existait en même temps deux hernies inguinales, dont une plus prononcée à droite.

M. Berger tenta d'abord de recouvrir la surface vésicale par la méthode autoplastique; mais, un des lambeaux se gangréna. Il eut alors recours au procédé employé et décrit par M. Segond. La partie vésicale fut disséquée de haut en bas et rabattue sur l'orifice des uretères et sur la gouttière uréthrale de la verge, dont les bords avaient été préalablement avivés; elle fut fixée dans cette situation par des points de suture au fil de soie; la cavité des voies urinaires étant ainsi reconstituée de l'orifice des uretères à la partie antérieure de la verge, un grand lambeau emprunté au scrotum fut passé au-dessus de celle-ci et appliqué par sa face cruentée sur la face cruentée du lambeau vésical auquel il fut fixé par de nombreux points de suture. Il fallut faire deux petites opérations complémentaires pour fermer les orifices fistuleux et constituer l'extrémité antérieure du canal.

Cet homme présente aujourd'hui une vessie et un urèthre clos de toutes parts et ne laissant échapper l'urine que par l'extrémité de la verge.

Traitement des fibromes utérins par l'électrolyse. — **M. DANION** lit une note sur ce sujet.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION ET LE RÉTABLISSEMENT DES TOURS

M. LE ROY DE MÉRICOURT appuie le vœu émis par M. Guéniot et réclamant le rétablissement des tours. Il combat l'opinion de M. Roussel qui pense que la pratique des tours serait incompatible avec le principe et les développements nécessaires des mesures préventives de l'abandon des enfants. Il croit les deux institutions également utiles et que le bureau ouvert vient compléter le tour, mais ne peut s'y substituer. Il fait observer qu'il ne faut pas, dans cette discussion, avoir seulement en vue Paris et les grandes villes; il faut sauver l'enfant abandonné partout. Cette surveillance coûtera plus cher, mais si, comme nous le fait espérer M. Roussel, l'État prend sous sa tutelle les établissements hospitaliers de province, ce ne sera que justice. M. Leroy de Méricourt votera donc pour le rétablissement des tours. Il ajoute qu'il accepte les propositions qui ont été faites pour assurer le secret des accouchements et la protection des femmes enceintes.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ propose d'ajouter au premier paragraphe du rapport de la Commission le vœu suivant :

« Que la loi sur les Enfants assistés, préparée par le Conseil supérieur de l'Assistance publique dans sa dernière session, soit soumise aux pouvoirs publics dans le plus bref délai. »

On est frappé, en effet, dans l'application des lois et règlements qui concernent l'abandon des enfants, de l'incohérence de cette application qui varie suivant chaque département. Pour M. Dujardin-Beaumetz, le secret ne joue qu'un rôle secondaire, c'est la misère qui joue le rôle principal. Il est donc disposé à adopter la création de bureaux ouverts ou secrets d'abandon, parce qu'ils permettent de venir au secours de la mère nécessiteuse, qui, moyennant un subside, peut se décider souvent à garder son enfant. Or, c'est de ce côté surtout, qu'il faut chercher à faire des progrès, car les statistiques montrent que la mortalité des

enfants abandonnés, arrivés à vingt et un ans, est beaucoup plus considérable que celle des enfants élevés par leur mère.

M. GUÉNIOT propose, en ce qui concerne l'accouchement secret, de modifier la proposition de M. Brouardel de la façon suivante :

« L'Académie émet le vœu que les filles et les femmes enceintes nécessiteuses puissent être hospitalisées pendant les derniers mois de leur grossesse, et que, si elles le désirent, le secret absolu soit gardé sur leur présence et sur leur accouchement. »

En ce qui concerne la question des tours, M. Guéniot estime que l'administration, dans un grand nombre de cas, devrait chercher à obtenir que les mères qui s'adressent à elle consentent à abandonner leur enfant; actuellement, c'est le contraire que l'on recherche, car on considère comme un excellent résultat qu'elles acceptent un secours de 20 à 30 francs pour les aider à élever leur enfant. Ce secours est, le plus souvent, insuffisant, et cette manière d'agir a pour conséquence que l'enfant est élevé dans les plus mauvaises conditions, aussi bien au point de vue de l'hygiène qu'au point de vue de son éducation morale. En outre, en agissant ainsi, il y aurait l'avantage de diminuer la mortalité des enfants. En effet, la mortalité des enfants abandonnés, qui était, il est vrai, de 33 p. 100 en 1880, est descendue, à l'heure actuelle, à 17 p. 100, tandis que la mortalité des enfants assistés est, en réalité, de 24 p. 100. Encore est-il que la mortalité des enfants abandonnés est accrue par ce fait que l'administration reçoit surtout ceux qui ont une tare quelconque (athrepsie, cécité, etc.), tandis que les enfants assistés rentrent dans la catégorie de tous les enfants.

Mais, dira-t-on, cette manière d'envisager la question augmentera la dépense. C'est possible, mais en somme, si nous voulons avoir des enfants, il faut les payer.

D'ailleurs, cette dépense ne sera pas si forte. Un enfant élevé par l'Assistance coûte environ 200 francs par an; or, c'est un chiffre de 15 à 20 000 enfants en plus, que l'administration devra élever, soit de 3 à 4 millions. Cette somme est peu élevée, relativement au résultat obtenu, surtout si l'on considère que ces 15 à 20 000 enfants élevés donneront une criminalité bien moindre que celle qu'ils donneraient, élevés au milieu de leurs familles.

On a dit que cette manière de voir était du socialisme dangereux. Le socialisme dangereux serait celui qui prendrait les enfants de force pour les élever d'une façon déterminée, mais ici, c'est tout le contraire qui se produit; nous ne prenons que les enfants qui nous sont confiés par des parents qui ne peuvent ou ne veulent s'en charger.

M. LE FORT fait observer qu'on est d'accord pour reconnaître la nécessité du secret des accouchements. En ce qui concerne les tours et les bureaux secrets, je crois qu'ils ne répondent pas aux mêmes besoins, et que dès lors, on pourrait adopter les uns et les autres. Il propose donc la rédaction suivante :

« Que les filles et les femmes désirant cacher leur maternité puissent être hospitalisées, dans des conditions telles, que le secret le plus absolu soit gardé sur leur présence et leur accouchement; que les tours soient rétablis, conformément au décret du 13 janvier 1811 ; que des secours pécuniaires soient accordés aux mères ne pouvant, faute de secours, élever leur enfant. »

M. ROCHARD rappelle que la Commission a voté la conclusion qu elle propose pour deux raisons : 1° parce qu'on a affirmé que le secret pourrait être rigoureusement gardé dans les bureaux ouverts; 2° parce que M. Roussel a dit que demander le rétablissement des tours pouvait créer des entraves à l'adoption des lois sur l'Assistance publique, en faisant croire qu'il existe entre les membres de l'Académie des divergences qui ne sont pas réelles. Tous, en effet, veulent faire quelque chose, tous désirent empêcher, autant que possible, la mort des enfants; c'est de ce sentiment que s'est inspirée la Commission.

M. ROUSSEL répond à M. Le Fort que le bureau secret pourra parfaitement être secret; si M. Le Fort ne l'admet pas, comment peut-il admettre la maternité secrète ? M. Roussel croit, pour son compte, que le bureau confié à des personnes liées par le devoir professionnel peut parfaitement être secret. D'ailleurs, ce secret n'est important qu'une fois sur cent.

Il ajoute que si lorsqu'on examine les rapports qui arrivent de la province, on constate que le véritable avenir est en faveur des secours temporaires. En province, l'enfant est mieux élevé par sa mère.

M. GUÉNIOT trouve déplorable le système préconisé par M. Roussel. On refuse, en province, autant que possible, l'abandon ; c'est là un très mauvais résultat. Il cite un triste exemple qui prouve que le bureau secret ne l'est pas et que vouloir imposer le secours peut avoir des résultats très fâcheux.

M. LE FORT ajoute qu'on ne peut pas comparer, au point de vue du secret, le bureau au tour; la femme ne croira pas à ce secret et elle tuera son enfant plutôt que de le porter au bureau, dit secret.

M. LE PRÉSIDENT prononce la clôture de la discussion sur la seconde conclusion de la Commission et déclare que le vote aura lieu à la prochaine séance.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour deux places de médecin des hôpitaux est provisoirement composé de MM. Chauffard, Hérard, de Beurmann, Brissaud, Cadet de Gassicourt, Roques et Le Dentu.

— Le jury du concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux est provisoirement composé de MM. Désormeaux, Marchand, Pozzi, B. Anger, Guéniot, Ribemont, Landrieux.

— Par décret, en date du 28 avril 1891, sont nommés près la Faculté de médecine de Lille :

M. Schmitt, agrégé, professeur de thérapeutique et matière médicale;

M. Baraban, agrégé, professeur d'histologie.

— Par décision ministérielle, en date du 8 avril 1891, les médecins aides-majors de première classe dont les noms suivent sont passés dans la première moitié du cadre :

MM. Gilbert, Chevalier, Darbouet, Puig, Créton, Bourdin, Pélégry, Routier, Delahousse, Barudel, Marcus, Simonin, Bérard, Renard, Ruotte, Ecot, Licht, Renaud et Maison.

— Par décision ministérielle, en date du 12 avril 1891, les médecins militaires dont les noms suivent ont obtenu le certificat d'aptitude au grade supérieur :

MM. Achard, Atgier, Audihnier, Baills, Boutry, Brousse, Catteau, Colin, Collignon, Darde, d'Arras, de Tastes, Dupeyron, Dziewonski, Ferry, Francou, Gadet, Godin, Laydeker, Mackiewicz, Morand, Morert Pauzat, Pouey, Riff, Saletes, Thorthe, Tixier, Vack et Vignot.

— MM. les médecins-majors de première classe Delmas, Baudot et Landriceu sont promus au grade de commandeur du Nicham-Iftikhar.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Vinsac, Charier, Troy, Namin, Prat, Coquand, Frilet, Stroebel, Guérard, Pailloz, Delorme, M. Robin, médecin aide-major de première classe, et M. Peyrat, médecin aide-major de réserve, sont promus au grade d'officier du Nicham-Iftikhar.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Revue générale. Indications opératoires et traitement des prolapsus du rectum, par J.-A. Gauthier, interne des hôpitaux de Paris. — Société de Chirurgie. — Variétés. Le personnel médical subalterne dans les hôpitaux scandinaves. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 1er mai 1891.

Le concours pour trois places de médecin du Bureau central s'est terminé hier soir.

Ont été nommés, par ordre de mérite, MM. Albert Mathieu, Delpeuch et Lermoyez.

Nos lecteurs, qui apprécient la distinction avec laquelle M. Mathieu dirige la partie médicale de nos Revues générales, se réjouiront avec nous du succès de notre cher et savant collaborateur.

REVUE GÉNÉRALE

Indications opératoires et traitement des prolapsus du rectum.

Par J.-A. Gauthier, interne des hôpitaux de Paris.

Bibliographie. — Duret. *Journal de chirurgie*, 1885. — Jeannel. Nouvelle opération pour les formes graves du prolapsus rectal, Rapport de M. Verneuil sur une observation de M. Jeannel, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1889, n° 40. — Lange. *New-York Med. Journ.*, 19 février 1887. — Gérard-Marchant. Communication à la Société de chirurgie, 1890. — Lyot. *Traitement du prolapsus du rectum*, Thèse 1890. — Mickulicz. XVIIe Congrès de la Société allemande de chirurgie, 7 avril 1888, à Berlin, *Beit. Centralbl. f. Chir.*, 1888, n° 25, p. 53. — Schwartz. Congrès français de chirurgie, Paris 1889; — Emploi de la noix vomique dans le prolapsus du rectum, *Bulletin de thérapeutique*, 1886, t. XI, p. 31. — Segond. Société de chirurgie, novembre 1889.

La question des prolapsus du rectum a été, dans ces dernières années, remise à l'ordre du jour. A côté des procédés opératoires anciens, remaniés et perfectionnés [Lange (de New-York), Duret, Schwartz, Mickulicz, P. Segond, Ch. Nélaton], d'autres ont vu le jour, plus hardis dans leurs conceptions, plus efficaces dans leurs résultats (Verneuil, Jeannel, Gérard-Marchant). Il serait peut-être prématuré de porter un jugement définitif sur la valeur relative des méthodes nouvelles : leur application est trop récente et trop restreinte pour qu'elles aient reçu la consécration du temps et de l'expérience. Toutefois, comme elles reposent sur des données anatomiques et physiologiques précises, elles ont été accueillies avec faveur; et il est permis de penser que les espérances que l'on fonde sur elles se réaliseront amplement. C'est à l'étude de cette question que nous consacrerons cette Revue générale.

M. Lyot l'a traitée récemment dans sa thèse. Nous lui ferons de nombreux emprunts.

I

Nous trouvons, dans le rapport de M. Verneuil, sur l'opération de M. Jeannel, un aperçu remarquable sur les conditions pathogéniques qui président à l'apparition du prolapsus rectal. Nous croyons devoir en reproduire les traits principaux : ce sera, nous semble-t-il, une excellente introduction à l'étude comparative des diverses méthodes de traitement.

Le rectum emprunte ses moyens de fixité : d'une part, au mésorectum qui l'applique contre la paroi de l'excavation pelvienne (c'est le groupe supérieur ou intra-pelvien des moyens de fixité); d'autre part, aux plans musculo-aponévrotiques, qu'il traverse avant d'aboutir à l'anus (releveur de l'anus, muscle ischio-coccygien, sphincter anal, aponévroses du périnée, ou groupe inférieur des moyens de fixité).

Le prolapsus rectal qui appartient comme les hernies à la classe des déplacements morbides, implique, comme condition première, un affaiblissement des moyens de fixité, et, comme condition seconde, une force capable de pousser l'intestin hors du bassin. Celle-ci est représentée par la pression intra-abdominale, essentiellement variable, suivant l'état de repos ou l'état d'effort.

Le groupe intra-pelvien joue le rôle prédominant dans la statique du rectum; l'action du groupe périnéal est accessoire. La destruction des sphincters, des releveurs et des ischio-coccygiens, observée à la suite des suppurations pelvi-rectales supérieures, des opérations de grandes fistules et de l'ablation de cancers, n'entraîne pas le prolapsus. Au contraire, l'insuffisance primitive du groupe intra-pelvien suffit à le créer, malgré l'intégrité du périnée.

En résumé, la cause déterminante du prolapsus réside dans l'affaiblissement ou la destruction des moyens de fixité et de contention; la cause efficiente, dans la tension intra-abdominale.

De ce court exposé découlent les indications thérapeu-

tiques : on combattra le relâchement des appareils de suspension et de contention, on supprimera les efforts.

Mais ce n'est pas chose aisée : à côté, ou plutôt derrière le prolapsus qui est un fait mécanique tributaire de l'action chirurgicale, est un fait dynamique, le premier au point de vue chronologique et hiérarchique, à savoir : la perte des propriétés fondamentales des tissus (tonicité et contractilité des muscles lisses et striés, élasticité et résistance des tissus élastiques et fibreux).

Comment remédier à la laxité des ligaments ? Comment triompher de l'asthénie musculaire ? L'opération la plus rationnelle et la mieux conduite se heurte à ces difficultés.

Ne pouvant atteindre efficacement le fait dynamique, les chirurgiens se bornent à lutter contre le fait mécanique : l'abaissement et la hernie du rectum ; et, suivant l'idée pathogénique dominante, on les voit rétrécir l'anus et le rectum, supprimer l'intestin procident, ou bien essayer de le réduire et de le maintenir fixé dans le bassin par des adhérences artificielles.

II

Cruveilhier définit le prolapsus : « Le déplacement dans lequel l'intestin rectum s'échappe par l'anus. »

Cette définition a le mérite d'être courte et précise. Elle implique comme condition l'existence du collier au niveau ou au-dessous du milieu du rectum, le prolapsus étant constitué soit par le rectum seul, soit par le rectum accompagné des colons. Elle élimine les invaginations de l'intestin grêle et des colons, qui apparaissent à l'orifice anal. Toutefois le terme d'invagination, appliqué à la chute du rectum, ne doit pas être repoussé, pourvu qu'on le fasse suivre d'un qualificatif, qui spécifie bien le siège du collier sur le rectum.

Le prolapsus du rectum offre plusieurs degrés : tantôt il est constitué par la muqueuse seule, qui, grâce à la laxité du tissu cellulaire sous-muqueux, glisse sur les tuniques musculaires et sort par l'anus, c'est le *prolapsus muqueux ;* tantôt, il est constitué par l'ensemble des tuniques qui se sont échappées à travers le plancher périnéal, c'est le prolapsus total ou complet avec ses deux variétés, rectale et recto-colique, suivant que le rectum seul ou le rectum et le colon sont procidents.

Telle est la division classique. Nous ne discuterons pas sa légitimité, bien qu'une série de considérations tirées de l'étiologie et de l'anatomie pathologique soient de nature à établir une différence radicale entre le prolapsus muqueux et le prolapsus total. Nous nous conformerons à l'usage.

Au point de vue thérapeutique, il est bon de distinguer, encore, avec Cruveilhier, les prolapsus réductibles, irréductibles et étranglés, avec ou sans sphacèle. Les altérations de la muqueuse et notamment les ulcérations, les adhérences des cylindres invaginés, sont aussi à retenir, à cause des indications spéciales qu'elles fournissent.

D'autre part, si le plus souvent le prolapsus est essentiel, il peut arriver qu'il soit commandé par certaines affections de l'extrémité inférieure du tube digestif (hémorrhoïdes, polypes, rétrécissements, cancers). On conçoit, dès lors, que tel procédé opératoire, qui convient au prolapsus essentiel, manquera son but si on le dirige contre le prolapsus symptomatique. Dans le premier cas, c'est la procidence même qu'il faut viser ; dans le second, c'est l'affection primitive qu'il faut avant tout traiter. Pour ce motif, nous écarterons le prolapsus symptomatique de notre description.

III

Nous n'avons pas la prétention d'exposer tous les modes de traitement qui ont été appliqués au prolapsus du rectum. Nous laisserons de côté les traitements médicaux et les palliatifs, dont l'inefficacité est aujourd'hui péremptoirement démontrée. A peine ferons-nous quelques réserves pour la noix vomique, pour l'ergotine, pour l'électricité, qui, entre les mains de certains chirurgiens, auraient donné des résultats positifs. Il est probable qu'il s'agissait de cas très simples, de prolapsus muqueux rudimentaires, qui auraient guéri sans traitement spécial. Nous présumons fort que ces moyens auraient échoué contre le prolapsus complet, même à son minimum de développement. Toutefois, ils peuvent trouver leur indication, mais à titre d'adjuvants, lorsque, ayant pratiqué une rectopexie ou une colopexie, on veut essayer de restituer aux muscles du périnée, aux sphincters et aux fibres lisses de l'intestin, leur tonicité et leur contractilité.

Le traitement chirurgical fixera surtout notre attention. Nous ne ressusciterons pas toutes les opérations qui ont été tentées. Nous nous attacherons plus volontiers à l'étude des procédés opératoires nouveaux.

I. Le PROLAPSUS MUQUEUX, qui est l'apanage de l'enfance, guérit habituellement avec la plus grande facilité : à peine est-il parfois nécessaire de pratiquer quelques cautérisations ignées sur la muqueuse, au niveau des sphincters. Cependant la muqueuse herniée peut s'étrangler à travers le sphincter ; le chloroforme assure ordinairement la réduction. Si la compression amène du sphacèle, il faut s'abstenir et se borner à recouvrir la plaie de pansements antiseptiques. Les accidents s'aggravent-ils, il ne faut pas hésiter à débrider et même à supprimer la partie procidente.

II. PROLAPSUS RECTAL COMPLET. — Les procédés opératoires qui ont été successivement inventés s'adressent à l'anus, au rectum, et aux moyens de suspension, suivant l'idée pathogénique dominante. Ils n'ont pas tous même valeur. Nous glisserons sur certains, pour nous appesantir sur ceux dont l'efficacité est reconnue.

A. *Anaplasties ano-périnéale et ano-rectale.* — Elles n'attaquent qu'un des facteurs pathogéniques du prolapsus : le relâchement des sphincters et du plancher périnéal. Aussi n'est-il pas surprenant qu'elles échouent presque fatalement. Et cependant, depuis Dupuytren qui excisait de chaque côté de l'anus un certain nombre de plis rayonnés pour rétrécir l'orifice, depuis Roux et Robert qui créaient une grande perte de substance triangulaire anococcygienne et réunissaient les lèvres de la plaie avec des fils passés profondément à l'aide d'une grande aiguille courbe, ces procédés anaplastiques ont pris un grand développement entre les mains de quelques chirurgiens, notamment MM. Duret, Schwartz, etc., qui ont pratiqué de véritables recto-périnéorrhaphies, analogues, dans leur but et dans leur exécution, aux colpo-périnéorrhaphies, si prônées aujourd'hui. Ces interventions consistent à aviver la peau de la marge de l'anus et la muqueuse rectale dans une étendue variable et à affronter, à l'aide de sutures, les

lèvres de la plaie ainsi produite. Mais tandis que M. Schwartz a pratiqué son opération sur la paroi antérieure du rectum, M. Duret a choisi la paroi postérieure de l'ampoule rectale. Les résultats immédiats ont été satisfaisants. Se maintiendront-ils ?

La dilatation manifeste du rectum, soupçonnée de contribuer à la production du prolapsus, a fait naître certains procédés spéciaux pour diminuer le calibre de l'ampoule rectale. Nous ne ferons que mentionner les applications d'acide nitrique et de raies de feu profondes sur le boyau hernié, pour décrire, avec détail, le procédé de Lange (de New-York), accueilli avec faveur à ses débuts. Plaçant le malade dans la position génu-pectorale, il mène une incision du sacrum à l'anus et résèque le coccyx, ce qui lui permet d'aborder largement la face postérieure du rectum. Il passe horizontalement, et de chaque côté de la ligne médiane, une série de fils de catgut étagés, à travers les tuniques du rectum, sans intéresser la muqueuse. Il suffit de serrer ces fils pour produire un repli muqueux longitudinal, saillant à l'intérieur. D'autres fils passés de la même façon rapprochent, après striction, les parties latérales de l'intestin et produisent une nouvelle diminution de calibre. Le releveur et le sphincter externes, excisés dans une étendue variable, sont affrontés par des sutures.

B. L'*extirpation* du boudin hernié a eu de tout temps des adeptes fervents. Pratiquée d'abord à l'aide du cautère actuel, puis des ligatures et enfin du bistouri, elle a été remise en honneur par Mickulicz et défendue à la Société de chirurgie par MM. Segond et Nélaton.

Mickulicz procède de la façon suivante : l'intestin est traversé et maintenu à l'aide de fils disposés en croix. A un travers de doigt de l'anus, on coupe transversalement la moitié antérieure du cylindre externe, en faisant l'hémostase au fur et à mesure ; on arrive sur la séreuse : le cul-de-sac péritonéal est ouvert et l'on s'assure qu'il ne contient aucune anse intestinale. Y a-t-il une hédrocèle? On la réduit, en fendant au besoin le sphincter contracturé, s'il s'oppose à la réduction. On suture les deux feuillets péritonéaux, puis on sectionne le cylindre interne, qu'on fixe au cylindre externe à l'aide de fils. La moitié postérieure des deux cylindres est traitée de la même façon : habituellement, elle est dépourvue de cul-de-sac péritonéal ; par contre, on y trouve les gros vaisseaux du méso-rectum, qu'il faut lier. Le moignon, saupoudré d'iodoforme, est ensuite réduit.

La technique de M. Segond a l'avantage d'être plus simple et plus pratique. Après avoir obtenu l'asepsie de la région par les purgatifs et le naphtol à l'intérieur, les lavages répétés à l'extérieur, on saisit le boudin de chaque côté et suivant son grand axe, avec quatre clamps, deux à droite, deux à gauche. L'un des mors embrasse la face externe, l'autre la face interne. Leur extrémité libre arrive au voisinage de l'anus. Avec les ciseaux, on sectionne latéralement les tissus entre les clamps. On a finalement deux valves, antérieure et postérieure, qu'on saisit en travers avec deux clamps, au ras de l'anus. Il ne reste plus qu'à les réséquer ; les pinces, qui assuraient l'hémostase, sont remplacées par des points de suture rapprochés. Ultérieurement, opium et pansements antiseptiques.

L'*extirpation* qui, au premier abord, paraît devoir donner des résultats parfaits, n'échappe pas cependant au reproche fondamental formulé contre les anaplasties ano et recto-périnéales : elle est, à courte échéance, suivie de récidive. En outre, on est exposé à pincer l'intestin prolabé dans le cul-de-sac péritonéal, et cette crainte est d'autant plus justifiée que le diagnostic en est souvent impossible.

C. Nous avons hâte d'arriver aux procédés de fixation qui ont été inaugurés et mis en pratique par MM. Verneuil, Jeannel et Gérard-Marchant. Il suffit de se reporter à nos considérations d'anatomie et de physiologie pathologiques, pour voir qu'ils répondent à une indication formelle : le relâchement des moyens de suspension du rectum. Identiques quant à leur fin, ils diffèrent seulement dans les moyens d'exécution et le choix du point d'appui.

Tout procédé de fixation comporte une condition indispensable, savoir : un point d'appui solide et résistant, si bien qu'il est possible de juger la valeur d'un procédé de fixation, d'après la solidité et la résistance du point d'appui. Nous insistons sur ce fait, car il nous servira de critérium, lorsque, ayant exposé les procédés de rectopexie et de colopexie, nous essaierons de les discuter, de les comparer, d'apprécier leur valeur respective, d'assigner à chacun ses indications spéciales.

C'est M. le professeur Verneuil qui, le premier, a fait l'application des procédés de fixation. Quelques mois après, M. Jeannel (de Toulouse) pratiquait la colopexie. Dans le courant de 1890, notre maître, M. Gérard-Marchant, ayant à traiter un prolapsus rectal rebelle, imagina de plisser la face postérieure du rectum, suivant la longueur, et après l'avoir avivée, de lui faire contracter des adhérences avec le coccyx. Cette opération, que M. Gérard-Marchant a appelée recto-coccypexie, mérite d'occuper une place à part entre la rectopexie postéro-inférieure de M. Verneuil et la colopexie de M. Jeannel.

1° *Procédé de M. Verneuil ou rectopexie postéro-inférieure.* — A notre connaissance, M. Verneuil a pratiqué deux fois cette opération, en novembre 1888 et en mars 1889. La première fois, il s'agissait d'une femme de vingt-six ans, dont le prolapsus réductible, mais incoercible, remontait à l'enfance et n'avait bénéficié d'aucun traitement (douches, noix vomique, électrisation, pointes de feu). La deuxième fois, il a appliqué sa méthode à un prolapsus survenu brusquement, quatre ans auparavant, chez un garçon de quatorze ans, après une constipation prolongée, combattue par des purgatifs répétés. La tumeur, arrondie et du volume du poing, se continuait avec la peau de l'anus. Elle était réductible, mais se reproduisait dès que le malade faisait des efforts. Après un essai infructueux des raies de feu, M. Verneuil lui appliqua sa méthode. Nous allons en résumer la technique.

Son exécution comprend trois temps : le premier consiste à tailler un lambeau losangique de la pointe du coccyx au sphincter anal, de manière à mettre largement à découvert la face postérieure du rectum.

Dans le second temps, on passe, avec l'aiguille d'Emmet, des crins de Florence à travers la paroi rectale postérieure, tout près et de chaque côté de la ligne médiane; le doigt introduit dans le rectum guide l'aiguille, qui ne doit pas intéresser la muqueuse. En tirant sur ces fils, dits fils fixateurs, on rétrécit notablement le calibre du rectum et on réduit l'intestin procident. Il suffit, pour l'immobiliser dans cette position, de faire ressortir les fils de chaque côté du sillon inter-fessier, mais à un niveau plus élevé

que celui qui correspond à leur passage à travers la paroi rectale. Chaque fil décrit ainsi une courbe en forme d'U à concavité supérieure; ordinairement on passe quatre fils fixateurs. De chaque côté, on noue leurs extrémités deux à deux. L'ensemble se trouve réduit à deux fils qu'on tend et qu'on noue par leurs chefs opposés.

Dans le troisième temps, on applique quelques crins de Florence supplémentaires pour parfaire la suture et rétablir la continuité du sphincter anal, qui avait été intéressé dans son quart postérieur.

Nous nous contentons pour le moment de cet exposé technique. Nous ferons ressortir plus loin les qualités et les défauts de l'opération.

2° *Procédé de M. Gérard-Marchant ou rectococcypexie.* — Nous donnons textuellement la communication de M. Gérard-Marchant, parce qu'elle est encore inédite et parce qu'elle a été défigurée dans divers comptes rendus. Les indications de l'opération étaient assez spéciales pour qu'elles gagnent à être rapportées complètement.

« *Prolapsus total du rectum, traité et guéri par le procédé de M. Verneuil modifié (recto-coccypexie).* — La Société de chirurgie a déjà discuté la question de traitement du prolapsus du rectum, et, il y a un an à peine, M. Nélaton nous faisait à ce sujet une communication des plus intéressantes (27 novembre 1889). A l'occasion de cette discussion, M. Verneuil nous décrivit son procédé de rectopexie, en même temps que MM. Segond, Routier, Delens nous indiquaient les procédés qu'ils avaient suivis dans la cure de cette affection.

A l'Académie de médecine, M. Verneuil a fait un rapport sur la colopexie, cette opération nouvelle que M. Jeannel (de Toulouse) a proposée pour les formes graves du prolapsus rectal (1).

Cette année même, M. Lyot, chef de clinique chirurgicale de la Faculté, résumait dans une bonne thèse les différents procédés du traitement du prolapsus du rectum (Paris, 1890).

Malgré toutes ces publications, une certaine hésitation règne encore au sujet des indications de tel ou tel procédé : aussi nous avons cru faire œuvre utile en présentant à la Société de chirurgie une observation de prolapsus total du rectum, traité et guéri par la rectopexie.

Le malade que j'avais à soigner était entré à l'hôpital Lariboisière, en septembre 1890, dans le service de mon maître, M. Berger, que j'avais l'honneur de suppléer. C'était un homme de quarante-cinq ans, atteint, depuis douze ans, d'un prolapsus du rectum survenu sans cause appréciable. L'intestin ne s'échappe qu'au moment des efforts de la défécation, et il rentre ensuite sous l'influence des manœuvres que fait le malade pour le réduire.

Le prolapsus est de 10 centimètres, et le boudin, saillant, rouge, œdématié, est formé par la totalité du cylindre rectal; les parois sont, en effet, épaisses, et à l'union de l'anus et du cylindre prolabé, il existe un sillon que l'extrémité de l'index peut parcourir.

La réduction de la tumeur, facilement effectuée, l'anus se présente sous la forme d'une fente allongée ; deux doigts y pénètrent avec aisance, c'est-à-dire sans être serrés; néanmoins, la tumeur reste réduite tant que le malade ne fait pas un grand effort : il est d'ailleurs utile de remarquer que cet homme est suffisamment vigoureux, et que son périnée est encore résistant.

J'avais à choisir, pour guérir ce malade, entre différents procédés :

1° Les procédés de résection ou d'extirpation;

2° Les procédés de suspension avec fixation de l'intestin;

3° Les procédés de rétrécissement de l'anus et de l'extrémité inférieure du rectum (périnéorrhaphie anale).

J'omets à dessein les cautérisations, soit avec l'acide nitrique (Jœsche, de Munich), le nitrate acide de mercure (Allingham), soit avec le thermocautère, bien que ces procédés aient donné des succès : le premier à M. Delens, le second à MM. Routier et Schwartz. Cette méthode de traitement nous paraît surtout convenir aux prolapsus muqueux.

La résection, qui a donné des succès variables de durée à MM. Perier, Nélaton; des succès complets à MM. Trélat, Segond, Péan; qui est très recommandée à l'étranger par Treves, Mickulicz, ne me semblait pas ici particulièrement applicable : le prolapsus n'étant pas permanent, les tuniques rectales ne présentaient pas ces épaississements, ces adhérences qui indiquent la résection ; il n'y a pas non plus de rétrécissement cicatriciel, comme dans le cas de M. Segond, ni de dégénérescence néoplasique qui amènent un prolapsus symptomatique et commandent l'ablation de l'intestin pour remédier à la lésion dont il est le siège.

Chez un malade, l'anus était suffisant en dehors des efforts de défécation, le périnée résistant, et une périnéorrhaphie anale (qui a donné des succès à M. Schwartz, à M. Duret) ne se serait pas longtemps opposée à l'issue d'un intestin mal suspendu. En effet, la fixation du rectum laissait surtout à désirer, et c'est du côté de l'appareil de suspension de l'intestin qu'il fallait diriger nos tentatives, nous avions le choix entre la colopexie et la rectopexie.

L'opération de M. Jeannel (colopexie simple ou associée à l'anus contre nature) restera toujours, quelle que soit la perfection du chirurgien, une opération sérieuse : elle convient aux énormes prolapsus du rectum, et constitue une précieuse ressource lorsque la résection ou la rectopexie auront échoué ; nous n'hésiterons pas à y recourir dans ces conditions.

Pour toutes ces raisons, la rectopexie nous sembla l'opération de choix dans ce cas particulier : ce fut aussi l'avis de M. Berger.

L'opération fut pratiquée le 24 septembre 1890, avec l'assistance de MM. Berger, Lyot et Reblaud, interne du service : je rappelle que le malade, chloroformé, doit être placé dans la position de la taille, le siège très élevé, et qu'il est indispensable d'obtenir une antisepsie préalable du rectum.

La rectopexie postéro-inférieure, imaginée et pratiquée par M. Verneuil, comprend trois temps bien distincts :

1° La dissection et l'excision d'un lambeau destiné à mettre à jour la face postérieure du rectum, dans sa partie inférieure, et à retrancher en même temps une certaine quantité du sphincter anal;

2° La fixation proprement dite de la paroi postérieure du rectum, de chaque côté du pli interfessier, à l'aide de fils dits fixateurs;

3° Le rapprochement des bords de la plaie résultant de l'excision de la peau et du sphincter à l'aide des sutures.

Premier temps : de chaque côté de l'anus, on tire une

(1) Jeannel. Académie de médecine, *Bulletin médical*, 1889, n° 40.

incision obliquement en bas et en arrière, longue de 4 centimètres.

Entre l'extrémité antérieure de ces incisions est comprise une portion de la circonférence anale, correspondant à la quantité dont on veut rétrécir cet orifice : elles commencent au point où la peau se confond avec la muqueuse. De leurs extrémités postérieures partent deux incisions qui convergent vers la pointe du coccyx et se rencontrent à ce niveau. On obtient ainsi une figure simulant un losange à côtés inégaux.

Le lambeau circonscrit de cette façon est disséqué d'arrière en avant, et on enlève en même temps, ce qui est facile, en tirant sur le lambeau, le quart postérieur environ du sphincter anal, mais du sphincter seulement. On respecte avec soin la paroi rectale, qui se trouve ainsi à découvert au fond de la plaie, et on lie au catgut quelques artérioles.

Après avoir exécuté ce premier temps en suivant strictement les règles indiquées par M. Verneuil, je constatai que la paroi postérieure du rectum bombait démesurément en arrière, qu'il y avait là comme un excès de la longueur de la paroi rectale postérieure. J'eus alors l'idée de plisser transversalement cette paroi tombante et d'en diminuer la hauteur avant de la fixer : pour obtenir ce résultat, je fis une série de plicatures rentrantes, au moyen de l'aiguille de Reverdin, courbe, armée d'un catgut moyen. Trois points de suture à la manière de Lembert, étagés de haut en bas, placés de chaque côté de la ligne médiane et n'intéressant pas la muqueuse, suffirent pour corriger l'excès de longueur de cette paroi rectale.

Pour favoriser l'accolement des plis adossés, je pris la précaution de gratter à la curette les points qui devaient être en contact, de faire, de la sorte, une sorte d'avivement.

Ce n'est pas la première fois qu'on a l'idée d'agir sur les dimensions du rectum par la suture : en 1884, Lange (de New-York), pour diminuer le calibre du rectum, fit une série de points de suture étagés au catgut iodoformé; mais le procédé de Lange diffère de celui que nous venons d'indiquer en ce sens que, par sa rectorrhaphie externe longitudinale et médiane, le chirurgien américain cherchait, par une plicature verticale, à rétrécir le rectum, tandis que nous avons pratiqué une rectorrhaphie externe transversale, destinée à diminuer la hauteur du rectum.

Avant de fixer le rectum à la peau de la fesse, comme dans le procédé de M. Verneuil, je pensai qu'il était indispensable de donner à cet intestin mobile un point d'attache fixe, et songeai à l'assujettir au coccyx; il fut très simple, après avoir prolongé l'incision cutanée un peu au-dessus du coccyx, de gratter, d'aviver le tissu fibreux précoccygien, d'engager, avec une aiguille de Reverdin, les chefs du catgut de la plicature inférieure du rectum, à travers ce tissu fibreux précoccygien, de les nouer après les avoir entrecroisés : ainsi fut assuré le contact de la face postérieure du rectum avec la face antérieure du coccyx.

Il est aisé de comprendre que la fixation recto-coccygienne peut, suivant le degré du prolapsus, être reportée plus ou moins haut, jusqu'au voisinage du sacrum (résection possible d'une partie du coccyx).

Pour rendre encore plus complète cette suspension du rectum, nous avons placé quatre fils fixateurs recto-cutanés, à la manière de M. Verneuil.

Avec l'aiguille courbe d'Emmet ou une aiguille de Reverdin, on passe quatre crins de Florence solides, qui cheminent transversalement dans la paroi postérieure du rectum : ils ne doivent à aucun prix intéresser la muqueuse; on place ainsi quatre fils du haut en bas, le supérieur tangent à la pointe du coccyx; les trois autres de 1 centimètre ou 1 centimètre et demi les uns au-dessous des autres, de telle sorte que le dernier se trouve à quelques centimètres seulement du point où l'on a sectionné le sphincter : les chefs de ces fils doivent ensuite traverser la peau à 4 centimètres de la ligne médiane, et dans un plan supérieur à celui de la traversée rectale ; c'est ainsi que le fil supérieur perfore la peau à la hauteur de l'articulation sacro-coccygienne ; ils forment ainsi une série d'anses en forme d'U, au moyen desquelles on peut faire remonter l'intestin ; ces fils sont ensuite noués deux à deux d'un côté de la plaie : il est bon de placer au-dessous de chaque nœud un petit bourdonnet de gaze iodoformée.

En résumé, dans ce deuxième temps, nous avons exécuté trois actes opératoires :

1° Une rectorrhaphie externe transversale ; 2° une première fixation, face à face, recto-coccygienne ; 3° une deuxième fixation recto-cutanée, dernier acte opératoire qui constitue le deuxième temps du procédé de M. Verneuil.

Nous avons terminé l'opération en suivant pas à pas les règles posées par M. Verneuil : on excise définitivement le lambeau cutané qui avait été rabattu et laissé adhérent par sa base, en respectant la muqueuse. Il suffit de passer quelques crins de Florence à l'aide de l'aiguille courbe, au voisinage de l'anus et un peu plus haut pour activer l'affrontement et le rétrécissement de l'anus.

Tel est le procédé opératoire que nous avons suivi chez notre malade : les suites opératoires ont été simples, malgré une diarrhée apparue le soir même de l'intervention ; il sera toujours prudent de placer un drain entre le rectum et la peau réunis, de façon à favoriser l'issue des liquides infiltrés.

Le 18 octobre dernier le malade était absolument guéri. »

Dans cette même séance, M. Berger, qui avait assisté à l'opération et suivi le malade, se montra très optimiste au point de vue de la guérison définitive. Il se borna à faire remarquer que le froncement de la paroi postérieure du rectum serait peut-être plus facile à pratiquer à l'aide d'un surjet partant de l'orifice anal pour aboutir au coccyx.

3° *Procédé de Jeannel ou colopexie.* — Ayant à traiter un énorme prolapsus de 10 à 12 centimètres, survenu brusquement chez une femme de cinquante-sept ans, réductible mais incoercible, M. Jeannel commença par l'application de raies de feu profondes qui échouèrent. Il imagina alors d'ouvrir l'abdomen suivant la méthode de Littre et d'aller à la recherche de l'S iliaque, pour réduire l'invagination et fixer l'intestin à la paroi. Il trouva, dans la recto-colite ulcéreuse que présentait la malade, une indication suffisante pour pratiquer l'anus contre nature et supprimer momentanément le passage des selles dans le rectum. La cure de l'anus iliaque devait, dans son esprit, clore ultérieurement la série des interventions, quand la rectite serait guérie et la fixation assurée.

Guidé par ces idées théoriques, M. Jeannel pratique dans la fosse iliaque l'incision de Littre, recherche et trouve, non sans peine, l'S iliaque, dévide la portion invaginée et, après avoir réduit complètement le prolapsus, fixe l'intestin à la paroi, suivant la méthode de Maydl, en ayant soin de comprendre dans sa suture quelques appendices épiploï-

ques. Le sixième jour, les adhérences intestino-pariétales étant parfaites, il crée l'anus artificiel. Les suites opératoires sont satisfaisantes. Les selles se partagent entre l'anus iliaque et l'anus périnéal.

Sept mois après, le prolapsus ne s'est plus reproduit. Le releveur et le sphincter ont repris en partie leur tonicité et leur contractilité. Les ulcérations se sont cicatrisées.

Au bout de dix mois, M. Jeannel ferme l'anus artificiel. Trois applications d'entérotomes sont nécessaires.

M. le professeur Verneuil, dans son rapport, se montre favorable à la colopexie. Les interventions multiples correspondent, dit-il, à autant d'indications différentes. A chaque facteur pathogénique se trouve opposé un procédé curatif approprié. La longueur du traitement est compensée par la solidité des adhérences établies entre l'intestin et la paroi.

Toutefois, il se demande si, en l'absence d'ulcérations rectales, on ne pourrait pas se borner à fixer l'intestin sans l'ouvrir. En d'autres termes, ne pourrait-on substituer la colopexie simple à la colopexotomie? Une tentative infructueuse de M. Verneuil lui-même nous impose une grande réserve à cet égard.

IV

Nous avons exposé longuement les procédés opératoires divers dont dispose le chirurgien pour combattre les prolapsus du rectum. Çà et là nous avons donné un aperçu critique sur leur valeur immédiate ou éloignée, ne voulant pas surcharger notre exposé technique par des considérations, qui trouveront mieux leur place ici.

Nous ne nous occuperons plus des prolapsus muqueux, dont une thérapeutique, le plus souvent anodine, parvient à triompher. Nous retiendrons seulement le prolapsus complet, qu'il soit rectal ou recto-colique.

Quel que soit son degré, il ne faut avoir qu'une confiance limitée à l'égard des procédés d'anaplasties ano-périnéales ou ano-rectales, et, à plus forte raison, à l'égard du traitement médical (ergotine, noix vomique, électricité, etc.). Ce fait, qui ressort amplement de nos considérations d'anatomie et de physiologie pathologiques, est corroboré par la lecture des observations. D'abord, tous les malades auxquels on a appliqué les grands procédés de fixation ont déjà subi des interventions multiples, sans bénéfice durable. En second lieu, nombre de chirurgiens ont trop de tendance à regarder comme guéris tels malades qu'ils ont opérés avec un succès immédiat et qu'ils n'ont pas revus : ces cas ne peuvent figurer dans une statistique, où les faits positifs seuls doivent compter. Ces réserves se trouvent, nous semble-t-il, justifiées par l'observation de chaque jour. Elles s'appliquent non seulement aux procédés de Dupuytren, de Roux et Robert, de Duret, Schwartz, mais aussi aux cautérisations diverses et au rétrécissement du rectum par des sutures, suivant le procédé de Lange.

Faut-il cependant bannir ces moyens de la thérapeutique? Non, car cet exclusivisme nous priverait de ressources précieuses, lorsque, après avoir soutenu le rectum par un des procédés de fixation, il reste un périnée flasque, un anus dilaté, des sphincters relâchés.

En décrivant les procédés d'extirpation employés par Mickulicz, par M. Segond, par M. Nélaton, nous avons esquissé quelques critiques, que nous devons développer ici. Ce n'est pas l'ouverture du cul-de-sac péritonéal qui nous effraie, mais il n'est pas toujours possible d'affirmer, avant l'intervention, si l'intestin n'est pas hernié dans le cul-de-sac; en d'autres termes, s'il n'existe pas une hydrocèle. La technique de Mickulicz expose moins, il est vrai, à cet accident que la technique de M. P. Segond, mais combien est-elle plus longue et plus compliquée que les procédés de fixation, la colopexie de M. Jeannel mise à part! Du reste, l'extirpation ne donne pas de résultat définitif : si elle supprime la partie prolabée, elle ne fait rien contre les causes mêmes du prolapsus : la récidive est fatale. Le malade, qui a été opéré par M. Segond et qui lui a servi à étayer son argumentation, a vu son prolapsus se reproduire, moins de deux ans après la résection. Entré dans le service de notre maître, M. Richelot, il a été opéré suivant la méthode de M. Jeannel. La réduction du prolapsus s'est, jusqu'ici, maintenue, mais la cure de l'anus iliaque, tentée à plusieurs reprises, a échoué.

Malgré ces critiques, nous ne repoussons pas l'extirpation, à la condition d'en bien définir les indications. C'est ce que nous nous efforcerons de faire quand nous aurons discuté le procédé de fixation.

Les procédés de fixation doivent être les procédés de choix. Ils luttent contre un des facteurs les plus actifs du prolapsus : *l'abaissement du rectum*. Eux seuls permettent d'espérer une guérison définitive. Ce fait, nous l'avons fait ressortir assez pour qu'il soit inutile d'y revenir.

Tous les procédés de fixation n'ont pas une valeur égale, pour des raisons différentes.

La rectopexie postéro-inférieure de M. Verneuil, simple, facile et rapide dans son exécution, imaginée à la suite de réflexions très judicieuses sur les moyens de suspension et les moyens de contention du rectum, prête le flanc à la critique. Elle manque d'une condition indispensable de réussite : la solidité du point d'appui donné aux fils fixateurs. La peau du périnée, déjà si flasque, se laisse distendre à la longue, cédant à l'effort expulsif du rectum. En outre, le champ d'action du chirurgien sur l'intestin se trouve limité par la distance qui sépare l'anus du coccyx et qui mesure à peine 6 centimètres. En d'autres termes, tout prolapsus dont la longueur dépasse 6 centimètres n'est pas justiciable de la méthode de M. Verneuil. Les récidives précoces qui sont présentées par ces malades viennent corroborer cette manière de voir.

En est-il de même de l'opération de M. Gérard-Marchant, de la recto-coccypexie, ainsi qu'il l'a appelée? Non. Elle réalise toutes les circonstances heureuses qui appartiennent à la rectopexie postéro-inférieure, mais elle échappe, et c'est là son grand mérite, au reproche fondamental que nous avons formulé contre l'opération de M. Verneuil. Il suffit de se reporter à la communication de M. Gérard-Marchant pour voir combien elle vise d'indications : d'abord elle fixe le rectum, mais d'une façon solide, en prenant comme point d'appui un os, le coccyx. En outre, rétrécissant le rectum, non plus dans le sens longitudinal, comme dans le procédé de Lange, mais dans le sens vertical, elle crée une série de plicatures transversales qui ont pour effet de relever la paroi rectale jusqu'au niveau du coccyx. « C'est, pour emprunter le langage de M. Gérard-Marchant, une rectorrhaphie externe transversale associée à une rectopexie coccygienne et cutanée. »

L'opération de M. Jeannel est assurément très rationnelle, mais elle constitue un pis-aller qu'on ne peut et qu'on ne doit accepter qu'après avoir épuisé toutes les autres res-

sources chirurgicales. Elle est indiquée dans les prolapsus extrêmes, où l'S iliaque et le colon font hernie à travers l'anus, dans les cas de rectocolites ulcéreuses rebelles, où la suppression du passage des selles est une condition première de guérison. Que l'on songe, en dehors de ces circonstances, à la longueur du traitement, à la multiplicité des interventions, à la difficulté parfois insurmontable de fermer l'anus iliaque, malgré les progrès réalisés dans cette voie par les procédés nouveaux de M. Richelot et de M. Chaput.

On a proposé, il est vrai, de fixer l'S iliaque à la paroi, sans faire l'anus contre nature, et l'on sait que M. Verneuil a tenu cette conduite chez un de ses malades, traité infructueusement par la rectopexie postéro-inférieure. Mais le résultat final n'a pas répondu à son attente : la récidive a été précoce. Aussi serait-il téméraire d'aborder la colopexie ou la colopexotomie, avant d'avoir essayé la recto-coccypexie, qui a donné à M. Gérard-Marchant un résultat si satisfaisant, et à laquelle vient d'avoir recours dernièrement M. Reynier, pour remédier à un prolapsus grave.

Si le chirurgien doit surtout compter sur les méthodes de fixation, il doit savoir aussi qu'elles rencontrent parfois des contre-indications formelles. Nous faisons allusion aux prolapsus atteints d'inflammation chronique et adhérents, aux prolapsus étranglés, que l'étranglement siège au niveau des sphincters contracturés ou d'un rétrécissement cicatriciel. Ces cas relèvent, au premier chef, des procédés d'ablation de Mickulicz ou de M. P. Segond, car, chose remarquable, la résection du prolapsus est indiquée toutes les fois que la fixation en est contre-indiquée. A la résection ressortissent habituellement les prolapsus symptomatiques.

Concluons :

Contre les prolapsus naissants, on pourra tenter d'abord les cautérisations ignées et les anaplasties ano-périnéales ou ano-rectales ; mais, après échecs, il faudra arriver rapidement aux procédés de fixation.

La recto-coccypexie de M. Gérard-Marchant, par sa simplicité et sa rapidité d'exécution, séduira le chirurgien.

Jusqu'à ce qu'il soit démontré que les guérisons obtenues par cette méthode ne se sont pas maintenues, elle aura le pas sur la colopexie et surtout sur la colopexotomie, qui resteront toujours des opérations graves, justifiées seulement par l'insuccès des autres méthodes et la répugnance qu'inspire une infirmité telle que le prolapsus.

La résection sera réservée aux prolapsus compliqués d'adhérences ou d'étranglement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 avril 1891. — Présidence de M. Nicaise.

RAPPORTS

Plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. TERRIER fait un rapport sur trois observations, dont deux ont été communiquées par M. Boiffin (de Nantes) et la troisième par M. Broca.

Dans la première observation de M. Boiffin, il s'agissait d'un homme atteint d'une plaie pénétrante de l'abdomen par instrument tranchant. Une anse d'intestin, souillée par des matières fécales, faisait hernie par la plaie et présentait deux perforations. M. Boiffin, après les avoir suturées, attira l'intestin au dehors et trouva deux autres perforations qu'il ferma également par une suture de Lembert. Il agrandit alors un peu l'ouverture de l'abdomen et essaya, mais en vain, de réduire l'intestin. Il prolongea alors son incision, trouva deux brides qu'il sectionna et put alors réduire les anses intestinales, après les avoir soigneusement lavées. Il sutura ensuite le péritoine, ferma l'abdomen, et le malade, qui était dans un état grave au moment de l'opération, était complètement guéri quatre semaines après. Le succès, dans ce cas, a justifié la conduite suivie par M. Boiffin. M. Terrier, toutefois, aurait fait une plus grande ouverture de l'abdomen, de manière à mieux assurer la désinfection du trajet.

Dans le second cas de M. Boiffin, il s'agissait d'un alcoolique qui, dans un accès de delirium tremens, se donna plusieurs coups de tranchet et s'ouvrit la trachée et le ventre.

M. Boiffin, après avoir suturé la trachée, examina l'abdomen et y trouva une plaie un peu au-dessous de l'ombilic, dans laquelle le stylet pénétrait à une profondeur de 10 centimètres. Il s'agissait évidemment d'une plaie pénétrante, avec lésion de l'intestin. M. Boiffin fit une laparotomie immédiate; aussitôt l'abdomen ouvert, il s'échappa une grande quantité de liquide sanguinolent. Il arriva sur une anse d'intestin doublement perforée; chaque perforation mesurait 5 millimètres de largeur; il y avait, en outre, une petite plaie du mésentère. M. Boiffin appliqua trois points de suture sur chacune des perforations intestinales et deux points sur la plaie mésentérique. En faisant un examen méthodique de la cavité abdominale, il trouva encore une plaie de l'épiploon. Il fit un grand lavage et referma le ventre. Le blessé étant dans le coma, il fit une injection intra-veineuse d'une grande quantité de sérum artificiel. Le malade se réchauffa, revint à lui et parut aller aussi bien que possible pendant trois ou quatre jours. Vers le cinquième jour, il fut pris de fièvre et présenta du ballonnement du ventre; il succomba le sixième jour à une péritonite suppurée. Deux points de la suture métallique de l'abdomen avaient manqué et une anse d'intestin faisait hernie. C'est à cette circonstance que M. Boiffin attribue la production de la péritonite. A l'autopsie, il put constater que les sutures intestinales avaient bien tenu.

M. Terrier ajoute qu'il lui est arrivé plusieurs fois de voir des sutures métalliques manquer après des laparotomies, sans qu'il en fût résulté le moindre accident. Aussi ne croit-il pas que, dans ce cas de M. Boiffin, ce soit cette rupture de deux fils qui ait été la cause de la péritonite. Quant au lavage à l'eau bouillie, auquel a eu recours M. Boiffin, M. Terrier lui préfère de beaucoup le lavage avec une solution de chlorure de sodium à 7 1/2 p. 1000, comme parfaitement antiseptique et inoffensive. Enfin, M. Terrier félicite M. Boiffin d'avoir pratiqué, dans ce cas, la laparotomie immédiate ; c'est, en effet, la seule conduite à tenir en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen. Il n'est pas nécessaire d'attendre les accidents pour intervenir.

Dans l'observation présentée par M. Broca, il s'agissait d'un homme qui avait reçu un coup de couteau dans l'abdomen, à gauche de la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic. La plaie était pénétrante; l'état général était assez bon. M. Broca fit immédiatement une laparotomie exploratrice; il sortit un peu de sang, pas de gaz, ni de matières fécales. M. Broca dévida et examina soigneusement l'intestin et le réduisit; n'ayant rien trouvé, il referma le ventre par une suture à trois étages, et plaça un drain. Les suites opératoires furent des plus simples ; le drain fut retiré après huit jours, la réunion était complète et le malade quitta l'hôpital guéri, dix-neuf jours après l'opération.

M. Terrier approuve complètement la conduite tenue, dans ce cas, par M. Broca. Quand on peut être sûr de l'asepsie, il vaut mieux faire de suite une laparotomie exploratrice que d'attendre, pour intervenir, la production d'accidents. C'est là, d'ailleurs, la conduite généralement adoptée aujourd'hui par la plupart des chirurgiens à l'étranger, et M. Terrier cite un certain nombre d'exemples à l'appui.

Il croit donc pouvoir tirer de ces faits les conclusions suivantes : En présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen, vaut-il mieux intervenir ou s'abstenir? Les chirurgiens, partisans de l'abstention, deviennent de plus en plus rares ; ils s'appuient,

pour justifier leur abstention, sur un certain nombre de faits de guérisons spontanées. D'autres chirurgiens, partisans de l'intervention, ne veulent intervenir qu'en présence de phénomènes péritonitiques. M. Terrier va plus loin et, d'accord avec MM. Boiffin et Broca, ainsi qu'avec les chirurgiens étrangers qu'il vient de citer, il se déclare bien nettement partisan de la laparotomie immédiate, et il ne croit pas qu'il faille attendre, pour intervenir, qu'il se soit formé, dans la cavité péritonéale, un bouillon de culture.

DISCUSSION

M. BERGER ne croit pas que, dans le second fait de M. Boiffin, la désunion de la suture ait été pour quelque chose dans la péritonite qui a causé la mort du malade. Il a récemment observé cette même désunion chez un de ses opérés, désunion qui a été due à un épanchement par péritonite exsudative. Cela n'a pas empêché que ce malade soit aujourd'hui presque complètement guéri. On peut donc dire que, dans ces cas, la désunion est le résultat de la péritonite, plutôt que la péritonite n'est le résultat de la désunion.

Relativement au lavage, M. Berger croit qu'il est mieux de s'en abstenir. Il y a avantage, dans ces cas, à éviter toute manœuvre inutile. Il faut se contenter de nettoyer les anses intestinales à mesure qu'on les examine. Enfin, M. Berger est partisan de la laparotomie dans les cas de plaie pénétrante de l'abdomen, mais seulement alors qu'il y a des symptômes. En cas d'absence totale de phénomènes, il est disposé à s'abstenir et il s'en est jusqu'ici bien trouvé, puisqu'il a été plus heureux dans ses cas d'abstention que dans ses cas d'intervention.

M. POZZI se range complètement à l'avis de M. Terrier et se déclare partisan de la laparotomie immédiate, alors même qu'elle ne doit être qu'exploratrice. Il vaut mieux, selon lui, se baser sur l'étiologie que sur les symptômes pour régler la conduite à tenir, et mieux vaut faire dix laparotomies exploratrices inutiles que de ne pas faire une laparotomie utile. Car il faut le dire bien haut, une laparotomie exploratrice n'est nullement dangereuse.

M. Pozzi croit qu'il faut être très réservé dans la pratique des lavages, et s'il faut en faire, il préfère, à tout autre liquide, une solution de chlorure de sodium à 7 p. 1 000. Il faut être très prudent dans l'emploi des antiseptiques vis-à-vis du péritoine, dont l'épithélium a la fragilité d'une aile de papillon et, sous prétexte de l'antiseptiser, il ne faut pas l'intoxiquer.

M. Pozzi ajoute quelques mots au sujet de la technique de la suture intestinale. La suture de Lembert n'est plus suffisante; il faut, autant que possible, suturer d'abord muqueuse à muqueuse, puis, sur deux plans, s'il est possible, séreuse à séreuse. Ces sutures doivent être faites avec de la soie et des aiguilles extrêmement fines; elles doivent être multipliées d'une façon invraisemblable.

En terminant, M. Pozzi rapporte l'observation d'une malade à laquelle il a pratiqué trois et même quatre laparotomies : la première pour un pyo-salpinx volumineux; la seconde pour un foyer purulent sous-hépatique; la troisième pour un trajet fistuleux résultant de la réouverture de la première incision; la quatrième, qui n'a été qu'un complément de la troisième, pour suturer, avec les précautions qu'il vient d'indiquer, une anse d'intestin qui avait été abrasée pendant la dissection du trajet fistuleux. Cette malade est aujourd'hui complètement guérie.

M. RECLUS, sans vouloir reproduire les arguments qu'il a déjà fait valoir en faveur de l'abstention, rappelle que, sur six cas de plaie pénétrante de l'abdomen qu'il a publiés, il en est cinq pour lesquels il s'est abstenu et qui ont guéri, tandis que le sixième cas, le seul qu'il ait opéré, a succombé. Or, dans ce cas, M. Reclus est convaincu d'avoir pratiqué son opération dans des conditions de parfaite asepsie. Il y a donc autre chose que l'intoxication qui peut tuer ces malades. Depuis 1885, dans les hôpitaux de New-York, où l'on pratique la laparotomie immédiate dans tous les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, il y a 50 p. 100 de mortalité. Quoi qu'il en soit, dans les cinq cas dont il vient de parler, les malades n'auraient pas mieux guéri s'ils avaient été opérés.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est de l'avis de M. Terrier et croit qu'il faut pratiquer la laparotomie immédiate. Une laparotomie exploratrice ne signifie rien; cela n'offre aucun danger; une laparotomie ne devient dangereuse que quand, le ventre ouvert, on fait quelque chose; mais si l'on se contente de regarder et si l'on constate qu'il n'y a rien à faire, soit parce que l'intervention serait trop dangereuse, soit parce qu'elle est inutile, la laparotomie en elle-même, faite dans des conditions de bonne antisepsie, ne doit pas inspirer la moindre crainte. Pour ce qui est du lavage, M. Lucas-Championnière ne le fait pas, mais il admet parfaitement qu'on le fasse; il tient, par-dessus tout, à une rigoureuse antisepsie; il ne croit pas à l'asepsie et continue à se servir d'antiseptiques puissants. Il peut assurer à M. Pozzi, à ce sujet, que le péritoine est beaucoup plus tolérant qu'on le croit pour ces antiseptiques. Relativement à la suture intestinale, il est de l'avis de M. Pozzi, et chaque fois qu'on peut faire trois plans de suture, cela vaut mieux; mais cela n'est pas toujours possible, en particulier sur l'intestin grêle.

M. RECLUS fait observer qu'on ne saurait comparer une laparotomie ordinaire avec une laparotomie faite pour rechercher et traiter une plaie intestinale. Rien n'est plus difficile que la recherche de ces plaies qui nécessite le dévidement complet de l'intestin et c'est là précisément ce qui est grave. Il est arrivé aux chirurgiens les plus éminents de trouver, à l'autopsie des malades, des plaies intestinales qui leur avaient échappé dans leurs recherches sur le blessé.

M. BERGER tient à déclarer qu'il n'est pas un adversaire de la laparotomie, puisqu'il l'a faite dans un certain nombre de cas de plaies pénétrantes de l'abdomen. Toutefois, il a été plus heureux, jusqu'ici, dans les cas où il s'est abstenu que dans ceux où il est intervenu. Enfin il faut, selon lui, être absolument sûr de la pénétration pour faire la laparotomie, parce qu'une laparotomie exploratrice, suivie du dévidement de l'intestin, toujours nécessaire dans ces cas, est bien loin d'être sans gravité et ne saurait être comparée à une laparotomie exploratrice ordinaire.

M. TERRIER constate que la manière de voir des chirurgiens qui, autrefois, étaient systématiquement abstentionnistes, tend de plus en plus à se modifier. Toutefois, il reste encore trois opinions différentes en présence. Les uns avec MM. Terrier, Pozzi, Lucas-Championnière, Broca, Boiffin, pensent qu'en présence d'une plaie pénétrante de l'abdomen, il faut toujours faire la laparotomie. Le diagnostic seul de la pénétration étant posé, cela suffit, et ce diagnostic n'est pas difficile. Il faut donc ouvrir le ventre, examiner la lésion, y parer s'il y en a une et, s'il n'y en a pas, refermer le ventre. Si la laparotomie est faite dans des conditions d'asepsie convenables, elle ne fait courir aucun risque au malade. Sans doute, la situation devient très grave, s'il y a des lésions multiples; mais le malade est perdu si l'on n'intervient pas et l'intervention seule, dans ces cas, peut le sauver. Il n'y a donc pas à hésiter. D'autres chirurgiens, avec M. Berger, veulent attendre, pour intervenir, qu'il y ait des accidents. Toutefois, M. Berger tend déjà à se rapprocher de la première opinion, et il n'est pas douteux qu'il y viendra tout à fait. Enfin, il est encore des chirurgiens qui, avec M. Reclus, professent une opinion diamétralement opposée et qui sont et restent encore pour l'abstention, s'appuyant, pour défendre cette manière de voir, sur des faits de guérison spontanée. M. Terrier ne cherchera pas à les convertir.

Relativement à la suture intestinale, M. Terrier partage l'avis de M. Pozzi et croit qu'il faut autant que possible multiplier ces sutures. Quant au lavage, il ne l'a jamais fait et pense, à ce sujet, comme M. Lucas-Championnière. Si toutefois il était indiqué, il préférerait avoir recours à la solution de chlorure de sodium, indiquée par M. Malassez, solution à 7 1/2 p. 1 000.

COMMUNICATION

Résultats négatifs de l'emploi de la pyoctanine dans le traitement des épithéliomas. — M. LE DENTU fait connaître les résultats des essais qu'il a faits de cette substance dans cinq cas d'épithéliomas superficiels, des lèvres, de l'angle interne de l'œil, des ganglions du cou, de la langue, etc. Il a eu recours à la solution au centième; il a employé successivement les badigeonnages et les injections interstitielles et ces faits l'ont conduit à cette conclusion que la pyoctanine ne donne aucun résultat dans le traitement des épithéliomas.

DISCUSSION

M. RICHELOT a également essayé l'emploi de la pyoctanine chez des malades atteints d'épithéliomas de la joue, du maxillaire inférieur, d'ostéo-sarcome du bassin, chez des femmes atteintes de cancer du sein, etc. Il n'a constaté aucun résultat chez ces malades, sauf dans un cas où la tumeur s'est mise à suppurer et a considérablement diminué de volume, alors qu'en même temps l'état général s'aggravait et devenait de plus en plus cachectique. En somme, il n'a pu constater aucune modification favorable à la suite de l'emploi de cette substance.

M. RECLUS a traité deux malades à l'aide de la pyoctanine et n'en a obtenu que de mauvais résultats. Il a pu constater même, par l'examen histologique d'une tumeur enlevée, qu'il y avait très peu de coloration des cellules et pas d'imprégnation de la tumeur, sous l'influence des injections interstitielles de pyoctanine.

M. BAZY en a également obtenu de mauvais effets chez un vieillard atteint d'épithélioma de la région temporale. Il l'a même essayée dans un cas de blennorrhagie et n'a obtenu qu'une exaspération des symptômes.

PRÉSENTATIONS

Résultats éloignés de l'ostéoclasie dans le traitement du genu valgum. — M. NICAISE présente un jeune homme auquel il a pratiqué l'ostéoclasie, pour un double genu valgum, il y a cinq ans, lequel genu valgum datait de huit ans. Ainsi qu'on peut en juger par la comparaison de ce jeune homme avec sa photographie avant l'opération, le résultat obtenu a été et est resté complètement satisfaisant. Ce jeune homme a été jugé bon pour le service militaire.

M. THÉOPHILE ANGER communique un cas analogue dans lequel le résultat a été très bon.

M. TILLAUX, qui a fait à Paris la première ostéoclasie, fait observer que c'est la règle d'obtenir ces résultats. Il a fait un grand nombre d'ostéoclasies manuelles et en a toujours obtenu de bons effets. Toutefois, il serait plutôt disposé à préférer l'ostéotomie à l'ostéoclasie.

Suture de l'olécrane. — M. BERGER présente un malade auquel il a fait la suture de l'olécrane pour fracture. Il a mis deux fils d'argent en ayant soin qu'ils ne pénètrent pas dans l'articulation. Cet homme jouit de tous les mouvements de son bras.

Synovites tuberculeuses sans lésions osseuses. — M. BAZY présente un membre inférieur qu'il a amputé au niveau de la partie moyenne de la cuisse, pour une synovite tuberculeuse. Il fait observer qu'il n'y a pas de lésions tuberculeuses dans les os.

M. BERGER rapporte, à ce sujet, l'observation d'un malade qu'il a opéré pour une ankylose du genou, consécutive à une arthrite tuberculeuse, et chez lequel il trouva un gros abcès central tuberculeux du fémur.

M. RICHELOT fait connaître l'opinion de MM. Jules Bœckel et Roux (de Lausanne), qui ne croient pas à la constance des lésions osseuses.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Le personnel médical subalterne dans les hôpitaux scandinaves (1).

Par le docteur F. THIÉRY, prosecteur de la Faculté.

IV

Il est évident qu'en retour des sacrifices, que s'impose le gouvernement suédois, il est autorisé à attendre de son personnel hospitalier une perfection peu commune.

L'attente n'a pas été déçue; au point de vue médical, nous avons trouvé sinon la perfection du moins le maximum d'excellence possible et que nous résumerons par ces mots : spontanéité intelligente et obéissance absolue. Il semble que le personnel a conscience de sa valeur, du rôle important qu'il est appelé à jouer.

Quelques exemples en peuvent faire foi : à Copenhague, par exemple, la surveillante prend une part active à l'opération; revêtue du long tablier de caoutchouc, elle veille aux instruments, à leur antisepsie, à la préparation du pansement. En dehors de la femme de charge occupée à laver le plancher, à vider les sceaux, la surveillante veille à tout; ses yeux ne quittent pas le chef pendant l'opération : son rôle est aussi effectif que celui de maints élèves et nous avons vu bien des étudiants incapables de remplir le même rôle.

Ce rôle de la surveillante est multiple et doit être étudié au point de vue du service dans les salles, du service à la salle d'opération et, pendant les opérations, de l'assistance effective donnée au médecin à l'heure de la policlinique. Et d'abord il faut bien dire que ce triple rôle est dévolu à la même personne : en Suède, en effet, nous n'avons pas observé le système actuellement en vigueur en France, celui du nombre des surveillantes porté au même total que celui des salles. Il y a plusieurs salles, elles sont même fort nombreuses et peuvent comporter une totalité de 100 lits comme dans le service du docteur Swentson au Sabbatsberg Sjukhus de Stockholm; de 120 lits comme chez le docteur Lindt (de Gœteborg), répartis en un nombre considérable de salles, 8 et 10, sans compter encore les chambres particulières des malades payants; la totalité est placée sous la surveillance d'une seule obværterin; plus rarement, comme chez le professeur Netzel, à Sabbatsberg Sjukhus, deux salles seulement de 24 lits chacune sont sous la surveillance d'une infirmière en chef : il faut ajouter que ces salles, destinées, l'une à l'obstétrique, l'autre à la gynécologie, nécessitent des soins tout spéciaux.

La surveillante générale, au point de vue de la hiérarchie du personnel inférieur, est donc la maîtresse absolue : à elle seule incombe toute la responsabilité. Même dans les cas où il existe de plus une operationsvarterin, la présence de celle-ci ne dispense nullement la surveillante principale d'assister aux opérations *et d'y prendre une part* effective comme cela a lieu à Gothembourg, par exemple.

Dans les salles, les attributions de la surveillante sont fort analogues à celles du personnel français correspondant : distribution de la nourriture et des médicaments, divers soins aux malades, etc., la surveillante suit scrupuleusement la visite sans s'absenter un instant, sans perdre une parole du chef; elle veille à la bonne tenue des chariots de pansement, et refait elle-même les pansements de moindre importance, lorsque l'assistance d'un nombre d'élèves suffisant fait défaut. Elle dirige de plus le personnel et, en aucun cas, ne recule devant la plus grosse besogne, si celle-ci est urgente. Une infirmière en second suit le chef et porte le cahier des prescriptions : elle a à relever avec soin les températures, l'état des urines; elle joue le rôle d'une « boursière » dans nos hôpitaux écoles.

D'après les chiffres que nous avons donnés plus haut, on peut voir que, grâce au système des élèves externes, l'administration

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 461.

peut arriver, avec un personnel relativement restreint, à un résultat parfait : la plupart des hôpitaux, surtout lorsqu'ils sont de construction récente (Sofiahemmet, Sabbatsberg, à Stockholm; Communeshospital, à Copenhague), sont tenus dans un état de propreté remarquable; lits et literie, couchage des malades, salles de récréation, boiseries, planchers sont d'une netteté parfaite. Sofiahemmet, véritable hôpital école, est une merveille et malgré l'activité qui y règne, il n'est point, croyons-nous, de maison particulière où l'ordre soit plus scrupuleusement observé.

Tout se ressent, d'ailleurs, de cette direction; l'extrême obligeance et politesse des infirmières subalternes, leur douceur envers les malades, jointe à une certaine autorité, font que d'un accord commun tout concourt à l'ordre et à la tranquillité des salles, au point que, pendant nos longues visites dans ces hôpitaux, nous n'avons point une seule fois entendu un patient élever la voix en dehors des interrogations du chef de service : silence rare s'il en fût, comme bien le pensera le lecteur.

Ce n'est point qu'il règne dans les salles une sévère et froide austérité, bien au contraire; si les anciens hôpitaux gardent encore le caractère triste et morose des vieux bâtiments, atténué par des vernissages nouveaux, par les plafonds à fresque, etc., il en est d'autres, Sabbatsberg et Sofiahemmet, que l'on peut proposer comme modèles. Sans insister sur Sofiahemmet qui n'est ouvert qu'aux payants, nous avons pu voir, à Sabbatsberg, les corridors garnis de fleurs et de plantes vivaces; les salles égayées par les plantes, par quelques tentures, par des vérandas fumoirs ou salons de convalescence, le tout compatible avec l'antisepsie, puisque les grands pansements se font dans des salles spéciales et, malgré nous, nos souvenirs se sont reportés vers l'hôpital Saint-Pierre de Nancy où les fleurs, les oiseaux donnent aux plus belles salles un caractère de vie et de gaieté enviable dans nos hôpitaux parisiens.

Ce repos des yeux est de règle dans les hôpitaux suédois et jusque dans les hôpitaux des petites localités, Visby en Gotland, par exemple; on recherche ces « riens » qui assimilent plutôt l'hôpital à une maison de santé qu'à une collection bien étiquetée de cas pathologiques.

Nous avons déjà vu la surveillante en chef refaire les petits pansements, dans les salles, ou terminer les pansements plus importants, commencés par l'assistant. Son rôle devient plus important encore à la policlinique et lorsque nous abordons ce paragraphe nous avons surtout en vue l'importante clinique de Goteborg où, tous les matins, plus de 100 malades payants ou non payants viennent réclamer les soins du chirurgien. Ici, le rôle de la surveillante et de ses aides est principal : pas d'université, par suite, pas d'étudiants. Un chef, un assistant, une surveillante et ses aides, véritables externes du service, doivent suffire à la besogne. Aussi voyons-nous les aides (élèves), sur les conseils et après leçons de la surveillante, refaire tous les pansements pratiques avec une méthode et un ordre ignoré de nos garçons de consultation; nous les avons vues placer des appareils pour fractures d'avant-bras; mieux encore, nous avons vu une infirmière administrer le chloroforme sous la surveillance indirecte d'un assistant : c'est dire la confiance que leur témoigne le chef; c'est dire aussi si elles en sont dignes. Enfin, pour les opérations de la policlinique comme pour celles du service, la surveillante tient un registre d'inscriptions où, en septembre, ne figuraient pas moins de 790 opérations et où, en regard du diagnostic inscrit par le chirurgien, elle mentionne le nom, l'âge du malade et diverses particularités utiles pour en retrouver l'observation.

A la salle d'opérations c'est bien autre chose encore : suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'étudiants présents, son rôle est plus ou moins important. Il n'y a point, pour elle, de petits détails : les vitrines d'instruments, les chariots de pansement sont prêts à l'avance, et avec le secours d'excellentes infirmières, les opérations les plus compliquées deviennent un jeu et se font toujours sans encombre au point de vue instrumental. Nous avons vu pratiquer, chez le docteur Swentson, une laparotomie : deux assistants, dont l'un opérait; deux aides, dont l'un au chloroforme, cinq élèves infirmières et une élève subalterne, tel était le personnel actif.

Chez le professeur Bloch, à Copenhague, la surveillante, très jeune, revêtue d'un tablier d'opérateur, prend une part active à l'opération.

Chez le docteur Lindt, à Gœteborg, la surveillante principale et la surveillante attachées aux opérations, remplacent les internes, épongent la plaie, font les lavages, rapprochent les lèvres de la plaie pour la suture. Rompues à la pratique d'une excessive propreté, qui confine à l'antisepsie la plus soignée, elles épargnent à l'assistant l'ennui de la préparation des instruments, des pièces de pansement, et dans ce service qui compte plus de 1000 opérations par an, on comprend que ce ne soit pas une sinécure; aucun détail n'est négligé, d'ailleurs, et pour n'en citer qu'un exemple, en apparence de minime importance, l'infirmière n'apporte point le thermocautère sans s'être assurée que tous les couteaux sont en état, ou le Potain sans en avoir, au préalable, essayé les deux effets.

Les chefs savent si bien reconnaître de pareils services qu'à Gœteborg, par exemple, la surveillante générale et la surveillante des opérations ont accès dans la salle spéciale des laparotomies, à l'exception des autres élèves infirmières, le cas d'urgence excepté.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société française d'Hygiène avait mis au concours, pour 1891, la question : « Des soins à donner, avant l'arrivée du médecin, aux personnes victimes d'accidents sur les voies publiques ou dans les travaux industriels. »

Vingt-sept mémoires ont été envoyés au concours. Le jury d'examen a décerné les récompenses suivantes :

Médailles de vermeil. — M. le docteur A. Plicque, ancien interne des hôpitaux; M. Henri-C. Boudaille, externe des hôpitaux.

Médailles d'argent. — M. le docteur A. Courtade, ancien interne des hôpitaux de Paris, et M. A. Quinard, pharmacien de 1re classe.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Marco Venanti (de Florence); Séjournet (de Revin), lauréat de la Faculté de médecine; O. Saintu (de Paris); M. H.-B. Larenaudie (de Tulle), élève en pharmacie, et M. le docteur Luigi Gasparini (de Gannaziga).

— Les questions mises à l'ordre du jour du deuxième Congrès pour l'étude de la tuberculose, qui aura lieu à Paris du 27 juillet au 2 août 1891, sous la présidence de M. le professeur Villemin, sont les suivantes :

1° De l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés, des gallinacés et autres animaux. — 2° Des gallinacés et autres animaux. — 3° De l'hospitalisation des tuberculeux. — 4° Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale. — 5° Des agents capables de détruire le bacille de Koch, non nuisibles pour l'organisme, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose humaine et animale.

Adresser : 1° les adhésions et un mandat postal de 20 francs à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain; 2° ce qui concerne les communications à M. le docteur L.-H. Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 3 mai 1891, au bois de Meudon. — Départ à midi cinq minutes pour Bellevue (gare Montparnasse).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.	3 mois : 10 fr.	D. — 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Le traitement électrique du goitre exophthalmique; sa technique opératoire. — CHIRURGIE PRATIQUE. — THÉRAPEUTIQUE. Médication antiseptique et permanente par l'inhalateur buccal Pradère de Moine. — VARIÉTÉS. Le personnel médical subalterne dans les hôpitaux scandinaves. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 3 mai 1891.

Il semble que cette éternelle question de la dépopulation de la France ne doive plus quitter l'enceinte académique. A chaque séance, la question est de nouveau posée, de nouveau débattue et jamais résolue. Nous l'avons déjà dit et répété ici, l'Académie, dans cette discussion qui ne finit pas, touche à trop de questions à la fois, et sur les points qu'elle discute, — que la docte Assemblée nous pardonne cette irrévérence, — elle va trop « chercher la petite bête ».

Ainsi, pour cette question du rétablissement des tours, que n'a-t-on pas dit pour ou contre, quels arguments n'a-t-on pas été déterrer? Et cependant le problème est-il si complexe? Que veut l'Académie, sinon trouver les moyens d'arrêter cette dépopulation dont les statistiques constatent chaque année les désolants progrès? Or, il ne fait de doute pour personne que les infanticides et les avortements sont une des causes, et des plus importantes, de cette dépopulation. Une « faiseuse d'anges », dernièrement, n'a-t-elle pas eu à répondre de plusieurs centaines de pratiques abortives?

Pour éviter cette destruction du produit de la conception, il n'y a que deux moyens et deux seuls : 1° donner des secours aux filles-mères; 2° élever leur enfant, si elles l'abandonnent.

Ces deux propositions ne méritent pas d'arrêter les académiciens bien longtemps. Ce sont presque des axiomes qui s'imposent et ne se discutent pas. Le premier point ne peut être résolu que par l'extension de l'Assistance, soit par la charité privée, soit par des institutions départementales ou nationales. Pour le deuxième point, il ne resterait rien à faire, dit-on, et tout serait pour le mieux dans le meilleur des mondes. Il existe, paraît-il, un bureau ouvert où toute fille-mère peut porter son enfant et l'abandonner en secret. Ce bureau existe, il est vrai; mais qui le sait, et cette paperasserie, et cette bureaucratie, pour secrètes qu'elles soient, ne sont-elles pas faites pour effrayer la mère qui vient apporter son enfant?

Si bas que soient parfois tombées les malheureuses que mille raisons et surtout la misère poussent à se séparer de leur enfant, elles sentent toutes ce que leur conduite peut avoir de répréhensible, elles ont une honte, une certaine pudeur qui les porte à se cacher, et elles reculent à mettre quelqu'un dans le secret, ce quelqu'un ne connût-il rien d'elles, pas même leur nom. Elles ne veulent aucun témoin de leur faute. Bien des filles ont étranglé leur enfant et ont préféré affronter la cour d'assises plutôt que le guichet du bureau, dit secret, et les questions d'un employé, que sa profession rend parfois brutal et souvent inquisiteur. Ces malheureuses n'ont d'ailleurs nulle confiance dans le secret des bureaux.

Ont-elles tort? Le fait suivant, que M. Guéniot racontait à l'Académie, prouvera que le bureau secret n'est pas si secret qu'on veut bien nous le dire.

La nièce d'un instituteur d'une petite ville de province devient enceinte. Elle dissimule sa grossesse tant que la chose est possible, puis, les derniers mois, elle vient à Paris, y accouche et porte son enfant au bureau ouvert. L'employé l'interroge *comme c'est l'habitude* et, finalement, la jeune fille donne son nom, son adresse, etc., et retourne dans son pays, comptant que le secret serait bien gardé.

Mais, ô bureaucratie, voici bien de tes coups! L'administration parisienne trouva qu'elle n'avait point à élever un enfant dont la mère habitait la province; elle signifia au préfet du département d'avoir à rembourser les frais occasionnés par l'entretien du jeune abandonné. Le préfet délégua un inspecteur, qui fit une enquête; le maire de la commune convoqua la jeune fille et on lui conseilla de reprendre son enfant en lui promettant des secours. Depuis, la jeune fille a disparu, et l'on recherche partout son cadavre.

Nous nous garderons de commenter ce fait, il est suffisamment éloquent.

On peut multiplier le nombre des bureaux ouverts, on ne diminuera pas d'un seul le nombre des infanticides.

Nous le répétons, en terminant, la fille-mère qui abandonne son enfant ne veut pas de témoin, pas de confident, elle cachera cet abandon toute sa vie comme une faute dont elle ne parlera jamais, elle portera son enfant au tour, elle ne le portera pas au bureau ouvert. Le fait est indéniable et tous les médecins doivent, sans parti pris, reconnaître qu'au point de vue du but à obtenir, c'est-à-dire au

point de vue de la diminution des infanticides, le tour est de beaucoup préférable à tous les bureaux, ouverts ou secrets. Les tours n'ont été supprimés et les bureaux créés que parce que l'on a pensé que ceux-ci seraient une entrave apportée à l'abandon, qu'on a cru, et avec raison, que les quelques formalités administratives à remplir éloigneraient bien des malheureuses, mais qu'on y prenne garde, on n'a peut-être diminué le nombre des abandons que pour augmenter celui des infanticides.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. VIGOUROUX.

Le traitement électrique du goître exophthalmique; sa technique opératoire.

(Conférence recueillie par M. le docteur A.-F. PLICQUE, ancien interne des hôpitaux.)

Le traitement électrique du goître exophthalmique est d'une innocuité complète et d'une efficacité véritable. Sa technique opératoire est loin d'être compliquée ; elle consiste à électriser successivement, par le courant faradique, les deux carotides, les deux régions péri-orbitaires, la tumeur thyroïdienne, la région précordiale. Toutefois, comme les moindres détails ont ici leur importance au point de vue du succès thérapeutique, permettez-moi d'insister d'abord sur le choix de la variété de courant, puis sur le siège d'application des électrodes, l'intensité, la durée d'application pour chacune des régions à électriser.

Le courant faradique ou courant d'induction est celui qui m'a le mieux réussi dans le traitement du goître exophthalmique. Ses effets se traduisent souvent immédiatement par une sensation d'allègement, une diminution de l'exophthalmie, une vascularisation moins prononcée de la face. Le courant continu, que j'ai souvent mis en usage dans cette affection et que j'ai aujourd'hui abandonné, n'agit qu'avec une rapidité beaucoup moins grande. Quant à l'électricité statique, si utile dans d'autres névroses, elle est très mal supportée par ces malades. C'est qu'en effet, chez eux, la résistance électrique est très diminuée ; elle tombe souvent au quart du chiffre normal. Par suite, la malade, placée sur le tabouret relié à la machine statique, prend trois à quatre fois plus d'électricité qu'un sujet hystérique ou neurasthénique, dont la résistance est normale et le plus souvent même accrue. Cette intolérance spéciale à la maladie de Basedow s'explique donc bien par la diminution de la résistance électrique, et cette diminution de la résistance, signe précieux pour le diagnostic, est aussi une indication très utile du traitement.

Pour pratiquer l'électrisation, une plaque large de 7 à 8 centimètres est tout d'abord fixée au moyen d'une bande à la partie postéro-inférieure du cou, où elle constitue l'électrode indifférente. Cette plaque, bien mouillée, n'est plus changée pendant toute la séance. Le seul changement au cours de la séance est le suivant : tandis que la plaque est reliée au pôle positif de la bobine induite pour l'électrisation des carotides, des yeux, du corps thyroïde, on change le pôle et on la relie au pôle négatif, quand on arrive à l'électrisation de la région précordiale.

Pour l'électrisation des carotides, le pôle actif est constitué par un petit tampon en forme d'olive ou de bouton plat relié au pôle négatif de la bobine induite, bobine à fil moyen. Ce tampon est appliqué en dedans du sterno-mastoïdien, au niveau de l'angle de la mâchoire. La pression doit être assez énergique pour percevoir les battements de l'artère. L'intensité du courant sera suffisante pour être capable, si on déplace un moment l'électrode pour la placer à la partie moyenne du sterno-mastoïdien, de produire une contraction musculaire énergique. Mais elle ne doit jamais être telle qu'elle devienne insupportable au malade. Le tampon olivaire est successivement appliqué pendant une minute, une minute et demie sur chaque carotide. Il est très fréquent, du côté électrisé, de constater un aspect marbré, une pâleur de la face, avec abaissement de température de près de 1 degré, qui indique bien l'effet interne produit sur la vascularisation.

Pour l'électrisation des régions oculaires, le tampon olivaire est placé tout d'abord sur le rebord externe de l'orbite pour exciter l'orbiculaire des paupières ; on le promène ensuite légèrement sur les paupières elles-mêmes, sur tout le pourtour de l'orbite, en évitant les nerfs sus et sous-orbitaires. Il est souvent difficile d'obtenir des contractions musculaires. L'intensité du courant sera donc surtout réglée sur la sensibilité du malade. Le fait le plus important dans cette électrisation est le suivant. Il existe, à 1 centimètre en arrière et au-dessous de la queue du sourcil, un point spécial, dont l'excitation amène, chez les malades atteints d'exophthalmie très marquée, un mouvement brusque et assez inquiétant du globe de l'œil en avant. On évitera donc d'appliquer l'électrode en ce point. La durée de l'électrisation est, pour chaque œil, d'une à deux minutes environ.

Pour l'électrisation de la tumeur thyroïdienne, on emploie un tampon plat de 3 à 4 centimètres, relié au pôle négatif. Ce tampon est successivement appliqué au-dessus de la fourchette sternale, sur les parties saillantes de la tumeur thyroïdienne, sur les muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens, en tout deux à trois minutes. On peut employer un courant intense, assez intense pour obtenir une forte contraction musculaire. Deux fois seulement, sur un nombre considérable d'applications, j'ai vu, dans l'électrisation de cette région, des troubles : pâleur, tendance à la lipothymie, dus à une excitation du pneumogastrique et qui se dissipèrent rapidement. On doit aussi se rappeler que l'électrisation, faite directement sur l'os, est douloureuse et éviter de toucher la poignée du sternum dans l'électrisation du creux sus-sternal.

Pour l'électrisation de la région précordiale, la plaque de la nuque est reliée au pôle négatif. L'électrode plate de 4 centimètres de diamètre est, au contraire, mise en communication avec le pôle positif, l'application de ce pôle semblant avoir un effet sédatif particulier. Cette électrode est appliquée sur le troisième espace intercostal gauche, près du sternum. Le courant est faible, juste suffisant pour provoquer quelques légères contractions fibrillaires du grand pectoral. Durée deux à trois minutes.

La durée totale de la séance d'électrisation a donc été de dix à douze minutes. Les séances seront faites au moins tous les deux jours; mieux vaut encore, quand la chose est possible, qu'elles soient quotidiennes. Enfin il nous semble qu'il y a avantage à employer le traitement électrique seul, sans lui associer d'autres médications. Les bromures, la digitale, l'ergotine nous ont paru sans effet utile; l'iode et les iodures, le fer, l'arsenic semblent plutôt nuisibles. L'hydrothérapie, qu'il pourrait sembler naturel d'associer à l'électricité, devient souvent une cause d'affaiblissement.

Les résultats thérapeutiques paraissent plus rapides et plus certains, quand le traitement électrique est employé exclusivement et sans association d'autre médication.

L'amélioration est d'ordinaire très prompte. L'inquiétude, l'agitation sont les premiers symptômes pénibles qui disparaissent. Le tremblement, le goître sont ensuite modifiés. L'exophthalmie, un peu plus tenace, s'amende elle-même à la longue; parfois même, elle cède relativement vite. De tous les symptômes, le plus lent à s'amender est la tachycardie. Mais si l'amélioration est rapide, la durée totale du traitement est longue, dès qu'on veut arriver à la disparition complète de tous les symptômes. Elle atteint six mois, un an et plus. Bien souvent les malades, satisfaits de l'amélioration obtenue, abandonnent le traitement avant la disparition complète des palpitations et de l'exophthalmie.

Comment agit le traitement électrique? Exerce-t-il, comme semblent l'indiquer, dans la faradisation carotidienne, les modifications vasculaires, une influence sur le grand sympathique? Les racines des nerfs spinaux sont-elles influencées par le courant venu de la plaque de la nuque? Y a-t-il une simple action sur les réflexes cutanés? Si la cause même de l'efficacité nous est inconnue, le fait pratique de cette efficacité subsiste et mérite d'attirer toute votre attention. Je vous répéterai, toutefois, que pour obtenir le maximum d'effet thérapeutique, vous devrez savoir vous astreindre à suivre tous les petits détails d'application que je viens de vous indiquer. La technique opératoire est d'ailleurs plus minutieuse que vraiment difficile à bien comprendre et à bien observer.

CHIRURGIE PRATIQUE

Règles pour l'ablation des tumeurs malignes du sein.— Herbert Snow, après une étude minutieuse des conditions de récidive des tumeurs malignes, arrive à cette conclusion que le mot de récidive est, en réalité, tout à fait impropre, et que les échecs opératoires ne sont que le résultat d'une ablation incomplète. Il formule, en terminant, un certain nombre de règles pratiques. Sans doute, ces règles étaient déjà connues pour la plupart. Il y a néanmoins quelque intérêt à les rappeler.

« L'ablation, dans le cancer du sein, doit toujours, écrit-il, dépasser en tous sens les parties malades; la portion de parties saines en apparence qu'il conviendra d'enlever variera, dans chaque cas particulier, avec la rapidité d'évolution de la tumeur, mais elle sera toujours très large. Le curage de l'aisselle s'impose dans tous les cas, qu'il y ait ou non des ganglions perceptibles à la palpation. Si ce curage n'empêche pas toujours la récidive, il la retarde tout au moins beaucoup. Les petits ganglions, qui sont si souvent accolés contre la surface des muscles de l'aisselle, devront être recherchés avec soin. Les lobes aberrants, que la glande mammaire envoie parfois vers l'aisselle, seront également recherchés, car si récente, si minime que soit la tumeur, il importe toujours d'enlever la totalité du parenchyme glandulaire. Les incisions de la peau ne seront jamais calculées en vue de la facilité plus ou moins grande de la réunion, mais en vue de l'ablation totale. On évitera surtout, la peau incisée, de disséquer obliquement la glande; toutes les incisions profondes doivent être faites verticalement pour une ablation large et en bloc. La malade sera surveillée de très près pendant les deux années qui suivent l'opération, de façon à faire rapidement l'ablation du moindre nodule suspect qui pourrait reparaître. » (*The Lancet.*)

Traitement du spina ventosa. — Unger étudie les principaux moyens de traitement du spina ventosa (ostéomyélite tuberculeuse des phalanges). Les tentatives d'antisepsie du foyer par des injections d'acide phénique, d'iode, de glycérine iodoformée, la compression et l'immobilisation par les bandelettes emplastiques, ne lui ont donné que des résultats médiocres. En dehors des indications tirées de l'état général, le traitement visera donc d'emblée la suppression du foyer tuberculeux. Cette suppression pourra être obtenue avec des sacrifices d'autant moindres et un résultat, tant fonctionnel qu'esthétique, d'autant plus satisfaisant, que l'interventionsera plus précoce.

Tant que les lésions sont limitées à la diaphyse des phalanges ou des métacarpiens, l'évidement suffit comme opération. On se rappellera que le foyer occupe le centre de l'os et que la couche corticale est souvent tout à fait saine d'apparence. Il faut alors enlever au ciseau et au maillet un large copeau osseux pour arriver sur les fongosités, qui sont d'ordinaire facilement enlevées à la curettte tranchante. Le foyer osseux, les trajets fistuleux grattés, sont largement badigeonnés à la teinture d'iode. Toutes les fois que l'opération n'a pas été très précoce et qu'il existe de la suppuration et des fistules, Unger préfère ne pas suturer l'incision faite. Il tamponne la plaie à la gaze iodoformée et répète tous les deux jours, en changeant la gaze, le badigeonnage iodé. Quand il n'existe ni suppuration, ni fistules, on peut tenter la réunion par première intention. Il est bon de faire des sutures très profondes, rapprochant les lambeaux de périoste. Le pansement doit toujours bien immobiliser la partie malade et exercer une légère compression.

Lorsque les épiphyses se trouvent atteintes en même temps que la diaphyse, Unger, contrairement à l'avis ordinaire, conseille la résection totale de l'os. Sur les phalanges, la réparation par le périoste ne reproduit que très incomplètement et très rarement l'os enlevé. Sur les métacarpiens et les métatarsiens, la réparation est, au contraire, suffisante pour assurer les fonctions du membre. Après la résection, les badigeonnages iodés seront extrêmement utiles.

Enfin, dans les lésions extrêmes, quand on ne peut espérer le rétablissement des fonctions, que l'état général est menacé, l'amputation s'impose. On hésitera moins à pratiquer l'amputation au pied qu'à la main; un doigt, même déformé et raccourci, reste souvent fort utile.

La statistique de Unger porte sur 54 enfants, suivis pendant plus d'un an après l'opération : 38 furent opérés par l'évidement, 28 eurent une guérison définitive, 10 offrirent des récidives locales. Mais sur ces 10 récidives, l'opération avait été faite 8 fois tardivement, alors qu'il existait des fistules et des lésions étendues des parties molles. 8 autres ont été opérés par la résection, sans qu'aucun ait eu de récidive; 5 résections des métacarpiens ou métatarsiens ont donné 5 restaurations osseuses, dont 3 parfaites. 3 résections des phalanges n'ont donné qu'une seule restauration. Mais, dans les 2 cas de non-restauration osseuse, la phalange restée flottante conservait quelques mouvements.

Au point de vue de l'état général, 40 enfants ne présentaient aucune lésion tuberculeuse un an après l'opération, 7 n'avaient que des lésions laissant un certain espoir (adé-

nopathies, otites, ozène, impétigo), 7 avaient succombé à des tuberculoses viscérales. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*)

Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow. — Lamke rapporte deux cas de goître exophthalmique, qui ont été, l'un guéri, l'autre considérablement amélioré par une ablation unilatérale du corps thyroïde; il y a là une indication intéressante et qui peut rendre des services, surtout lorsque, comme dans la première observation, l'existence d'un goître plongeant nécessite déjà une trachéotomie. Aussi, serions-nous fort heureux de signaler cette intervention thérapeutique, si elle ne nécessitait pas une expérience chirurgicale consommée et une installation spéciale. C'est, du moins, l'avis de l'auteur, auquel nous adresserions volontiers une légère critique sur les rapports qu'il semble établir entre le rétrécissement concentrique du champ visuel et une lésion de l'écorce cérébrale dans la maladie de Basedow. L'hystérie est-elle à ce point inconnue à Hambourg? (*Deuts. Med. Wochens.*)

Les opérations chez les nouveau-nés. — Les interventions chirurgicales faites dans les premiers jours de la vie sont d'ordinaire nécessitées par des malformations congénitales. Les imperforations de l'anus ou de l'urèthre fournissent les indications les plus fréquentes. Les spina bifida, les encéphalocèles peuvent parfois, quand les téguments qui recouvrent la poche kystique menacent de s'ulcérer, nécessiter une opération précoce. M. Picqué (1) opérait dernièrement à Lariboisière un spina bifida lombaire chez un enfant de treize jours. Il enlevait, chez un autre enfant de quinze jours, un encéphalocèle volumineux, comprenant même une portion du cervelet et du lobe occipital. Dans les deux cas, malgré l'âge peu avancé et la gravité de l'opération, il obtenait une guérison. En dehors des lésions congénitales, les occasions d'intervenir sont plus rares. Pourtant Maddin (2) a fait, avec succès, l'amputation de la cuisse, chez un enfant de trois jours, atteint de gangrène. Bland Sutton (3) a opéré une hernie inguinale étranglée chez un enfant de vingt-huit jours et a obtenu la guérison. Des opérations graves peuvent donc, dès les premiers jours de la vie, être tentées avec toutes chances de succès.

Les principales précautions à prendre semblent relatives: 1° à l'hémorrhagie opératoire qu'il faut chercher à réduire au minimum; 2° aux refroidissements toujours à craindre chez le jeune enfant au cours de l'opération; 3° à l'anesthésie : quand l'emploi du chloroforme est indispensable, il doit, une fois l'insensibilité obtenue, être continué par gouttes, à doses infinitésimales; 4° au choix des antiseptiques employés. Les nouveau-nés supporteraient très mal la moindre absorption d'iodoforme et surtout d'acide phénique. M. Lucas-Championnière (4) a vu périr dans le collapsus, avec des urines noires, de jeunes enfants à qui leurs nourrices avaient appliqué des compresses d'huile phéniquée sur les fesses et les jambes. Meltzler (5) a vu succomber un enfant de neuf jours pansé à l'acide phénique pour une simple circoncision. Les aseptiques (eau bouillie), les antiseptiques inoffensifs (l'eau boriquée, la vaseline boriquée, le salol qui a été bien toléré dans les observations de M. Picqué), seront donc à peu près exclusivement employés tant pour le pansement qu'au cours de l'opération.

(1) Picqué. Société de chirurgie, 15 octobre 1890.
(2) Maddin. *Medical Record*, avril 1889.
(3) B. Sutton. *The Lancet*, 22 novembre 1890.
(4) Brun. Thèse d'agrégation, Paris 1886, p. 56.
(5) Meltzler. *Centralbl. f. Chir.*, 1889, n° 41.

THÉRAPEUTIQUE

Médication antiseptique et permanente, par l'inhalateur buccal Pradère de Moine,

Par M. le docteur Calmis.

Nous signalons à nos confrères un appareil nouveau, qui est appelé à rendre à notre art de réels services, et cela par les nombreuses applications thérapeutiques dont il est l'objet, non seulement en ce qui concerne les affections du larynx, des bronches, du poumon, de l'estomac et des voies digestives, mais encore dans le cas où il s'agit de faire de la prophylaxie contre les agents si multiples de la contagion.

Produire l'antisepsie permanente de la bouche, sans difficulté pour le malade et pour ainsi dire à son insu; lui faire, par le même moyen, absorber progressivement des médicaments antiseptiques, à des doses que nul n'avait pu atteindre jusqu'à ce jour, et cela sans fatiguer ses organes, tel est le but que s'est proposé M. Pradère de Moine.

Pour arriver à ce résultat, il a créé un petit appareil, fort ingénieux, construit par M. Collin et qui, placé dans la bouche, se fixe très simplement à la voûte palatine. Cet appareil, qui ne cause aucune gêne, et auquel les sujets s'habituent très rapidement, est muni d'un petit récipient métallique percé de trous, destiné à contenir une pastille médicamenteuse, dont la dissolution complète s'opère en trois heures. La bouche du malade est convertie en une chambre d'inhalation continue, d'où le nom d'*inhalateur buccal permanent*, que lui a donné son auteur.

Les pastilles ont été l'objet d'une étude tout à fait spéciale, dans le but de trouver un moyen qui permît leur dissolution lente et progressive. Elles sont composées avec les diverses substances antiseptiques : acide phénique, acide chromique, iodure d'argent, cyanure d'or, créosote, eucalyptol, selon les cas et la prescription du médecin. Leur préparation a été confiée à un praticien des plus distingués, M. Chevrier, pharmacien à Paris.

Inutile d'insister sur le rôle que ce nouveau mode d'emploi des médicaments peut jouer en thérapeutique; d'abord, comme agent de prophylaxie générale, permettant à l'homme sain d'échapper aux influences directes des divers contages transportés par les poussières atmosphériques, ensuite comme agent modificateur dans les maladies bacillaires.

Les essais qui ont été faits ont surtout porté sur les affections des voies respiratoires, la tuberculose en particulier. Grâce à la continuité du traitement, les malades ont pu supporter des doses massives, arriver rapidement à la saturation, et cela avec un réel bénéfice.

Nous désirons ne pas laisser passer, sans le signaler à nos lecteurs, ce fait, qui nous paraît avoir en thérapeutique une grande importance et un caractère tout à fait inédit.

VARIÉTÉS

Le personnel médical subalterne dans les hôpitaux scandinaves (1).

Par le docteur F. Thiéry, prosecteur de la Faculté.

V

On nous pardonnera de revenir souvent sur les mêmes points, mais il est nécessaire d'indiquer que la surveillante sait, l'opération terminée, le pansement une fois appliqué par elle, re-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 489.

prendre la place qui lui appartient, sans la trouver indifférente ou indigne.

Elle porte elle-même les malades à leur lit et leur prodigue les soins ordinaires d'une garde-malade. Il est à remarquer encore qu'elle s'acquitte de ses fonctions les plus délicates avec une simplicité qui exclut toute idée de ridicule : tous les pansements, sans exception, sont faits par les élèves infirmières. Dans les villes où il n'y a pas d'université, nous avons vu des surveillantes raser le pubis des malades, faire l'antisepsie complète des bourses avant une opération d'hématocèle, sans que la chose portât le moins du monde au sourire ou à la raillerie : nous avons déjà dit que, sans exception, les salles d'hommes et de femmes, que les salles de vénériens, encore à Visby, à Gœteborg et sans doute aussi dans les autres centres, étaient dévolues aux soins de surveillantes.

Nous devons une mention toute spéciale à la surveillante du Serafinerlazarettet, service du professeur Berg, qui se montre, de l'avis même de son chef, aussi excellente infirmière que bonne surveillante et souvent aide précieux.

Nous avons épuisé la série des notes que nous avons pu recueillir sur cette partie, de la pratique hospitalière des hôpitaux scandinaves : il nous reste à nous résumer en mettant en relief les différents points qui nous ont le plus frappé.

A Christiania, le service des diaconesses est plus que satisfaisant, et nous avons vu que, grâce à la préparation que subissent ces religieuses, grâce aux cours suivis et souvent aux voyages effectués à l'étranger, cet ordre, spécialement destiné aux hôpitaux, offre de bonnes garanties d'expérience et de dévouement.

Du côté laïque, nous remarquerons les avantages accordés au point de vue physique, moral et pécuniaire, au personnel féminin, deux faits qui expliquent le recrutement dans une classe élevée de la société. La confiance dont les chefs les honorent, l'autorité qui leur est laissée, la responsabilité qui leur incombe, l'augmentation graduelle des appointements, l'estime du chef de service, sont autant de mobiles destinés à stimuler leur zèle.

L'obligation qui est imposée du célibat ou du veuvage, pendant le séjour dans les hôpitaux, nous paraît être aussi, au point de vue économique et administratif, d'une certaine garantie contre les abus et la déprédation possibles.

Enfin, nous signalons particulièrement, comme devant donner d'excellents résultats, l'institution d'une surveillante en chef unique par service, responsable de ce qui s'y passe, responsable des actes de ses subordonnées. Il y a là, sans aucun doute, matière à un essai pour lequel nos hôpitaux écoles nous semblent indiqués et nous ne doutons pas, l'exemple une fois donné, de voir remonter le niveau à la fois intellectuel et social du personnel secondaire des hôpitaux.

Et puisque nous condensons, en quelques pages, ce qu'il nous a été donné d'observer sur ce sujet, nous avons pu voir, au Royal Infirmery d'Édimbourg, d'excellentes surveillantes dont le maintien et le service nous ont paru devoir être très appréciés. Notre ignorance de la langue anglaise ne nous a point permis de recueillir des détails assez précis sur cette institution. Cependant, nous rapprocherons de notre étude précédente, la traduction du règlement d'admission aux cours professionnels du Royal Infirmery, ainsi que le questionnaire imposé aux postulantes.

Règlement concernant le cours des infirmières de l'hôpital royal d'Édimbourg.

Article premier. — Les directeurs de l'hôpital royal d'Édimbourg se sont entendus pour faire faire une année de cours aux personnes (femmes) désireuses d'être admises comme infirmières ou d'être gardes-malades privées.

Art. 2. — Les personnes qui désirent suivre ce cours d'enseignement doivent s'adresser à la directrice des infirmières de l'hôpital, afin d'être agréées par elle comme postulantes dans l'hôpital; les limites d'âge fixées sont de vingt-cinq à trente-cinq ans, il faut être célibataire ou veuve.

Un certificat attestant l'âge et contenant d'autres renseignements indiqués au questionnaire, sera exigé.

Art. 3. — Les personnes de la classe élevée, candidates au grade de gardes-expertes ou désirant être nommées à des places exigeant une plus grande responsabilité dans l'hôpital, peuvent être agréées comme postulantes.

Art. 4. — La durée du cours est d'une année entière; elle peut être prolongée d'un autre trimestre; mais il est bien entendu què les postulantes ne seront reçues qu'en prenant l'engagement de rester pendant tout le temps nécessaire à leurs études; en cas de force majeure, il peut être permis de se retirer. La directrice des infirmières peut relever les postulantes de leurs fonctions lorsqu'elle le juge à propos, pour inconduite, incapacité ou négligence.

Art. 5. — Les postulantes sont placées sous l'autorité de la directrice des infirmières et soumises au règlement de l'hôpital.

Art. 6. — Chacune d'elles occupe une chambre séparée : elles sont logées, nourries, thé et sucre compris, blanchies, et reçoivent quelques vêtements d'uniforme, qu'elles doivent porter à l'hôpital. Elles servent d'aides infirmières dans les salles.

Art. 7. — Elles paient 10 livres, pendant l'année du cours, pour leurs vêtements.

Art. 8. — A la fin de l'année, le cours est considéré comme complet, et pendant les deux années suivantes leurs services seront requis comme infirmières publiques ou privées, pour les places qui leur seront offertes par la directrice générale. Elles recevront, à cet effet, un traitement de 20 livres, la première année, de 21 la seconde, avec une tenue de service.

Art. 9. — Les noms des postulantes sont inscrits sur un registre : on y mentionne leur conduite, leur position sociale et l'état de leurs services.

A la fin de l'année, celles qui ont satisfait au cours d'instruction, sont inscrites sur le registre des infirmières et désignées pour tel ou tel emploi, suivant leurs capacités.

Art. 10. — Après trois ans de présence, l'engagement peut être annulé sous condition d'un accord respectif, intervenu un mois à l'avance.

(Ci-joint le modèle de l'engagement que doit prendre la postulante envers le comité directeur, engagement de deux ans qui doit être remis au comité un mois après l'admission de la postulante.)

Enfin, la préoccupation constante de l'administration dans le recrutement du personnel, son désir d'attirer, comme gardes-malades, des personnes de la classe aisée, apparaît encore nettement dans le questionnaire suivant, que la postulante doit faire tenir à la « Lady superintendant of Nurses » :

1° Nom en entier et adresse de la postulante.

2° Êtes-vous fille ou veuve? Si veuve, présentez votre contrat de mariage.

3° Quel est votre emploi, vos occupations présentes? l'emploi de votre mari défunt?

4° Votre âge. Lieu de naissance.

5° Taille et poids.

6° Où avez-vous été élevée?

7° De quelle religion êtes-vous? Nom et adresse de votre directeur.

8° Savez-vous lire et écrire couramment?

9° Êtes-vous de constitution forte et saine? L'avez-vous toujours été?

10° Avez-vous des enfants? Combien? De quel âge? Comment les élevez-vous?

11° Quelle est votre dernière situation?

12° Quelle est l'adresse de votre père, de votre mère?

13° Nom et adresse de deux personnes répondant de vous. Combien de temps chacune d'elles vous a-t-elle connue? Si vous avez eu un emploi, l'une des deux personnes doit être votre patron. Ou bien donnez le nom d'une personne qui fréquente votre maison.

14° Nom et adresse de votre médecin habituel.
15° Avez-vous lu et bien compris le règlement?

Bien que ce réglement ne diffère pas sensiblement de celui qui est adressé aux postulantes de Paris, il faut faire remarquer qu'il est d'une rigueur absolue, et que le moindre soupçon entraîne ou l'exclusion ou le refus d'admission.

L'institution d'une « lady superintendant » ayant tout pouvoir sur son personnel, femme d'une classe élevée, forme aussi l'un des traits saillants de cette institution.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

116. M. DUPRÉ. Les infections biliaires. Étude bactériologique et clinique. — 117. M. LALOY. Application thérapeutique de la suggestion hypnotique. — 118. M. LEGUEU. Calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical. — 119. M. PETIT. De l'hygroma trochantérien. — 120. M. LEPLAT. Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire. — 121. M. CORDILLOT. Étude sur l'arthrectomie dans les arthrites fongueuses du genou. — 122. M. LEFÈVRE. Contribution à l'étude de la diphthérie. De l'examen bactériologique de la fausse membrane diphthéritique. Son importance au point de vue du diagnostic. — 123. M. PERRET. Considérations sur les néoplasmes des nerfs primitifs des membres. — 124. M. GUIBERT. La vision chez les idiots et les imbéciles. — 125. M. FREY. Contribution à l'étude des abcès pneumoniques. — 126. M. FOURE. De la chromhydrose. Chromocrinie partielle et cutanée de M. Le Roy de Méricourt. Essai historique. — 127. M. DURAND. Étude historique et critique sur la scarlatine puerpérale. 128. M. LEFEBVRE. Des déformations ostéo-articulaires consécutives à des maladies de l'appareil pleuro-pulmonaire. — 129. M. BURNET. Contribution à l'étude de l'hystérie infantile (son existence au-dessous de l'âge de cinq ans). — 130. M. VILPELLE. De la conduite à tenir dans le cas de dystocie due aux épaules. — 131. M. DELCROIX. Étude sur la rupture centrale du périnée en accouchements. — 132. M. ROUAIROUX. De la rhinotomie médiane, comme opération préliminaire pour aller à la recherche des tumeurs siégeant dans la cavité naso-pharyngienne. — 133. M. FLORANT. Des manifestations délirantes de l'urémie. Folie brightique. — 134. M. MARTINEZ. Du diagnostic et du traitement des appendicites. — 135. M. LEFEVRE (Eugène). Les nouveaux traitements opératoires du prolapsus du rectum. — 136. M. LAVERNY. Contribution à l'étude de l'épistaxis dans le mal de Bright. — 137. M. MOREL. Contribution à l'étude de la diphthérie. — 138. M. MARIAGE. Intervention chirurgicale dans les inflammations péri-cæcales. — 139. M. DUPRÉ. De la luxation congénitale de la hanche. — 140. M. GAMPERT. Traitement de l'amygdalite lacunaire chronique par la discision des amygdales. — 141. M. BONNARD. De certaines formes de kératite consécutives à des altérations légères du trijumeau. — 142. M. REDUREAU. Contribution à l'étude de la suppuration dans la grippe. — 143. M. COSTET. De la variole pendant la grossesse. Pronostic pour la mère et pour l'enfant. — 144. M. COUDER. Protection du périnée pendant le passage du tronc après la sortie de la tête. — 145. M. ISCH-WALL. Arthritisme et cancer. — 146. M. STŒBER. Des accidents méningitiques de la syphilis héréditaire chez les enfants. — 147. M. PRADEL. Contribution à l'étude de la pyohémie médicale. — 148. M. MORIN. Remarques sur la dernière épidémie d'influenza et principalement sur ses phénomènes hémorrhagiques. — 149. M. VAILLÉ. Contribution à l'étude du bassin vicié par obstruction (tumeurs développées aux dépens du squelette pelvien). — 150. M. CAMUZET. L'hystérie hérédo-alcoolique. — 151. M. CHESNAY. Le traitement hygiénique de la tuberculose pulmonaire à l'air libre et au repos. Hivernage de tuberculeux à l'hôpital Tenon (1890-91). — 152. M. JEAN. De la pleurésie hémorrhagique au cours de la cirrhose alcoolique. — 153. M. BENGUÉ. Contribution à l'étude des œdèmes rhumatismaux. — 154. M. CHARBONNEAU. Étude historique et critique de la pseudo-paralysie générale syphilitique. — 155. Mlle ASCHPIZ. Pleurésies qui accompagnent le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dix candidats se présentent au concours spécial d'accoucheurs du Bureau central. Ce sont MM. Boissard, Couder, Démelin, Laskine, Lepage, Potocki, Stapfer, Tissier, Varnier et Wallich.

— Par décret, en date du 28 avril 1891, sont nommés près la Faculté de médecine de Nancy :

M. Schmitt, agrégé, professeur de thérapeutique et matière médicale ;

M. Baraban, agrégé, professeur d'histologie.

— Par décret, en date du 1er mai 1891, M. le docteur Iman, médecin-auxiliaire de deuxième classe, a été nommé médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 2 mai 1891, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Lepage, pour le 1er zouaves ; Choux, pour l'hôpital de Vincennes ;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Leroy, pour le 1er d'infanterie ; Durget, pour le 6e cuirassiers ; Stouff, pour le 21e chasseurs ; Beau, pour le 38e d'infanterie ;

MM. les médecins aides-majors de première classe Drély, pour le 9e chasseurs ;

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Fagot, pour l'hospice de Toulouse ; Arnould, pour le 19e dragons ; Chambaud, pour le 3e chasseurs ; Ollier de Vergèze, pour le 127e d'infanterie ; Labougle, pour le 3e génie ; Vialaneix, pour le 2e chasseurs.

— *Hospices de Rouen.* — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Fortin.

— M. le docteur Fol est chargé d'une mission scientifique à l'effet d'étudier les éponges du bassin de la Méditerranée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jalabert (de l'Araba).

— M. le professeur Le Dentu reprendra ses leçons, à l'hôpital Necker, le mardi 5 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 54. — JEUDI 7 ET SAMEDI 9 MAI 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 7 ET SAMEDI 9 MAI 1891. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES



Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA MATERNITÉ. Opération césarienne avec suites heureuses pour la mère et pour l'enfant. — OPHTHALMOLOGIE. Pronostic et traitement des tumeurs malignes intra-oculaires.— THÉRAPEUTIQUE.— ACADÉMIE DE MÉDECINE.— SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur les causes de la dépopulation touche à sa fin. L'Académie a voté sur la plupart des conclusions de la Commission, mais non sans les avoir notablement modifiées.

Il reste encore à voter sur les propositions relatives à l'assainissement des établissements publics, casernes, lycées, etc., à la déclaration, à l'isolement et à la désinfection obligatoires dans les cas de maladies transmissibles, et enfin à la réglementation de la prostitution. Ces propositions seront discutées dans la prochaine séance.

Nous disons que les vœux adoptés par l'Académie diffèrent de beaucoup des premières conclusions de la Commission. En effet, on y verra que, sur la proposition de M. Le Fort, l'Académie demande le secret, non seulement pour l'accouchement, mais même pour la fin de la grossesse, ainsi que le rétablissement des tours, fonctionnant concurremment avec les bureaux ouverts; ce sont là d'importantes mesures dont il n'était pas question dans le rapport de la Commission. Comme on a pu le voir dans notre récent article sur ce sujet (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 493), nous nous associons complètement à ces vœux émis par la savante Compagnie, en avouant toutefois notre préférence pour le tour sur les bureaux ouverts. Si nous y insistons, c'est parce que le véritable but du tour paraît encore aujourd'hui singulièrement méconnu, à en juger par la façon dont il est apprécié dans la presse extra-scientifique.

Ainsi que nous l'avions prévu dès le début de cette discussion, l'Académie a voté presque à l'unanimité la vaccination et la revaccination obligatoires, alors que la Commission n'avait demandé l'obligation pour la revaccination que dans le cas d'épidémie de variole. C'est là encore un fait d'une grande importance.

Le gouvernement et le Parlement, chacun en ce qui le concerne, suivront-ils l'Académie dans cette voie de réformes et de progrès? C'est fort à souhaiter, quand on songe aux intérêts de premier ordre qui sont en jeu.

Au début de la séance, M. Le Dentu a présenté un rein calculeux qu'il venait d'extraire. Ce rein contenait des gaz, sans être aucunement en communication avec l'intestin. Ces gaz ne provenant ni du tube intestinal, ni d'une décomposition putride, ne peuvent être que des gaz du sang. C'est ce que démontrera probablement l'analyse de la pièce intéressante présentée par M. Le Dentu.

A cinq heures, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Féréol sur les titres des candidats à deux places de correspondant national dans la division de médecine. La liste de présentation est ainsi dressée : En première ligne, M. Farge (d'Angers); en deuxième ligne, M. Duché, d'Oanne (Yonne); en troisième ligne, M. Pilat (de Lille); en quatrième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Costa (d'Ajaccio), Liétard (de Plombières) et Spillmann (de Nancy).

Nous avons encore à enregistrer une nouvelle déception thérapeutique qui nous vient de l'Allemagne. On fait beaucoup de bruit, depuis quelque temps, autour de la pyoctanine pour le traitement des affections épithéliomateuses. Quelques bons résultats obtenus, en France, par M. Galezowski contre l'épithélioma des paupières, les nombreux faits publiés en Allemagne, avaient permis d'espérer qu'on avait enfin trouvé, sinon un remède, du moins un palliatif sérieux contre certaines formes de cancer. Ces espérances se sont évanouies depuis les deux dernières séances de la Société de chirurgie, dans lesquelles MM. Le Dentu, Richelot, Reclus, Bazy et Quénu ont formellement déclaré, après de consciencieux essais, n'avoir obtenu aucun résultat de la pyoctanine dans le traitement d'affections cancéreuses.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — M. GUÉNIOT.

Opération césarienne avec suites heureuses pour la mère et pour l'enfant.

(Observation présentée à la Société obstétricale et gynécologique de Paris).

Il y a bien peu d'années encore, le récit d'une opération césarienne causait toujours une certaine émotion. Mais, de nos jours, la répétition fréquente des succès en a beaucoup émoussé l'intérêt. Depuis que l'emploi des antiseptiques nous permet de conjurer la péritonite; que la suture uté-

rine nous rend, pour ainsi dire, maîtres de l'hémorrhagie ; que l'usage de l'alcool et des injections d'éther, combiné avec l'action de la morphine, nous fournit une arme contre le choc opératoire, les suites heureuses de la section césarienne sont, en effet, devenues chose assez commune.

En venant signaler un nouveau succès, je négligerai donc, à dessein, les détails sans importance, pour appuyer, au contraire, sur certains points qui me paraissent dignes d'être relevés.

Deux mots, d'abord, sur les conditions cliniques de la parturiente et sur les principales phases de sa guérison.

Il s'agit d'une primipare de vingt-trois ans, rachitique et d'une constitution très délicate. Son poids, avant le mariage, n'atteignait qu'une trentaine de kilogrammes.

Parvenue à huit mois et demi de grossesse, elle se présenta à la Maternité le 12 janvier 1891. Son bassin, très oblique en avant, était en même temps très rétréci et ne mesurait guère que 66 millimètres dans son diamètre promonto-pubien. Aussi, dès le lendemain, après les précautions antiseptiques d'usage, une ampoule Tarnier fut-elle portée dans la cavité utérine, afin de provoquer le travail. Mais les membranes se rompirent au même moment, et du liquide amniotique s'écoula en abondance. Il était alors onze heures du matin, le 13 janvier.

Les contractions utérines apparurent vers deux heures de l'après-midi et se continuèrent, avec assez de régularité, jusqu'à minuit. A cette même heure, l'ampoule tombée dans le vagin dut être retirée ; puis, on constata que la dilatation était d'environ 7 centimètres et que le fœtus se présentait par l'épaule. Deux tentatives de version furent faites alors, l'une par Mme Henry, sage-femme en chef, et l'autre par mon interne, M. Gauthier ; mais elles restèrent absolument infructueuses, malgré l'emploi du chloroforme.

Mandé sur ces entrefaites, j'arrivai près de la parturiente vers quatre heures du matin. Les contractions utérines avaient cessé et les bruits cardiaques du fœtus conservaient une parfaite netteté ; l'état général restait satisfaisant. Dans de telles conditions, jugeant que l'extraction par les voies naturelles serait, sinon impossible, du moins fort dangereuse pour la mère et certainement mortelle pour l'enfant, je préférai recourir à la section césarienne.

Il était six heures un quart du matin, le 14 janvier, quand je commençai l'incision abdominale. M. le docteur Potocki, chef de clinique de la Faculté, m'assistait comme aide principal ; tandis que M. Gauthier, mon interne, et Mme Henry me prêtaient, d'autre part, un utile concours. L'enfant — une fille de 2400 grammes — fut rapidement extrait, d'abord « étonné », puis très vite ranimé et bien portant. Les divers détails de l'opération furent, d'ailleurs, exécutés sans autre entrave qu'une alerte chloroformique (1) ; ils prirent fin exactement à sept heures. Par conséquent, trois quarts d'heure avaient suffi pour le tout : incisions, délivrance, lavages, sutures de la plaie utérine et de la plaie abdominale, pansement.

Quant aux suites, elles furent marquées, dans les deux premiers jours, par une grande prostration, sorte de choc opératoire et chloroformique ; et, pendant les douze jours suivants, par des alternatives de fièvre très légère (37°4) et de fièvre plus intense (38°9), dues à la formation d'un abcès de la paroi abdominale, au niveau même des sutures. Mais la réunion de la plaie n'en parut, à aucun moment, compromise. Du reste, il ne survint ni vomissement, ni douleur, ni tympanisme intestinal.

Enfin, le 12 février (trentième jour de l'opération), sauf une suppuration sans importance de la plaie abdominale, la guérison de la mère est complète. Dès le cinquième jour, l'absence de toute complication sérieuse permettait déjà de la considérer comme certaine. De son côté, l'enfant, allaité par une nourrice, est en bonne voie de développement.

Tel est, dans ses grandes lignes, le fait clinique dont je désirais entretenir la Société obstétricale. Permettez-moi, maintenant, de mettre en relief les particularités qui me semblent offrir le plus d'intérêt :

1° Que doit-on penser de l'écoulement préalable du liquide amniotique ? C'est là une question encore controversée. Pour ma part, je considère que cette déplétion partielle de l'utérus est chose favorable. L'organe se trouve ainsi moins exposé à défaillir au moment de l'extraction de l'enfant. On a vu, dans le cas précédent, que l'écoulement des eaux avait eu lieu dix-neuf heures avant l'opération, et qu'un travail de dilatation s'était continué pendant dix heures sans la présence du liquide. Il n'en restait absolument plus dans l'utérus quand mon incision atteignit l'œuf ; et cette circonstance me parut avantageuse plutôt que nuisible.

2° Afin de restreindre le plus possible la perte de sang, je m'appliquai, d'une part, à tracer bien exactement mon incision sur la ligne médiane de l'utérus, et, d'autre part, à limiter son étendue au strict nécessaire. Il y a longtemps déjà que j'ai appelé l'attention sur le bénéfice de cette pratique (1). La boutonnière utérine, dût-elle se montrer trop étroite pour le passage de l'enfant, que l'on en serait quitte pour l'agrandir rapidement d'un coup de ciseaux.

En fait, dans le cas présent, quoique j'aie rencontré le centre du placenta sous mon bistouri, la célérité que je mis à compléter l'incision, à extraire le délivre et à retirer l'enfant réduisit considérablement l'hémorrhagie. La section ayant porté sur la ligne médiane, aucune artère importante ne parut lésée. D'une autre part, la pression circulaire que M. Potocki exerça sur le pédicule utérin concourut très efficacement au même résultat.

Aussi, la quantité de sang perdu ne nous sembla pas excéder 5 à 6 grammes. C'est à ce moment, toutefois, que la patiente éprouva une sorte de défaillance (chloroformique ?). Mais sa respiration ne fut jamais profondément troublée.

3° Dans ce même travail de 1870, auquel je viens de faire allusion, j'ai beaucoup insisté sur les avantages qui résultent de l'expulsion graduelle de l'utérus à travers la plaie abdominale, à mesure que s'accomplit l'extraction du fœtus. Opérer hors du ventre, selon la formule que j'ai donnée à cette époque, me paraît toujours constituer une excellente condition de succès. Car, par cet artifice, on évite la souillure du péritoine ; on économise ainsi du temps et l'on peut, sans peine, en cas d'hémorrhagie, étreindre avec les mains le pédicule utérin, d'une manière plus efficace qu'avec un lien de caoutchouc.

En procédant comme il suit, on réalise d'ailleurs aisément cette sorte d'énucléation de la matrice.

(1) C'était la seconde fois, en moins de six heures, que la patiente se trouvait soumise à l'anesthésie.

(1) Guéniot. De l'opération césarienne à Paris et des modifications qu'elle comporte dans son exécution, *Bulletin général de thérapeutique* et broch. in-8°, Paris 1870.

A l'aide de ses deux mains étroitement appliquées sur les téguments, de chaque côté de la plaie, l'assistant exerce une pression d'avant en arrière et de dehors en dedans. Cette pression, bien conduite, a pour effet d'engager peu à peu le globe utérin à travers la boutonnière abdominale. A mesure que l'organe se vide, il s'infléchit en avant et, bientôt, il se trouve complètement expulsé de la cavité péritonéale, à la façon d'une tumeur enkystée que l'on énucléerait de son enveloppe.

M. Potocki, comprenant bien l'importance de cette manœuvre, l'exécuta très habilement et rendit ainsi la toilette de l'abdomen complètement inutile. Tout s'était passé au dehors; aucune parcelle de liquide n'avait pénétré dans le péritoine.

4° Éviter la souillure des viscères abdominaux, c'est, comme je viens de le dire, gagner du temps; et gagner du temps, c'est accroître les chances d'une heureuse issue.

La cavité péritonéale, en effet, reste moins exposée aux contacts étrangers; la durée de l'anesthésie et les doses de chloroforme se trouvent diminuées; la toilette intra-abdominale étant inutile, les frottements qu'elle nécessite sont, du même coup, supprimés; enfin, le choc opératoire devient nul ou moins accusé.

5° Pour suturer les plaies utérine et abdominale, j'employai une même sorte de fils de soie aseptique. Les points de suture furent, dans les deux cas, espacés d'environ 1 centimètre. Sur l'utérus, je passai les fils dans l'épaisseur même des lèvres de la section, sans pénétrer dans la cavité de l'organe; tandis que, sur la paroi abdominale, je pris soin de faire des sutures pénétrantes, c'est-à-dire intéressant le péritoine d'un côté à l'autre. Quelques points de suture superficielle furent ajoutés aux précédents, selon le besoin. Mais je ne pratiquai, sur l'utérus, aucune résection de tissu. Les lèvres de la plaie furent simplement affrontées et maintenues fermement au contact à l'aide de la suture.

6° Comme premier acte du pansement, une couche de collodion amalgamé d'iodoforme ayant été appliquée sur la plaie abdominale, il s'ensuivit une occlusion parfaite qui, peut-être, facilita la cicatrisation primitive. Mais quelques points ayant suppuré, cette obturation devint un obstacle à l'écoulement du pus, et même à la constatation de sa présence (1). Ce n'est que le quinzième jour, en enlevant les fils, que je m'aperçus de cet état de choses. Même alors, le collodion adhérait encore si fortement qu'il devint une entrave pour les derniers pansements. Aussi, dans une opération ultérieure, serais-je peu disposé à utiliser de nouveau cette substance.

7° Enfin, ainsi que je l'ai mentionné au cours de ma relation, la malade fut affectée, pendant les deux premiers jours, d'un collapsus profond. Le pouls était alors filiforme et d'une extrême fréquence, à 160 battements par minute, tandis que la température passait de 36°9 (jour de l'opération) à 37°4 les jours suivants. Cet état, qui d'abord semblait fort menaçant, me parut être la conséquence de causes multiples, à savoir : les fatigues d'un travail de dix heures, suivi de deux tentatives de version; l'anesthésie chloroformique provoquée deux fois à court intervalle; l'absence complète de sommeil pendant toute une nuit et la perte sanguine subie pendant l'opération; enfin, une constitution chétive offrant peu de résistance aux influences dépressives.

Heureusement, par un usage discret des alcooliques et de l'éther, joint à l'action de petites doses de morphine, l'état général se releva sans trop de lenteur. Un sommeil prolongé s'empara de la patiente et provoqua visiblement le retour des forces. Bientôt, tous les symptômes se dissipèrent et, dès le cinquième jour, on pouvait préjuger qu'une guérison définitive s'ensuivrait. On a vu, plus haut, que cette prévision s'est pleinement réalisée.

(1) Pourquoi cette suppuration partielle de la plaie, alors que du côté de l'abdomen tout se passa d'une manière si bénigne? L'opération ayant été faite devant une nombreuse assistance d'élèves, on peut supposer que les poussières de l'atmosphère ont été mises en mouvement plus que de raison. De là l'emprisonnement, par la suture et le collodion, de quelques microbes pyogènes qui auront produit leurs effets habituels.

OPHTHALMOLOGIE

Pronostic et traitement des tumeurs malignes intra-oculaires.

Par M. le docteur Félix Lagrange,
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux,
Correspondant national de la Société de chirurgie.

Les tumeurs malignes intra-oculaires doivent être divisées en trois groupes principaux : 1° le sarcome mélanique du tractus uvéal (iris, corps ciliaire, choroïde); 2° le sarcome blanc du même tractus; 3° le gliome de la rétine.

Ces trois variétés de tumeur représentent ce qu'on appelait autrefois, dans une terminologie trop vague, le cancer de l'œil; aujourd'hui l'histoire du cancer de l'œil est étudiée dans des articles distincts, mais la malignité de chacun de ces groupes n'a pas été, à notre avis, suffisamment différenciée et les règles de l'intervention chirurgicale qui conviennent aux uns et aux autres ne sont pas assez précises.

Le pronostic de ces variétés de cancer oculaire est un peu différent et leur traitement doit différer dans les mêmes proportions; c'est à légitimer ces deux propositions que sont consacrées les considérations suivantes.

I

Sarcome mélanique du tractus uvéal. — Cette tumeur est la plus maligne des tumeurs intra-oculaires. Sa gravité l'emporte de beaucoup sur celle du gliome rétinien, contrairement à ce que pensent et écrivent un très grand nombre d'auteurs. Cette malignité tient pour une certaine part à la nature du tissu qui sert de substratum à la tumeur, mais surtout à la présence de la mélanose dont l'action nocive, le caractère infectieux sont prépondérants.

Fuchs (de Vienne), qui a écrit sur le sarcome du tractus uvéal un mémorable travail, a cité 13 cas de sarcome mélanique dans l'iris, 20 cas dans le corps ciliaire et 195 dans la choroïde. Dans l'iris, 10 cas ont été suivis et 6 d'entre eux opérés avec succès, 1 par l'iridectomie, 5 par l'énucléation. Onze cas de sarcome noir du corps ciliaire ont été traités par l'énucléation, six fois seulement avec succès. Les autres faits n'ont pas été suivis ou se sont terminés fatalement.

Nous connaissons le pronostic de 115 faits sur les 195 tumeurs mélaniques de la choroïde. Ces faits sont les plus intéressants par leur nombre et leur gravité : 75 d'entre eux se sont terminés par la mort et 15 guérisons n'ont été suivies que six mois.

Parmi les 75 cas mortels, nous remarquons que 37 fois il y a eu récidive locale, dans l'orbite. A ces nombreux faits

(1) Fuchs. *Das Sarcom des Uvealtractus*, Wienn 1882.

de reproduction sur place du néoplasme, nous pourrions en ajouter d'autres recueillis à la clinique ophthalmologique de la Faculté de Bordeaux, mais ces chiffres tirés du travail classique de Fuchs suffisent à montrer l'énorme fréquence des récidives locales après l'intervention chirurgicale pour le sarcome mélanique choroïdien.

Pourquoi cette statistique désespérante alors que les carcinomes du sein, de la langue même, sont dans des proportions plus grandes extirpés radicalement. Le carcinome de la langue est, de l'avis de tous les chirurgiens, celui qui récidive avec le plus de facilité, cependant les résultats thérapeutiques sont supérieurs à ceux qu'obtiennent les ophthalmologistes dans le sarcome mélanique de la choroïde. La statistique que Bœckel (1) a présentée, en 1888, au Congrès de chirurgie, en est une preuve. Sur 10 extirpations de la langue pour cancer, cet auteur signale 2 morts immédiates par septicémie, 2 récidives au bout de trois et six mois; six malades sont restés guéris deux, trois ans et plus. Le même auteur, sur 27 cas suivis de carcinome du sein, en a constaté 17 sans récidive.

Pourquoi cette différence dans les résultats? Parce que la thérapeutique des tumeurs malignes est, d'une façon générale et dans l'ensemble, plus rationnellement faite par les chirurgiens qui font de la chirurgie générale que par ceux d'entre nous qui s'occupent de la chirurgie spéciale de l'œil.

Comment le sarcome mélanique de la choroïde infecte-t-il l'organisme?

Cette infection a évidemment lieu de deux façons: 1° par la propagation immédiate de proche en proche; 2° par le transport à distance par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques et surtout des vaisseaux sanguins. Avec le premier processus, on explique la récidive locale, avec le second, la récidive générale. L'analyse complète de tous les faits publiés par Fuchs et les auteurs plus récents m'a démontré que l'une et l'autre formes de récidive sont également fréquentes.

Nous ne pouvons rien contre l'infection générale, mais nous pouvons beaucoup sur la récidive locale en intervenant plus largement, en dépassant plus complètement les limites du mal.

Les histologistes qui ont étudié les sarcomes de la choroïde savent que, même quand la tumeur est limitée à la coque de l'œil, dès la seconde période, elle se propage facilement le long des vaisseaux choroïdiens qui traversent la sclérotique pour se jeter dans la veine ophthalmique. Dans un examen histologique que j'ai fait pour M. le professeur Badal, j'ai bien constaté cette disposition signalée, d'ailleurs, par beaucoup d'auteurs. Les cellules qui émigrent ainsi le long de la gaine des vaisseaux et envahissent de bonne heure l'orbite, sont l'origine des récidives locales et en expliquent la fréquence après la simple énucléation du globe. Elles apportent avec elles, dans leur protoplasma, l'élément infectieux, la mélanine puisée dans la choroïde malade.

Ce n'est donc pas par une simple énucléation que le chirurgien doit traiter les sarcomes mélaniques intra-oculaires. Peut-être, lorsque ces néoplasmes en sont à leur première période, ce moyen peut-il suffire; mais il convient de remarquer que bien rarement la tumeur est diagnostiquée tout à fait à son début; d'habitude les malades se présentent à notre examen avec une tumeur qui a complètement supprimé la version et remplit la coque oculaire. Encore, à ce moment, il est trop souvent difficile de faire comprendre au patient la gravité du mal et d'en arriver à l'intervention. C'est seulement avec l'apparition du mal qu'elle peut être pratiquée.

A cette époque, à la deuxième période, à plus forte raison à la troisième, déjà peut-être à la première, l'infection locale de l'orbite est accomplie : la sclérotique est encore intacte, mais les cellules morbides ont commencé leur émigration en suivant la gaine des vaisseaux et, pour se mettre à l'abri de la récidive locale, il faut les comprendre le plus largement possible dans l'extirpation et pratiquer l'évidement de l'orbite.

Je comparerai ce sacrifice nécessaire à la pratique du chirurgien qui ne manque pas d'évider le creux de l'aisselle pour les carcinomes du sein, en apparence les plus circonscrits, qui ne craint pas d'extirper le plancher buccal avec ses ganglions dans la thérapeutique du cancer de la langue.

L'évidement de l'orbite est donc beaucoup trop rarement pratiqué. Il devrait être la règle dans les sarcomes mélaniques de l'œil et l'énucléation simple, l'exception. Il suffit de parcourir les publications spéciales modernes pour se convaincre que le contraire a lieu. Tout dernièrement même, quelques oculistes n'ont pas craint de proposer l'*ablation partielle* du globe oculaire pour les sarcomes mélaniques, espérant ainsi extirper le mal en conservant au globe de l'œil sa forme générale. Il serait difficile de conseiller une pratique plus contraire aux lois les mieux établies de la pathologie. Les sarcomes mélaniques de la première période seule, quand on aura la bonne fortune de les reconnaître à cette période, doivent être traités au moins par l'énucléation, tous les autres par le curage complet de la cavité orbitaire.

(1) J. Bœckel (de Strasbourg). Récidive des néoplasmes opérés, *Congrès français de chirurgie*, 1888, p. 270.

THÉRAPEUTIQUE

Prophylaxie de la rage. — Depuis deux années, les chiens ont été, à Londres, rigoureusement soumis au régime de la muselière.

Avant l'application de ce régime, le nombre des cas de rage s'élevait à une moyenne de 400 par an. En 1889, les chiens n'ont pu sortir que muselés, le nombre des cas de rage est tombé à 120.

En 1890, les cas de rage sont allés en diminuant, ainsi que le prouvent les chiffres suivants :

Premier trimestre.	15 cas.
Deuxième trimestre.	13 —
Troisième trimestre.	8 —
Quatrième trimestre.	0 —

En deux ans, on a donc supprimé la rage à Londres.

Traitement de l'orgeolet. — Le docteur Trousseau conseille, dans le *Bulletin médical*, le traitement suivant, comme le plus efficace contre l'orgeolet.

Pendant la période inflammatoire et jusqu'au moment de l'ouverture, méthode antiphlogistique.

Le jour, on fera mettre sur l'œil des compresses chaudes trempées dans la solution suivante :

Eau	350 grammes.
Acide borique	12 —

Décoller les paupières et lavage rapide du bord ciliaire avec tampon imbibé de cette même solution.

La nuit, cataplasmes de fécule de pommes de terre préparés à l'eau boriquée.

A la période de maturité, dès que le centre de l'orgeolet grossit, inciser avec une lancette ou au galvanocautère; lavage avec la solution suivante :

Eau distillée.	200 grammes.
Sublimé	1 centigr.

Lotions contre le prurit de l'eczéma. — Le prurit constitue un des symptômes les plus désagréables et les plus pénibles de l'eczéma. Contre lui viennent souvent échouer les traitements les mieux conduits. Le docteur Shœmaker recommande de faire sur les parties atteintes des applications d'une mixture composée de parties égales d'eau de chaux et de glycérine. Ces applications doivent être fréquemment renouvelées. Si le prurit persiste, il est bon d'ajouter au mélange quelques gouttes de solution alcoolique de créosote, ou un peu de carbonate de zinc à la dose de 5 p. 100. Cette préparation serait l'une des meilleures connues.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mai 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. Poirier, qui se porte candidat dans la section d'anatomie et de physiologie;

3° Une lettre de M. Julliard (de Genève), qui sollicite le titre de membre correspondant étranger;

3° Un pli cacheté déposé par M. Lannelongue sur une méthode de transformation prompte des fongosités tuberculeuses (accepté).

COMMUNICATION

Rein calculeux contenant des gaz. — M. LE DENTU présente un rein calculeux qu'il a extrait le matin même et qui présente ceci de particulier qu'il contient des gaz. M. Le Dentu rappelle, à ce sujet, qu'il n'a été publié qu'un seul cas de ce genre. Il s'agissait d'un enfant de huit ans atteint d'une tumeur rénale, que M. Marchand ponctionna une première fois. La tumeur s'étant reproduite, M. Lannelongue fit à son tour une nouvelle ponction qui donna issue à des gaz. Ces gaz furent analysés et on reconnut que, sur 16 centimètres cubes, il y avait 8 centimètres cubes d'oxygène, 7 centimètres cubes d'azote et 1 centimètre cube d'acide carbonique.

Cet enfant succomba à des accidents cérébraux, et l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une dilatation kystique du rein, dont les gaz avaient été extraits; le rein, en effet, ne communiquait en aucun point avec l'intestin. Ces gaz ne pouvaient provenir d'une décomposition putride; on n'y trouva pas trace d'hydrogène sulfuré; ces gaz étaient ceux du sang.

M. Le Dentu n'a pas encore le résultat de l'analyse des gaz contenus dans le rein qu'il présente; mais il pense qu'il en sera de même, dans ce cas, que dans celui de M. Lannelongue. Il resterait à déterminer dans quelles conditions les gaz du sang, entraînés par l'urine, peuvent s'en séparer. M. Le Dentu pense qu'on peut rapprocher ces faits de ceux où il se fait une exhalation gazeuse dans la vessie.

M. GUYON fait observer que le rein présenté par M. Le Dentu peut être comparé à la vessie, puisque, comme elle, il constitue un réservoir dans lequel des gaz peuvent se produire indépendamment de toute communication avec l'extérieur. Or, il résulte des recherches de M. Guiard, un des élèves de M. Guyon, que, dans tous les cas où l'urine contient des gaz, on y trouve du pus et du sucre.

M. LE DENTU croit cette loi trop absolue. Il a vu un cas, en effet, où une urine dans laquelle se trouvaient des gaz était à peine trouble et ne contenait ni sucre ni pus.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DÉPOPULATION

Après une discussion à laquelle prennent part **MM. BERGERON, DUJARDIN-BEAUMETZ, LE FORT, BROUARDEL, GUÉNIOT,** l'Académie émet les vœux suivants :

1° Que dans chaque département il soit établi au moins un asile destiné à recevoir les femmes pendant les derniers mois de leur grossesse; que toute femme, si elle le désire, puisse y être reçue dans des conditions qui assurent le secret absolu sur son entrée et son séjour dans cet établissement et sur son rétablissement; qu'il soit interdit de faire une enquête administrative sur le domicile et l'identité de toutes les femmes enceintes ou en couches qui sont hospitalisées; que des tours soient établis dans tous les départements, et que, dans le même local, soient réunis un tour et un bureau ouvert; que des secours soient accordés aux femmes ne pouvant, faute de ressources suffisantes, élever leur enfant;

2° Que la loi du 23 décembre 1874, sur la protection des enfants du premier âge, soit revisée dans quelques-unes de ses dispositions, et notamment dans celle qui a trait à l'élevage mercenaire. Il ne faut pas désormais qu'il échappe à la surveillance sous le couvert des parents. Il faut qu'une statistique irréprochable permette de mesurer exactement les effets de la loi: que l'inspection médicale soit organisée partout, et que la loi soit obligatoire pour tous les départements;

3° Que la vaccination et la revaccination soient rendues obligatoires par une loi;

4° En attendant que cette loi d'intérêt national ait été adoptée par le Parlement, l'Académie émet le vœu que la vaccination et la revaccination soient encouragées et facilitées par tous les moyens possibles, en tout temps, et notamment toutes les fois que la nécessité d'y avoir recours aura été signalée aux pouvoirs municipaux par les conseils d'hygiène ou les médecins des épidémies, mais surtout lorsque apparaît une menace d'épidémie de variole, parce que, contrairement au préjugé populaire, la vaccination et la revaccination sont le plus sûr moyen d'en arrêter les progrès;

5° Que les enfants soient tous vaccinés et revaccinés dans les écoles, comme les soldats de l'armée de terre et de mer;

6° Que l'isolement des varioleux, surtout dans les établissements hospitaliers, soit imposé par des mesures législatives;

7° Qu'un service régulier de vaccination, fonctionnant dans toute l'étendue du territoire, soit organisé de telle façon que chacun puisse se faire vacciner ou revacciner à jour fixe, sans notable déplacement et sans frais;

8° Que les municipalités et, à leur défaut, les préfets soient armés de pouvoirs suffisants pour assurer la salubrité publique, dans toutes les agglomérations, et pour faire distribuer partout de l'eau potable exempte de toute souillure.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mai 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

La pyoctanine. — M. QUÉNU, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Le Dentu, fait connaître les résultats qu'il a obtenus de l'emploi de cette substance dans le traitement des lésions tuberculeuses et des lésions cancéreuses. Il a eu recours aux injections de pyoctanine dans deux cas de lésions tuberculeuses; dans le premier il n'a obtenu aucun résultat; dans le second cas, il s'est produit une amélioration évidente; il s'agissait d'ulcérations ganglionnaires tuberculeuses. Quant aux lésions cancéreuses, il n'a obtenu aucun résultat. Il a même pu constater, à l'autopsie d'un malade qui a succombé à un lympho-sarcome de la cuisse, que les injections de pyoctanine

avaient bien déterminé le ramollissement du centre de la tumeur mais qu'elles n'avaient jamais dépassé la coque de la tumeur, et il n'a trouvé aucune trace de la matière colorante dans les vaisseaux lymphatiques voisins.

Pronostic et traitement des tumeurs malignes intra-oculaires. — M. LAGRANGE (de Bordeaux) lit un travail sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 503.)

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense que c'est à la nature spéciale du sarcome mélanique de l'œil qu'est due la rapidité avec laquelle il récidive et se généralise, quelque large et quelque précoce qu'ait été l'ablation. Il est même à remarquer que plus tôt on intervient et plus la récidive se fait rapidement; si bien que M. Lucas-Championnière en est arrivé à considérer ces tumeurs comme de véritables « noli me tangere », et qu'il ne les opère que contraint et forcé. Il insiste sur ce fait qu'on voit parfois de ces sarcomes mélaniques présenter une marche assez lente puis, aussitôt opérés, récidiver ou se généraliser avec une effroyable rapidité. Il semble que, dans ces cas, l'opération n'ait servi qu'à donner un coup de fouet à la maladie pour en hâter la marche. Il faut bien le reconnaître : l'intervention, dans les cas de ce genre, donne généralement des résultats déplorables, et l'opinion exprimée par M. Lagrange, sur la nécessité des opérations larges, est plus théorique qu'elle ne s'appuie sur des faits.

M. BERGER trouve trop absolue la manière de voir de M. Lucas-Championnière et fait observer qu'il y a des tumeurs mélaniques opérées qui ne récidivent pas de longtemps. Il cite l'exemple d'un malade qu'il a opéré en 1883, à la Charité. Cet homme a d'abord été amputé du pouce, puis de l'avant-bras; une seconde récidive s'étant faite sur la cicatrice avec des ganglions épitrochléens, M. Berger pratiqua la désarticulation de l'épaule et il a revu ce malade près de deux ans après cette troisième opération. Il est donc incontestable que les diverses interventions qui ont été faites chez ce malade lui ont procuré une notable survie.

M. DELENS estime également qu'il y a des tumeurs mélaniques de la région oculaire qui sont susceptibles de ne pas récidiver avec la rapidité dont a parlé M. Lucas-Championnière. Il cite l'exemple d'un malade auquel il a enlevé, il y a quinze mois, un sarcome mélanique de la conjonctive et qui est encore actuellement sans récidive.

M. LAGRANGE fait observer que les tumeurs mélaniques ne présentent pas toujours un pronostic aussi grave que l'a dit M. Lucas-Championnière. Il y a des exemples de guérisons. Dans le mémoire de Fuchs sur ce sujet, sur 195 cas de mélanose de l'œil, on relève 15 guérisons. M. Lagrange ajoute qu'il a pu constater lui-même la présence de cellules mélaniques sur les parties restantes de l'œil après une simple énucléation. Il est donc logique d'admettre que ces malades auraient eu plus de chances de guérir si l'intervention avait été plus large. En résumé, il est hors de doute, ainsi que l'a dit justement M. Lucas-Championnière, que nous sommes désarmés contre les cas de récidives générales ou de généralisation rapide de cette variété de cancers. Mais nous pouvons lutter avec quelque avantage contre les récidives locales pures.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait remarquer que le cas cité par M. Berger confirme l'opinion qu'il a émise, puisque chez ce malade il y a eu récidive après chaque opération. Si, comme il y a tout lieu de le supposer, le cancer mélanique de l'œil présente la même gravité que dans les autres régions, il faut reconnaître l'extraordinaire gravité des récidives. M. Lucas-Championnière n'a jamais opéré ces tumeurs que la main forcée. Il admet que, du moment qu'on opère, on le fasse de son mieux et le plus largement possible, mais il croit qu'il faut admettre aussi qu'il s'agit là d'une affection qui ne pardonne guère, quoi qu'on fasse.

M. TILLAUX croit que M. Lucas-Championnière exagère la gravité du cancer mélanique. Il y a des cas dans lesquels on obtient des résultats relativement satisfaisants. Il y a vingt ans, M. Tillaux a opéré un habitant de Nevers, qui était atteint d'un cancer mélanique de l'œil, qui souffrait cruellement et qui avait le vif désir de vivre encore quelques années pour assurer l'avenir de ses enfants. Il a fait un curage complet de l'orbite. La récidive n'est survenue qu'un an après. M. Tillaux a fait une seconde opération et ce malade a vécu plus de trois années, pendant lesquelles il a pu travailler. Chez un autre malade atteint d'un cancer mélanique diffus de la conjonctive, M. Tillaux a vidé l'œil, enlevé la conjonctive et les paupières. Il n'a consenti à l'opération que pour amener quelque soulagement à ce malade qui souffrait atrocement. Voilà plus d'un an que ce malade vit encore et sans récidive.

Quant au cancer mélanique des autres régions que l'œil, il est rarement suivi de récidive locale; c'est plutôt une récidive dans les ganglions qu'on observe. M. Tillaux cite plusieurs exemples de cancers mélaniques du pied ou de la main suivis, après opération, de récidives dans les ganglions de l'aine ou de l'aisselle. En résumé, M. Tillaux n'est pas disposé à faire exception pour le cancer mélanique, à croire qu'il faille s'abstenir d'intervenir et à en faire un « noli me tangere ».

M. KIRMISSON a opéré, il y a deux ans, à l'Hôtel-Dieu, une jeune femme qui était atteinte d'un cancer mélanique de l'aine. Elle était pâle, anémiée et mourante. Or, cette femme vit encore et ne présente qu'une petite récidive à la queue de la cicatrice.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE admet qu'il peut y avoir quelques cas moins mauvais, tels que ceux observés par MM. Tillaux et Kirmisson, mais il persiste à considérer, d'une façon générale, le cancer mélanique comme un cancer redoutable, sujet à de promptes récidives, à de rapides généralisations et pour lequel on ne doit intervenir que dans le but d'apporter quelques soulagements aux atroces douleurs qu'il occasionne.

M. LAGNEAU dit que, si l'on est d'accord sur l'utilité de l'opération, il faut bien spécifier que cette opération doit être aussi large que possible et que, pour ce qui concerne l'œil, l'énucléation seule ne suffit pas.

Statistique. — M. TERRIER fait connaître la statistique des opérations qui ont été pratiquées dans son service pendant l'année 1890. Sur 564 opérations, il y a eu 518 guérisons et 46 décès. Il résulte de l'examen des observations recueillies dans le service de M. Terrier, qu'il n'y a eu que 1,80 p. 100 d'accidents septiques mortels d'origine opératoire.

PRÉSENTATIONS

Hernie inguinale congénitale étranglée. — M. TUFFIER présente un enfant qu'il a opéré à l'âge de dix jours d'une hernie inguinale étranglée. Il trouva dans le sac le cæcum, une partie de l'intestin grêle, l'appendice iléo-cæcal et le testicule. L'enfant, aujourd'hui âgé de cinq semaines, est parfaitement guéri.

Entérotome. — M. CHAPUT présente un entérotome de son invention.

La séance est levée.

— Par décision ministérielle, en date du 29 avril 1891, M. J. Fabre est nommé chirurgien-dentiste de l'École de médecine vétérinaire d'Alfort.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bories (de Nanterre), Cazin (de Berck-sur-Mer), Rochette (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU. De la conduite à tenir dans les cas de plaies de l'abdomen par coups de couteau. — OPHTHALMOLOGIE. Pronostic et traitement des tumeurs malignes intra-oculaires. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 11 mai 1891.

La Société médicale des hôpitaux, qui depuis plusieurs mois a consacré un grand nombre de ses séances à l'étude des réformes à apporter dans l'enseignement clinique des hôpitaux, vient de formuler ses vœux ainsi qu'il suit :

1° Création, dans certains hôpitaux, de laboratoires affectés aux recherches bactériologiques, chimiques, anatomo-pathologiques, etc., que comporte la clinique;

2° Augmentation du nombre des médecins du Bureau central. Cette augmentation comporterait la création de douze nouvelles places. Elle permettrait aux médecins titulaires de services de se faire suppléer plus facilement pendant les vacances par des médecins du Bureau central. En outre, les médecins du Bureau central pourraient, quand les médecins titulaires le demanderaient, leur prêter leur concours pour la consultation externe ;

3° S'entendre avec la Faculté de médecine pour la création de seize chaires supplémentaires de clinique, à mettre à la charge de l'État. Le titre à donner aux seize professeurs supplémentaires serait arrêté par le ministre de l'Instruction publique;

4° Organiser dans les hôpitaux un enseignement des spécialités. Cet enseignement serait payé par les élèves qui le suivraient.

Ajoutons que la Société des chirurgiens des hôpitaux vient d'être officiellement saisie de la question et qu'elle se réunit mercredi prochain pour donner son avis.

Nos lecteurs ont été tenus au courant de toutes ces réformes ou plutôt de toutes ces tentatives de réformes. Nous avons déjà démontré ici la nécessité de ces laboratoires de recherches, installés dans certains hôpitaux. Grâce à ces laboratoires centraux, à la tête desquels se trouveraient des chefs de compétence reconnue, bien des faits, jusqu'ici inutilisés, ne seraient plus perdus et pourraient servir pour le plus grand bien de la science médicale.

L'augmentation du nombre des médecins du Bureau central s'impose aussi depuis longtemps. Il y a actuellement environ 120 médecins titulaires, pourvus de services actifs, dans les hôpitaux; pour faire les suppléances, il n'y a que 20 ou 22 médecins du Bureau central; c'est-à-dire 1 suppléant pour 6 titulaires. Ce qui fait concevoir combien, pendant les vacances, le service doit souvent laisser à désirer.

Les chirurgiens titulaires sont seulement au nombre de 42. Ils ont, pour les suppléer, 15 chirurgiens du Bureau central, nombre qui nous paraît bien suffisant, pour peu que l'Assistance publique tienne la main au règlement et n'accorde pas un congé à tous les chirurgiens à la fois. Nous n'avons pas sous les yeux le relevé de présence des chirurgiens titulaires pendant les vacances, mais il nous semble qu'il serait facile de limiter à 30, sur 42, le nombre des chirurgiens absents à cette époque de l'année. Il en résulterait que, pendant ce temps, les chirurgiens du Bureau central n'auraient jamais à assurer plus de deux services à la fois. Mais pour cela, il faut aussi (ce qui s'est fait) ne pas accorder de congé à certains des chirurgiens du Bureau central, sous prétexte que pendant l'année ils ont suppléé un chirurgien titulaire et qu'ils ont droit aux vacances comme ces derniers.

En un mot, avec un peu de bonne administration, ce qui ne nous paraît pas difficile, le service des vacances peut être assuré en chirurgie; il le serait plus difficilement en médecine, étant donné la grande disproportion numérique qui existe entre les titulaires et les suppléants. Nous approuvons donc le deuxième vœu émis par la Société des médecins des hôpitaux.

Le dernier paragraphe nous paraît également devoir être adopté; nous avons maintes fois bataillé, dans ce journal, pour montrer combien il était regrettable de négliger ainsi l'enseignement de certaines branches de l'art médical. Les hôpitaux possèdent tout ce qui est nécessaire pour combler ces lacunes profondes de notre enseignement; rien de plus juste et de plus désirable que de voir mettre en œuvre ces matériaux jusqu'ici délaissés.

Mais, nous ne saurions approuver la troisième proposition de la Société médicale des hôpitaux. Cette association hybride de la Faculté d'État et de l'Assistance publique ne nous dit rien qui vaille. Les médecins des hôpitaux sacrifient 104 de leurs membres au bénéfice de 16 d'entre eux. Peut-être, après tout, que chacun d'eux pense en lui-même faire partie de cette nouvelle corporation des « Seize », et l'ambition personnelle, qui sommeille au fond de chacun de nous, n'a-t-elle pas été étrangère au vote de la Société.

C'est créer, parmi les médecins des hôpitaux, deux classes dissemblables; c'est ruiner à jamais l'enseignement clinique libre qui a été l'origine de la renommée de bien de

nos maîtres, et non des moins illustres. Nous comprenons que la Faculté mette tout en œuvre pour obtenir cette monopolisation absolue des élèves, mais nous ne voyons vraiment pas pourquoi la Société médicale des hôpitaux lui prête son appui en cette circonstance, se dépouille si bénévolement en sa faveur et renonce à jamais à un enseignement qui a fait la gloire de nos hôpitaux. Car, il ne faut pas s'illusionner, lorsque les étudiants seront embrigadés depuis leur première année jusqu'à leur thèse dans des services commandés et obligatoirement imposés, c'en sera fait de l'enseignement clinique dans les services libres. C'est pourquoi, nous qui, depuis plus de soixante ans, avons toujours pris en main les intérêts de nos hôpitaux, nous n'avons pu laisser passer une pareille abdication, sans signaler le danger et protester de toutes nos forces.

Que fera demain la Société des chirurgiens? Nous ne saurions le prévoir. Quoique, à vrai dire, nous redoutions qu'elle aussi, guidée par les mêmes espérances secrètes de chacun de ses membres, ne se mette également sous le contrôle et sous la direction de la Faculté. Sur 42 chirurgiens titulaires, 7 seulement ne sont pas professeurs agrégés. C'est dire que la majorité des membres de la Société tient de près ou de loin à la Faculté, et que, pour ne pas compromettre l'espoir d'une nomination éventuelle au professorat, pour ne pas contrarier certaines amitiés, pour quelques-uns peut-être, par esprit de soumission, le vote des chirurgiens ressemblera, nous le craignons, à celui des médecins des hôpitaux. Nous ne pourrons que le déplorer sincèrement.

HOTEL-DIEU. — M. Ricard.

De la conduite à tenir dans les cas de plaies de l'abdomen par coups de couteau.

La Société de chirurgie vient de discuter, dans l'une de ses dernières séances (1), la question tant de fois débattue de l'intervention chirurgicale dans les plaies de l'abdomen. Malgré le nombre des discussions qui ont déjà eu lieu sur ce sujet, malgré la valeur des chirurgiens qui y ont pris part, la question ne s'est guère éclaircie depuis ces dernières années. C'est qu'en effet, maintenant comme autrefois, les chirurgiens se divisent en trois camps. Les uns, confiants dans l'innocuité de l'acte chirurgical, inquiets des dégâts qu'a pu occasionner la plaie abdominale, posent en principe qu'en présence d'une plaie de l'abdomen par coup de couteau, on doit partout et toujours pratiquer la laparotomie, c'est-à-dire l'ouverture du ventre, pour constater *de visu* l'état des viscères abdominaux et porter immédiatement remède aux lésions qui pourraient se rencontrer. Pour ceux-là, pas d'hésitation possible, l'intervention chirurgicale est une règle qui s'impose et ne doit même plus se discuter.

En opposition avec ces interventionnistes, se placent d'autres chirurgiens qui, mettant en balance les dangers d'une laparotomie, fût-elle simplement exploratrice, et l'innocuité constatée d'un certain nombre de plaies abdominales, préfèrent s'abstenir et rejettent d'emblée toute intervention.

Vous pensez bien que chacune de ces opinions, si diamétralement opposées, est soutenue par des arguments que, de part et d'autre, on considère comme irréfutables. Les abstentionnistes légitiment leur manière de voir en disant que bien souvent les coups de couteau qui pénètrent dans l'abdomen ne lèsent aucun organe important : la mobilité des anses intestinales ayant permis à l'intestin de se dérober et de fuir l'instrument vulnérant. Dans ces cas, disent-ils, la laparotomie est absolument inutile et ne saurait être que nuisible, en exposant le malade à de nouveaux dangers, minimes peut-être, mais cependant réels. Enfin, alors même que les viscères ont été blessés, nombre d'observations démontrent que la guérison spontanée s'en est suivie, et il faudrait prouver que, dans ces conditions, la laparotomie, avec les recherches minutieuses alors indispensables, avec les sutures intestinales devenues nécessaires, avec les manœuvres longues et pénibles que nécessitera la cure des lésions viscérales, il faudrait prouver, disent-ils encore, que les guérisons qui suivent ces tentatives thérapeutiques sont plus nombreuses que par la simple abstention. Or, les abstentionnistes soutiennent que l'intervention chirurgicale, dans ces cas, s'accompagne d'une mortalité supérieure à celle que donne le traitement par la diète, l'opium et la compression abdominale.

A cela, les interventionnistes répondent qu'une laparotomie, bien et proprement faite, n'aggrave pas le pronostic de la blessure, s'il n'y a aucune lésion viscérale, et si l'intervention est purement exploratrice. Mais si, au cours de cette exploration, le chirurgien découvre une blessure sur l'intestin, la vessie, la vésicule biliaire, etc., cette laparotomie devient curatrice et permet de guérir des lésions dont la gravité, quoi qu'on en puisse dire, est des plus grandes. Si la statistique des laparotomies pour blessures abdominales est encore si chargée d'insuccès, c'est que ces interventions ont été, jusqu'ici, trop tardivement pratiquées et réservées aux cas désespérés. En intervenant immédiatement après le traumatisme, on sauvera bien des malades qui, sans l'acte chirurgical, eussent été condamnés à mourir, et l'on ne compromettra en rien la vie de ceux qui devaient guérir.

Il y a donc, on le voit, deux camps bien tranchés parmi nos chirurgiens. Intervenez toujours, disent les uns; n'intervenez jamais, répondent les autres.

Avec de pareilles doctrines, publiquement professées, le médecin doit, dans sa pratique, se trouver singulièrement embarrassé dans la conduite qu'il doit tenir. Heureusement qu'entre ces deux opinions intransigeantes peut se glisser une manière de voir plus accommodante et accordant l'intervention dans quelques cas et la refusant dans d'autres. A notre avis, l'abstention ou l'intervention sont, dans les plaies abdominales, comme ailleurs, affaire d'indications et d'opportunité. Inutile de dire que cette opinion intermédiaire est vivement combattue par les deux camps ennemis et qu'elle ne les satisfait ni l'un ni l'autre. Toutefois, c'est à cette manière de faire qu'il convient de se rallier dans la pratique, et nous prétendons qu'il y a des plaies abdominales où il ne faut pas intervenir, et qu'il en est d'autres où l'on doit intervenir.

Il convient donc de chercher ce qui pourra guider notre conduite et étayer notre décision.

Si le blessé se présente à nous, sans autre signe que sa plaie de la paroi abdominale, sans que *rien*, ni localement, ni dans son état général, ne puisse nous faire prévoir que la blessure a lésé un viscère abdominal, nous nous compor-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 487.

tons comme en face de toute plaie simple des parties molles, c'est-à-dire que nous en pratiquons soigneusement la désinfection et l'occlusion; les indications de la suture et du drainage restant les mêmes que pour toute autre plaie. Mais, nous insistons bien sur ce point, il faut qu'aucun signe ne puisse faire soupçonner la possibilité d'une lésion interne, et que le blessé se trouve dans les conditions absolues d'un homme bien portant.

Deux faits que nous venons d'observer ce mois-ci, à quelques jours d'intervalle, nous confirment dans cette manière de voir. Le premier de ces faits a été observé dans le courant du mois dernier, à l'hôpital Saint-Antoine. Le voici en quelques mots : « Pendant la nuit du 15 au 16 avril, un homme de vingt-huit ans reçut un coup de couteau dans la partie droite de la région sous-ombilicale. On transporta notre blessé à l'hôpital, et mon interne, M. Dufournier, pratiqua le lavage soigné de la paroi abdominale, toucha la plaie avec du sublimé et en pratiqua l'occlusion à l'aide de deux points de suture, comprenant la peau et le plan musculaire. La plaie avait environ 3 centimètres d'étendue et, entre ses lèvres écartées, on pouvait apercevoir une anse intestinale, se présentant à l'orifice péritonéal de la blessure. Cette anse était d'ailleurs absolument saine; aucune issue de liquide, aucun écoulement sanguin ne se constatait au niveau de la plaie. Les sutures furent protégées par une légère couche d'ouate collodionnée et l'abdomen fut immobilisé par une large compression ouatée. Le malade fut mis à la diète pendant vingt-quatre heures; le deuxième jour, il prit quelques cuillerées de lait, l'état général se maintenant parfait; le quatrième jour, on donna une légère alimentation, et le dixième jour le malade quittait l'hôpital, sans avoir jamais présenté aucun phénomène morbide. »

Le second fait est celui de ce malade actuellement encore dans nos salles, et qui est couché au n° 10 de la salle Saint-Landry. Son histoire est la reproduction à peu près fidèle de l'observation précédente. Il s'agit également d'un homme de vingt-sept à vingt-huit ans, qui reçut, dans la partie latérale du tronc, un coup de couteau qui perfora l'un des derniers espaces intercostaux du côté gauche. Par la plaie, longue de 2 à 3 centimètres, faisait issue une petite masse épiploïque, qui fut attirée au dehors, lavée, liée et réséquée. La plaie fut recouverte d'un petit carré de gaze iodoformée, maintenue par du collodion, un large bandage de corps recouvrit le tout. Bien que la cavité pleurale eût été ouverte, comme le démontrait le siège de la blessure, le poumon ne fut pas atteint. Notre blessé était dans les conditions d'un homme absolument bien portant. Aucun traitement spécial ne lui fut ordonné, sauf la diète pendant les premiers jours, et aujourd'hui, neuvième jour, le malade va quitter notre service, guéri de sa plaie pénétrante de l'abdomen, sans avoir été malade un seul instant.

Chez l'un comme chez l'autre de nos blessés la plaie était bien pénétrante, c'est-à-dire que la lame du couteau avait bien pénétré dans la cavité abdominale, puisque, dans le premier cas, l'intestin s'était présenté à la partie profonde de la plaie et que, dans le second, l'épiploon faisait issue au dehors. Dans les deux cas, les blessés ne présentaient aucun signe local, et avaient un état général excellent. Le lavage de la plaie et l'occlusion ont été pratiqués, nos deux malades sont guéris sans que l'ombre d'un incident se soit jamais manifesté. Aurions-nous obtenu mieux par une intervention chirurgicale?

Si l'abstention est la règle dans les cas ci-dessus, l'intervention devient indiquée dès qu'il se manifeste du côté de la plaie, du côté de l'abdomen, ou dans l'état général du sujet, un symptôme quelconque qui peut faire croire à la blessure d'un viscère.

Ces signes sont nombreux, quoi qu'on dise, et en dehors des cas où *de visu* l'on peut constater la lésion, souvent le chirurgien arrivera à un diagnostic certain s'il a pu reconnaître l'issue de gaz par la plaie cutanée ou l'écoulement de matières fécales, de bile, d'urine ou bien encore un écoulement hémorrhagique abondant ou continu. Rarement il aura besoin d'attendre l'apparition de selles sanguinolentes ou de vomissements noirâtres pour affirmer l'existence d'une plaie intestinale, car si le signe local fait défaut, les symptômes généraux de la péritonite par perforation sont des plus nets. Tantôt le ventre est seulement ballonné, sensible, douloureux, la température est modérément élevée; mais, le plus souvent, c'est le faciès péritonéal le plus caractéristique, avec ses traits tirés, le nez effilé, les narines pulvérulentes, les yeux cernés et caves, la voix éteinte, le pouls petit et incomptable, un météorisme considérable, des vomissements verdâtres, tous signes indiscutables de la perforation intra-péritonéale.

Dans ces cas, il ne saurait y avoir de doute, il faut intervenir, mais il faut intervenir vite, d'urgence, à l'instant où se manifestent les premiers signes locaux et généraux, si *minimes* soient-ils : il serait imprudent, il serait néfaste de temporiser.

Aussi, formulons-nous de la sorte notre règle de conduite : s'abstenir s'il n'existe aucun signe ni local, ni général, indiquant la perforation, intervenir de suite, sans perdre une minute, au moindre signe.

En d'autres termes, l'abstention n'est, en réalité, qu'une période d'observation rigoureuse, à laquelle met fin, soit la guérison naturelle, soit l'intervention chirurgicale. Pendant les premiers jours, le blessé, soumis à la diète et à la compression abdominale, ne doit pas être quitté un seul instant. La surveillance ne doit pas s'interrompre. Grâce à ces précautions, le chirurgien n'aura à se reprocher ni une intervention inutile, ni une temporisation regrettable.

Vous serez peut-être surpris de me voir arriver à la fin de cette leçon sans m'avoir entendu parler de l'administration de l'opium, dans les plaies abdominales. C'est à dessein que j'ai fait cette omission, car je n'ai donné l'opium à aucun de mes deux blessés, et je ne le donnerai pas à d'autres. En effet, de deux choses l'une : ou l'intestin est sain, ou il a été atteint. Dans la première hypothèse, l'opium est inutile; dans la seconde, je pense qu'il peut être nuisible. Le blessé, soumis à son influence, se trouve dans un état de malaise général (inappétence, nausées, vomissements même, lourdeur de tête, etc.), qui peut tromper le chirurgien. Enfin, et surtout, en émoussant l'activité du système nerveux, en amoindrissant les réactions douloureuses, l'opium ne peut que masquer, dans les cas de perforation, le début de l'infection péritonéale, et contribuer ainsi à faire perdre un temps précieux. En éloignant du malade toute influence médicatrice, je le laisse dans un état bien préférable pour la saine observation des phénomènes morbides.

OPHTHALMOLOGIE

Pronostic et traitement des tumeurs malignes intra-oculaires (1).

Par M. le docteur Félix LAGRANGE,
Professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux,
Correspondant national de la Société de chirurgie.

II

Leuco-sarcome de la choroïde. Le cancer intra-oculaire se présente une fois sur dix sous la forme de sarcome blanc. — Dans un travail récent destiné aux Archives d'ophthalmologie, j'ai recueilli, autant qu'il m'a été possible, les faits connus (au nombre de 35), et montré que le leuco-sarcome, un peu plus fréquent chez l'adulte que chez l'enfant, présentait tantôt la structure des tumeurs embryonnaires, tantôt celle des tumeurs fusiformes; la première variété, aussi fréquente que la seconde, a été souvent confondue avec le gliome de la rétine.

Le leuco-sarcome de la choroïde présente, relativement aux tumeurs mélaniques, une assez grande bénignité. C'est l'état anatomique de la tumeur qui indique la gravité de son pronostic. Des recherches que j'ai faites, il résulte que les cas malheureux se rapportent presque tous aux sarcomes embryonnaires et les cas heureux aux sarcomes fusiformes.

Sur 35 observations, dont une personnelle, on constate 12 résultats inconnus, 11 guérisons et 10 morts. Les cas mortels concernaient tous des tumeurs embryonnaires pures, sauf deux faits, dans lesquels il y avait un mélange d'éléments embryonnaires et fusiformes. Le cas personnel, décrit *in extenso* dans le mémoire auquel j'ai fait allusion, était un fait typique de sarcome embryonnaire à petites cellules; le mal s'était primitivement développé dans les couches externes de la choroïde ; cette membrane détruite, la rétine envahie et déchirée avait permis la destruction du corps vitré et, par l'espace de Schwalle, les cellules morbides avaient gagné la gaine vaginale du nerf optique, qui était ainsi entouré d'éléments sarcomateux émanés de la lésion choroïdienne.

C'est par cette gaine vaginale du nerf optique, porte ouverte à tous les agents infectieux, que se propagent les tumeurs embryonnaires de la choroïde, mais c'est aussi par les vaisseaux et la gaine qui les entoure que les mêmes tumeurs envahissent l'orbite.

M. Fontan (2) [de Toulon] a nettement constaté cette propagation le long des vaisseaux, dans une intéressante étude qu'il a faite à propos d'un cas de leuco-sarcome appartenant à M. Galezowski; j'ai, de mon côté, observé les mêmes lésions; il paraît certain que l'orbite est, de très bonne heure, envahi par les cellules embryonnaires sorties de l'œil à la fois par la gaine des vaisseaux et par la gaine vaginale du nerf optique.

Les sarcomes fusiformes doivent, à leur vitalité moindre, de rester beaucoup plus longtemps cantonnés dans l'œil.

De ces détails anatomiques sommaires, découle bien évidemment cette double conclusion, savoir : que les sarcomes blancs fusiformes seront traités avec succès par l'énucléation, tandis que les sarcomes embryonnaires récidiveront localement si l'ablation du globe oculaire n'est pas suivie de l'évidement de l'orbite. A deux lésions distinctes dans leur marche, il faut donc opposer deux opérations différentes, l'énucléation simple dans un cas, dans l'autre, l'extirpation complète de toutes les parties molles voisines du mal.

En raisonnant de la sorte, nous laissons de côté les faits dans lesquels le sarcome, arrivé à la quatrième période, a défoncé la coque oculaire; tous les chirurgiens, en pareille circonstance, n'hésitent pas à supprimer le contenu orbitaire en entier. C'est sur les cas de tumeur embryonnaire au début, bien circonscrite en apparence dans les limites de la coque oculaire, que j'appelle l'attention. La thérapeutique de cette affection ne sera heureuse que lorsqu'on se décidera, de très bonne heure, à la suppression totale de la région orbitaire, dont l'infection par les cellules sarcomateuses est extrêmement rapide.

Une objection se pose ici. Comment faire le diagnostic de la structure histologique, alors que celui de l'existence même de la tumeur est souvent difficile? Ce diagnostic pourra toujours avoir lieu si, après l'énucléation du globe oculaire, le chirurgien fait séance tenante ouvrir la pièce anatomique sous ses yeux; la consistance du tissu, les produits obtenus par le raclage lui diront immédiatement à quelle variété il a affaire et s'il faut, oui ou non, compléter l'opération par l'ablation des parties molles qui se trouvent en arrière de la capsule de Tenon.

III

Gliome de la rétine. — Le gliome de la rétine ne mérite pas le pronostic très fâcheux que la grande majorité des auteurs signalent à son sujet.

Sans doute, livrée à elle-même, cette affection entraîne fatalement la perte de l'organe et de la vie, mais la thérapeutique n'est pas aussi impuissante qu'on le croit généralement.

M. de Wecker considère le gliome comme d'une excessive gravité; M. Panas en fait le « noli me tangere » de la chirurgie oculaire. Ces opinions, classiques d'ailleurs, sont exagérées; il est facile de montrer que les cas de guérison définitive ne sont pas rares.

Certains auteurs même, dont l'autorité est incontestable, ont cité des faits dans lesquels l'affection a spontanément rétrocédé. Dans les *Bulletins de la Société ophthalmologique de Londres*, nous trouvons un cas de Brailey dans lequel la tumeur, après une marche très lente, finit par perforer les enveloppes, fit hernie, subit une transformation régressive et resta stationnaire pendant longtemps.

Certes, c'est là une pure exception, une simple curiosité à laquelle il ne faut pas donner d'importance, mais si nous parcourons les nombreux documents publiés sur le gliome, nous y trouvons bon nombre de cas heureux.

M. Fouchard (1), qui a écrit sur ce sujet une excellente thèse, a dépouillé complètement les publications périodiques jusqu'en 1885. Il a cité dix-neuf faits favorables dont on trouvera dans son travail l'histoire *in extenso*, ainsi que l'indication des sources bibliographiques.

A ces faits rapportés avec tous les détails possibles dans la thèse dont nous parlons, il convient d'en ajouter d'autres, également favorables, publiés depuis cette époque.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 503.

(2) FONTAN (de Toulon). *Recueil d'ophthalmologie*, juillet 1889, p. 388.

(1) FOUCHARD. *Du gliome de la rétine*, Paris 1885.

Fuchs, dans le travail déjà cité, étudiant le pronostic comparé des diverses variétés du cancer de l'œil (p. 281, note 2), écrit que le gliome opéré assez tôt présente un pronostic passable. Il cite deux cas : l'un personnel, l'autre appartenant au professeur Artl, dans lesquels les malades étaient encore guéris trois ans après l'opération.

Sinclair (1), au Congrès de Washington, rapporte l'observation d'un enfant sur lequel il fit une double énucléation. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de deux gliomes ; six ans après la guérison était parfaite.

Ce fait parut à la vérité très surprenant aux membres du Congrès, et Keyser déclara qu'il considérait comme impossible qu'on pût si longtemps survivre à un vrai gliome. Power partagea cette opinion, mais, d'un autre côté, M. Galezowski signala aussi des faits de guérison.

Henry Noyes (de New-York) a communiqué à la Société ophthalmologique (26 janvier 1888) le cas d'un gliome démontré par le microscope, guéri depuis quatorze ans et demi.

J.-B. Lawford et E.-T. Collins (2) ont récemment publié sur le gliome de la rétine une étude basée sur 60 cas, 5 tirés de leur pratique privée, les autres provenant du service ophthalmologique de Mordfield hospital. Sur ces 60 faits, 42 ont été suivis ; il y en a eu 14 favorables et 28 malheureux. Parmi les cas heureux, 8 ont été observés plus de trois années, les autres un peu moins de trois ans. L'intervention chirurgicale a donc été très favorable une fois sur trois, et ce chiffre est certainement de nature à encourager les efforts du chirurgien.

A tous ces faits heureux je puis ajouter un cas personnel. J'ai enlevé, le 2 novembre 1888, un gliome dont j'ai publié l'histoire détaillée dans les *Archives d'ophthalmologie*, 1890. Actuellement, trente mois après l'opération, la guérison est encore parfaite.

A l'occasion de cette observation, j'ai fait, dans la littérature contemporaine, des recherches aussi complètes que possible et j'ai pu réunir 97 faits de gliome rétinien authentique, avec examen histologique.

Sur ces 97 faits, il y a 25 cas de guérison définitive, tout au moins de très longue survie. La statistique du gliome de la rétine est par conséquent aussi bonne, meilleure même que celle d'un grand nombre d'autres cancers.

Mais il est évident que le gliome n'est curable que dans sa période de début, alors qu'il est encore cantonné dans la rétine.

La variété endophyte, décrite par Hirschberg et niée à tort par quelques anatomo-pathologistes, présente des chances de curabilité toutes particulières. Dans cette forme, il est possible de constater l'exacte limitation du gliome par la lame vitreuse de la choroïde, qui oppose une sorte de barrière à l'envahissement de l'organisme. Cette disposition était évidente dans le cas personnel auquel j'ai fait allusion plus haut.

Au lieu donc d'être une tumeur extrêmement maligne, au-dessus des ressources de la chirurgie, le gliome rétinien est, au contraire, souvent curable lorsqu'on intervient de très bonne heure. Il me paraît même évident que, si nous intervenions aussi promptement dans le gliome qu'il est indiqué et habituel de le faire pour les cancers en général, le chiffre des guérisons atteindrait de très grandes proportions.

Les cas malheureux sont, pour la plus grande partie, ceux dans lesquels l'intervention chirurgicale est arrivée trop tard pour ne pas être condamnée d'avance à l'insuccès, et encore souvent a-t-on eu le tort de faire une ablation trop parcimonieuse et de s'en tenir à l'énucléation lorsque l'orbite tout entier aurait dû être vidé.

L'énucléation simple doit être réservée pour les gliomes endophytes au début ; l'évidement de l'orbite est nécessaire dans tous les cas où la coque oculaire est remplie par le néoplasme, et lorsqu'on ne sera pas sûr de la limitation du mal à la seule rétine. Cette dernière disposition étant bien évidemment l'exception, c'est l'évidement de l'orbite qui doit être la règle dans la thérapeutique du gliome rétinien.

Il n'est pas inutile d'insister sur cette nécessité, car l'immense majorité des gliomes sont encore aujourd'hui traités par l'énucléation simple, et la récidive immédiate ou prochaine est très souvent le résultat de cette parcimonie opératoire.

La statistique des faits connus, notamment, pour prendre un exemple, celle que rapporte M. Fouchard, montre mieux que tous les raisonnements combien la thérapeutique en usage est insuffisante. Sur 76 faits rapportés par cet auteur, dans un seul cas l'évidement complet de l'orbite a été pratiqué d'emblée ; tous les autres faits qui ont été l'objet d'une intervention furent d'abord traités par la seule ablation du globe oculaire. Il en est résulté un très grand nombre de récidives locales.

Que dirait-on d'un chirurgien qui, sur 76 carcinomes du sein, viderait une fois seulement le creux de l'aisselle ? On penserait à bon droit qu'il court au-devant des récidives. *Le curage de l'aisselle est aux tumeurs malignes du sein ce que l'évidement de l'orbite est aux cancers intra-oculaires.*

Les conclusions suivantes résument fidèlement le contenu des recherches succinctement exposées dans ce travail :

1° Les tumeurs malignes intra-oculaires se propagent de bonne heure dans l'orbite. Cette propagation explique la grande fréquence des récidives locales ;

2° Dans la thérapeutique des tumeurs malignes intra-oculaires, l'évidement de l'orbite doit être la règle, l'énucléation l'exception ;

3° L'énucléation convient seulement aux leuco-sarcomes fusiformes du tractus uvéal et aux cas rares de gliome endophyte, au début ;

4° L'évidement complet de la cavité orbitaire doit toutours être pratiqué dans le sarcome mélanique du tractus uvéal, dans le sarcome blanc embryonnaire et dans la grande majorité des gliomes rétiniens.

(1) Sinclair. Bilateral glioma of the retina, enucleation, *Congrès international de Washington*, 1887, p. 756-759.

(2) Lawford et Collins. *Royal London ophthalmic Hospital Reports*, décembre 1890.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

156. M. Roule. Étude sur le développement et la structure du tissu musculaire. — 157. M. Souques. Contribution à l'étude des syndromes hystériques. — 158. M. Dutil. Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques. — 159. M. Garsonnin. Histoire de l'hôpital Saint-Antoine et de ses origines. — 160. M. Peillon. Etude historique des organes génitaux de la femme, la fécondation et l'embryogénie humaines, depuis les temps les

plus reculés jusqu'à la Renaissance. — 161. M. Dreumont. De la petitesse de la tête fœtale et de son rôle dans la dystocie. — 162. M. Marchais. Contribution à l'étude clinique de la rage humaine. — 163. M. Vangeon. Contribution à l'étude de la métrite chronique par les caustiques. — 164. M. Cupillard. De l'œdème en pathologie générale. — 165. M. Cadéac. Contribution à l'étude de la cholécystite suppurée (symptômes et diagnostic). — 166. M. Do Amaral. Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. Arthropathies graves avec amyotrophies. Nature, diagnostic, pronostic et traitement. — 167. M. Bellanger. Traitement du spina bifida. — 168. M. Huc. Maladies du cœur et névroses. — 169. M. Ehrhardt. Des hémorrhagies gastro-intestinales profuses dans la cirrhose et dans diverses maladies du foie. — 170. M. Marquezy. Contribution au diagnostic des fibromes de la paroi de l'utérus. — 171. M. Caillet. Étude sur les troubles de la sensibilité dans les affections nerveuses (dissociation syringomyélique). — 172. M. Thibaudet. Veines de la main et de l'avant-bras. — 173. M. Galand. De la parotide à pneumocoques. — 174. M. Getten. Les injections intra-utérines chez les nouvelles accouchées. — 175. M. Batuaud. Les hémorrhagies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus; l'endométrite cause de ces hémorrhagies, et leur traitement par le curetage. — 176. M. Bitterlin. Étiologie de la tuberculose chez les enfants. — 177. M. Roques. De l'action phlogogène de la lymphe de Koch. — 178. M. Bouron. Étude sur le pied-bot congénital à manifestations tardives. — 179. M. Thomas. Des abcès tuberculeux périnéphrétiques. — 180. M. Morin. Étude sur l'épithélioma primitif de la vésicule biliaire. — 181. Mlle Bernstein-Kohan. Du diabète traumatique. — 182. M. Letanneur. Contribution à l'étude du traitement de quelques affections du larynx. — 183. M. Cordonnier. Des couleurs d'aniline en thérapeutique oculaire. — 184. M. Rivière. Contribution à l'étude clinique des aboulies et principalement de l'aboulie neurasthénique. — 185. M. Szysgal. Étude sur la loi de régression dans la démence. — 186. M. Hautecœur. Études sur les troubles et les lésions de l'estomac chez les cardiaques. — 187. M. Mallet. Contribution à l'étude de l'épilepsie syphilitique. — 188. M. Dimey. Étude sur le chancre syphilitique du sein. — 189. M. Letort. Les troubles de la marche chez l'enfant. — 190. M. Calligari. Des indications de la suture osseuse dans les fractures de la clavicule. — 191. M. Libert. De la réduction de la luxation de la hanche en avant par la méthode de douceur. — 192. M. Deschamps. De l'hypothermie dans la méningite tuberculeuse. — 193. M. Bouchinet. Des états primitifs de la médecine. — 194. M. Brianceau. Contribution à l'étude du champ visuel dans la syringomyélie et la maladie de Morvan. — 195. M. Toche. Hystérie et chorée de Sydenham.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 mai 1891, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Houdart, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Chambrelant est nommé préparateur du cours d'accouchements, en remplacement de M. Crouzat, appelé à d'autres fonctions.

M. Boulay est nommé préparateur des cours de pathologie interne, en remplacement de M. Rémond, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Fieux est chargé des fonctions de préparateur de médecine expérimentale, en remplacement de M. Lagrolet, appelé à d'autres fonctions.

M. Guilhot est délégué dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle, pendant la durée du congé accordé à M. Fromaget.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. d'Hour est chargé des fonctions de préparateur de physiologie, en remplacement de M. Lepage, appelé à d'autres fonctions.

M. Lepage est chargé des fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie, en remplacement de M. Meyer, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Un congé est accordé à M. Moitessier, préparateur de chimie.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — MM. Bédard et Marie, chargés des fonctions d'agrégé, sont chargés le premier des fonctions de chef des travaux de physiologie, le second des fonctions de chef des travaux de chimie.

M. le docteur Maurel est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique.

M. Biarnès est nommé chef des travaux de pharmacie.

M. le docteur Bauby est nommé chef de clinique chirurgicale.

M. le docteur Destaruc est chargé de fonctions de chef de clinique médicale.

M. le docteur Pascal est chargé des fonctions de chef de clinique obstétricale.

Sont nommés : MM. Gally, prosecteur; Aubialles et Durand, aides d'anatomie; Daumic, préparateur d'anatomie générale; Biscours, préparateur de pathologie générale; Pezet, préparateur de chimie; Duranton, préparateur de pharmacie.

M. le docteur Garrigou est chargé d'un cours complémentaire d'hydrologie.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Besnard du Temple est maintenu dans les fonctions de chef des travaux chimiques.

— M. le docteur Fioupe, médecin-adjoint au lycée de Marseille, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Combalat, décédé.

M. le docteur Roux est nommé médecin-adjoint au lycée de Marseille, en remplacement de M. le docteur Fioupe.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Combalat (de Marseille); P.-A. Desfossés et Guérin-Méneville (de Paris); Juhel (de Caen); J.-J. Mauricet (de Vannes).

— M. Du Castel commencera le mercredi 13 mai, à quatre heures du soir, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis, une série de leçons de séméiologie et de clinique syphiligraphique, et la continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure. — Les lundis : policliniques, opérations dermatologiques, lupus, acnés, etc.; salle Émery, à neuf heures et demie. — Les mardis : policlinique, maladies des femmes; salle Lorry, à neuf heures. — Les jeudis : consultations externes, à neuf heures. — Les vendredis : examen des nouveaux; salle Hillairet, à neuf heures. — Les samedis : maladies du cuir chevelu; salle Émery, à neuf heures et demie.

— *Erratum.* — Page 502, 2e colonne, 6e alinéa : au lieu de « 5 à 6 grammes de sang », lire « 5 à 600 grammes de sang. »

Manuel des maladies des femmes, par A. Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare, etc. 2e édition entièrement refondue et contenant la gynécologie opératoire et un memento formulaire. 1 vol. petit in-8° avec 416 figures intercalées dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

SIROP DU DOCTEUR DUFAU

A L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie.

Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.

DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.

Hydropisies, affections du cœur, albuminurie.

et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

DOSE : Deux à quatre cuillerées de sirop par jour, à prendre à jeun de préférence, dans un verre d'eau froide ou chaude.

Boisson très agréable. PRIX : **3** fr. le flacon.

PHOSPHURE DE ZINC (GRANULES TROIS CACHETS)

4 milligr. (1/2 milligr. de Phosphore actif).

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé ($PhZn^3$). On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Anémie, Rachitisme, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgie et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhées, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.

DOSE : Un, puis deux granules à chacun des principaux repas. PRIX : **3** fr. le flacon.

43

MORRHUOL DE CHAPOTEAUT

Le **Morrhuol** représente les principes actifs de l'huile de foie de morue, sauf la matière grasse; il est enfermé dans de petites capsules rondes, contenant chacune 20 centigrammes, équivalant à 25 fois son poids ou 5 grammes d'huile de foie de morue brune.

Principaux effets : *Augmentation de l'appétit, diminution de la toux, régularisation des digestions et des selles, retour des forces et du sommeil.*

Applications thérapeutiques : *Bronchites, tuberculose au premier degré, rachitisme, scrofule, lymphatisme.* Deux à quatre capsules par jour pour les enfants, au moment des repas; pour les adultes, quatre à huit capsules.

DÉPÔT : pharmacie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

28

MORRHUOL CRÉOSOTÉ DE CHAPOTEAUT

Ces capsules contiennent chacune 15 centigr. de **Morrhuol,** correspondant à 4 grammes d'huile de foie de morue et 5 centigr. de Créosote de hêtre, dont on a éliminé le créosol et les produits acides, substances qne l'on rencontre toujours dans les créosotes du commerce et qui exercent une action caustique sur l'estomac et les intestins.

Elles ont donné les meilleurs résultats dans la **phthisie et la tuberculose pulmonaire,** à la dose de 4 à 6 capsules par jour prises au commencement du repas.

DÉPÔT : Pharmacie, 1, rue Bourdaloue.

23

SIROP DE QUINQUINA FERRUGINEUX

De GRIMAULT et Cie,

au Pyrophosphate de Fer et de Soude.

Ce sirop est clair, limpide, agréable au goût; il est pris avec plaisir, aussi bien par les enfants que par les grandes personnes, et contient par cuillerée à bouche 20 *centigr. de sel de fer* et 0,10 *extrait de quinquina.* Phie, 1, rue Bourdaloue.

64

DRAGÉES DE FER TROUETTE

à l'albuminate de fer et de manganèse

SOLUBLE

DOSE : Prendre en mangeant, à chaque repas de 2 à 6 **Dragées de Fer Trouette,** suivant l'âge du malade.

Prix du flacon de 100 dragées : **3 francs.**

SE TROUVE DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

Gros : E. TROUETTE, 15, r. des Immeubles-Industriels.

77

OREZZA

Eau minérale acidule ferrugineuse gazeuse

contenant le *Fer sous sa forme la plus assimilable*

contre

ANÉMIE, CHLOROSE, GASTRALGIES,

et toutes maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Ech. fo).

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal.

Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal.

Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables. »

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

23

GRANULES ANTIMONIAUX

DU Dr PAPILLAUD

Médication à base d'arséniate d'antimoine

(0,001 milligr. par GRANULE)

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (séances des 8, 15, 22 nov. et 6 déc. 1870).

Médicament prescrit avec succès par le Corps médical depuis plus de vingt années.

Troubles de la circulation, Palpitations, Intermittences, Affections névrosiques et rhumatismales du cœur, Hypertrophie cardiaque, Asthme, Bronchite chronique, Phthisie au début.

DOSE : de 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général : Phie GIGON, 7, r. Coq-Héron, Paris et ttes phies, env. de flacon d'essai à MM. les Docteurs.

43

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

GAÏACOL MERCIER

PHARMACIEN, 30, RUE RACINE, PARIS

Médaille d'Or de l'École de pharmacie.

Injection Mercier contenant, par centimètre cube, 0,05 de Gaïacol et 0,01 d'Iodoforme chimiquement purs.

Le flacon de 50 injections : **2 fr. 50.**

Solution Mercier contenant, par cuillerée à soupe, 0,50 de Chlorhydro-phosphate de chaux et 0,10 de Gaïacol.

1 ou 2 cuillerées à chaque repas.

Le flacon de 350 grammes : **2 francs.**

Capsules Mercier contenant chacune 0,05 de Gaïacol et 0,20 d'Huile de faînes.

3 ou 4 capsules à chaque repas. Flac. : **2 fr. 50.**

Capsules antiseptiques Mercier contenant chacune 0,05 de Gaïacol, 0,05 d'Eucalyptol et 0,02 d'Iodoforme chimiquement purs.

2 ou 3 capsules à chaque repas. Le flacon : **3** fr.

DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES

19

PHTHISIE, TUBERCULOSES

BRONCHITES, CATARRHES

LES CAPSULES COGNET

à l'Eucalyptol *ABSOLU* **iodoformo-créosoté**

constituent dans l'état actuel de la science

L'ANTIBACILLAIRE PAR EXCELLENCE

Paris, 4, rue de Charonne, et toutes phies.

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

22

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

34

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin,** toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

60

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

111

TRAITEMENT INTENSIF de la TUBERCULOSE

par la méthode des injections sous-cutanées.

La maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris, a l'honneur d'informer le corps médical qu'elle tient à sa disposition les produits ci-après, tels qu'ils ont été préparés dans son laboratoire pour les expériences faites d'après cette nouvelle méthode.

Le nom et la marque de ces préparations ont été déposés.

HUILE CRÉOSOTÉE alpha

en flacons de 250, 500 et 1000 grammes.

HUILE GAIACOLÉE alpha

en flacons de 250, 500 et 1000 grammes.

FORMULE :

Huile neutre et stérilisée. 14

Créosote alpha ou gaïacol alpha. 1

La Maison fournit également le **Gaïacol alpha** et la **Créosote alpha** en nature, par divisions variant de 30 grammes à 1 kilogramme.

177

DYSPEPSIES. — GASTRALGIES

PEPSINE BOUDAULT

« *En prescrivant simplement : Pepsine, le pharmacien est obligé de ne donner que celle du Codex. Cette pepsine ne doit peptoniser que 20 fois son poids de fibrine, tandis que la* « **Pepsine Boudault** *peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex ne doivent peptoniser que la moitié de leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** et l'**Elixir** de « **Pepsine Boudault** peptonisent **deux fois** leur poids de fibrine, soit **quatre fois plus.** »

45

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100 gr.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

N° 56. — JEUDI 14 MAI 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 14 MAI 1891. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs, pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Des troubles nerveux consécutifs aux lésions du corps thyroïde. — Résection partielle des deux os de l'avant-bras droit après les traumatismes graves limités aux parties molles. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Service médical de nuit dans Paris. — Nouvelles

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il y a quelque temps, M. Hallopeau lisait à l'Académie un mémoire sur les accidents du cocaïnisme chronique (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1320). Ce travail, joint à plusieurs observations d'accidents graves et même mortels, ainsi qu'un procès retentissant sur un cas de mort à Lille, avaient jeté un certain discrédit sur la cocaïne, et en particulier sur son emploi comme agent anesthésique. M. Magitot, rapporteur d'une commission à laquelle a été renvoyé le mémoire de M. Hallopeau, est venu, après une sérieuse enquête des faits, déclarer qu'il ne partageait pas cette réprobation et tenter de rendre à la cocaïne la place qu'elle mérite parmi les agents les plus précieux de la thérapeutique anesthésique. Toutefois, les praticiens devront apporter la plus grande prudence dans son emploi, et ils ne sauront mieux faire que de se conformer aux préceptes formulés par M. Magitot, qui sont, à peu de chose près, ceux qu'a déjà posés M. Reclus dans ses travaux sur ce sujet, et en particulier dans une leçon clinique que nous avons publiée (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 133). De la petite discussion qui a suivi le rapport de M. Magitot, il faut retenir ce fait, indiqué par M. Constantin Paul, que la cocaïne administrée par la voie stomacale n'offre pas les dangers que l'on croit et qu'on peut en pousser la dose jusqu'à 20 et 30 centigrammes par jour, sans inconvénients.

Dans un rapport sur un travail de M. Magnant (de Gondrecourt), intitulé : « De l'air chaud dans les poumons », M. Constantin Paul, tout en faisant ressortir l'intérêt des expériences de l'auteur, est loin de partager ses espérances au point de vue de la thérapeutique de la tuberculose. Encore un traitement de la phthisie jugé et condamné !

M. Lefour (de Bordeaux) a donné lecture d'un travail sur l'influence des nœuds du cordon sur la circulation fœtale. Il résulte des recherches de M. Lefour que ces nœuds peuvent amener la mort du fœtus.

L'Académie s'est adjoint deux nouveaux membres correspondants nationaux dans la première division, MM. Farge (d'Angers) et Duché (d'Ouanne).

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. JOFFROY.

Des troubles nerveux consécutifs aux lésions du corps thyroïde.

Le corps thyroïde, après n'avoir eu longtemps en physiologie et en pathologie qu'un rôle entièrement effacé, prend actuellement en pathologie nerveuse une place de plus en plus grande. Toute une série de troubles singuliers ont été notés soit dans le cas d'absence congénitale (myxœdèmes, cachexies pachydermiques de Charcot), soit après les ablations chirurgicales (myxœdèmes post-opératoires de Reverdin).

Le rôle des affections du corps thyroïde est plus difficile à préciser et à interpréter. Certaines altérations très marquées, certaines dégénérescences kystiques étendues n'entraînent aucun trouble, tandis que des lésions, bien plus minimes en apparence, amènent parfois des troubles analogues à ceux que produit l'absence complète, congénitale ou chirurgicale. Mais ces anomalies sont loin d'être sans exemple pour les autres organes ; les reins, le foie peuvent, eux aussi, subir des dégénérescences kystiques étendues, sans que leur fonctionnement soit altéré ; ce fonctionnement est, au contraire, profondément troublé par des altérations moins visibles. Pour le corps thyroïde, l'époque d'apparition des lésions joue sans doute aussi un rôle prépondérant. C'est sur le développement que ces lésions paraissent surtout agir. Lorsqu'elles surviennent, le développement une fois terminé, leur action se trouve du fait même notablement réduite.

Le rôle des lésions du corps thyroïde sur le crétinisme est aujourd'hui bien établi. Le crétin est souvent goîtreux, souvent aussi, on trouve des goîtreux parmi ses ascendants. Alors même qu'il n'a pas de goître apparent, on ne trouve à l'autopsie qu'un corps thyroïde atrophié, dur, complètement scléreux. Parfois même, il n'y a pas le moindre vestige de corps thyroïde. Le rôle dans le myxœdème post-opératoire a été également bien démontré par Reverdin (de Genève) et la règle de ne pratiquer d'ablation de corps thyroïde, que lorsque la croissance est complètement terminée, semble aujourd'hui généralement admise. Le rôle de la tumeur thyroïdienne dans la pathogénie du goître exophthalmique, rôle soutenu par M. Renault (de Lyon) et, jusqu'à un certain point, par M. Charcot, est un peu plus obscur. Cette tumeur produit-elle tous les accidents ? Contribue-t-elle seulement à les aggraver ? C'est une question de patho-

génie encore discutable. Mais le rôle des lésions thyroïdiennes sur le développement général, la déchéance physique et intellectuelle qu'elles entraînent, offrent un grand intérêt. La malade que je vais vous présenter aujourd'hui offre un exemple atténué, mais très net, du retentissement des lésions thyroïdiennes qui surviennent dans l'enfance et l'adolescence, sur l'ensemble de l'économie.

Cette malade est âgée de vingt-trois ans. Sa taille est petite, et ne dépasse pas 1m40; ses membres sont grêles comme ceux d'un enfant. La tête est très asymétrique. La colonne vertébrale offre une double déviation : 1° déviation dans le sens antéro-postérieur, avec convexité marquée de la région dorsale en arrière, concavité correspondante de la région lombaire; 2° déviation dans le sens latéral, scoliose offrant, dans la région dorsale, sa concavité à gauche et, dans la région lombaire, sa concavité à droite. L'intelligence est affaiblie; la malade répond aux questions, peut sortir seule dans la rue, mais, dans ses études d'arithmétique, elle a dû toujours s'arrêter devant les soustractions, même très simples. La mémoire est faible, le caractère irascible. La marche se fait difficilement, par soubresauts, les jambes écartées; la parole est bredouillante; la sensibilité offre des troubles mal caractérisés, variables, avec anesthésie partielle et temporaire occupant surtout la jambe droite. Les réflexes tendineux sont abolis.

Toute cette série de troubles, d'origine cérébrale et médullaire, semblent bien dus à un goître, aujourd'hui parfaitement visible, qui commença à se développer en même temps qu'apparut la menstruation, à l'âge de douze ans. Jusque-là, rien dans la santé de la petite fille n'avait attiré l'attention. Elle n'a d'autres antécédents héréditaires qu'une sœur nerveuse. Et tous les symptômes dont elle souffre aujourd'hui sont graduellement apparus à mesure que le goître grossissait.

Depuis six mois qu'elle est dans le service, l'amélioration est très notable; le caractère est beaucoup plus doux, elle répond mieux, lit presque avec intérêt, commence à aborder en arithmétique des soustractions simples. La marche, encore difficile, l'était bien plus il y a six mois; elle ne pouvait alors marcher qu'en s'accrochant au lit et courait le danger de chutes perpétuelles. Le progrès est donc très sensible. Retenez bien cette amélioration; j'aurai l'occasion d'y revenir dans la discussion du traitement.

Si les lésions et leur origine thyroïdienne sont évidentes dans ce cas et dans les observations analogues, leur pathogénie est encore bien obscure. Kocher, pour expliquer les myxœdèmes post-opératoires, a invoqué, en outre de la suppression des fonctions hématopoiétiques de la glande, les altérations et le rétrécissement de la trachée, lésée parfois au cours de l'opération, privée, par l'ablation de la portion de glande en contact, d'une partie de ses vaisseaux nourriciers. Schiff a admis que le corps thyroïde produisait une substance nécessaire au bon fonctionnement du système nerveux. Bruns, élargissant l'idée de Schiff, a admis de plus que cette glande détruisait les déchets toxiques résultant du fonctionnement des centres nerveux. Ce ne sont là que des hypothèses. Les expériences tentées ont donné des résultats bien variables d'une espèce animale à l'autre : le lapin, le rat, le poulet supportent impunément l'ablation; le chien succombe d'ordinaire après une cachexie marquée et des attaques épileptiformes. Encore résiste-t-il, lui aussi, complètement dans quelques cas. On a invoqué, pour expliquer ces résistances exceptionnelles, la suppléance d'autres organes, la glande pituitaire en particulier, mais là encore, rien n'est complètement démontré.

Revenons donc à la clinique. Chez notre malade, par quels moyens avons-nous obtenu l'amélioration si marquée de la marche, du caractère et jusqu'à un certain point de l'intelligence? Nous n'avons pas fait le moindre traitement. Il y a dans tous les faits de ce genre une cause d'erreur dans l'appréciation des résultats thérapeutiques, cause d'erreur qu'il importe de vous signaler. Avant d'entrer à l'hôpital, cette malade était mal logée, mal nourrie, gagnait très péniblement sa vie, était souvent raillée et plaisantée. Elle souffrait physiquement du froid, de la fatigue, de la faim, moralement, du dédain dont elle était l'objet. Le simple changement de milieu, la tranquillité, une nourriture régulière, quelques encouragements ont suffi à produire une amélioration considérable. Si j'avais essayé un traitement quelconque : iodures, transplantation de corps thyroïde, j'attribuerais bien à tort à ce traitement un résultat qui est uniquement le fait d'une meilleure hygiène. Actuellement, ce que pouvait nous donner l'hygiène est obtenu. Je vais essayer l'iode, tout en ne me dissimulant point que ses chances d'action sont beaucoup moins grandes qu'elles l'auraient été au début même du goître. Je ne m'explique pas très bien l'effet que pourraient avoir les greffes de corps thyroïde, dans un cas de ce genre. Ce corps thyroïde transplanté doit, d'ordinaire, disparaître; s'il subsiste, fonctionnera-t-il mieux et plus normalement que le volumineux corps thyroïde qu'a déjà notre malade? Toutefois, comme cette opération est inoffensive, que quelques résultats favorables ont été signalés, je me déciderai peut-être un peu plus tard à la conseiller.

RÉSECTION PARTIELLE

DES DEUX OS DE L'AVANT-BRAS DROIT APRÈS LES TRAUMATISMES GRAVES LIMITÉS AUX PARTIES MOLLES

Par M. le docteur Guermonprez (de Lille).

I

Dès 1862, M. le professeur Verneuil avait posé l'indication de la résection du squelette normal, alors que les lésions étaient exclusivement limitées aux parties molles. Une petite fille était guérie, depuis bien des années, après des brûlures profondes limitées aux parties molles; la rétraction cicatricielle entravait le fonctionnement des doigts, une résection systématique de tout ou partie de la phalange ou de la phalangine pouvait restituer la fonction perdue. M. Verneuil proposa son plan opératoire à ses collègues de la Société de chirurgie. Son projet fut discuté et critiqué tellement qu'il fut abandonné par son auteur lui-même.

L'idée première était donc émise, mais non pas mise en pratique.

Des vastes délabrements avec des pertes de substance étendues à plus de la moitié du pourtour d'un membre, avec suppurations prolongées, menace de complications et surtout avec la crainte de la perte fonctionnelle du membre, nécessitaient alors le sacrifice complet du membre, l'amputation.

Quinze ans plus tard, les progrès de la méthode antiseptique ont conduit les blessés à se refuser à cette ressource ultime d'une chirurgie trop sommaire, et j'ai vu de nom-

breux blessés arriver à la guérison et conserver leurs membres après des plaies par engrenage, des plaies par ratissage, des plaies par usure, par coups de cylindre, des plaies par écrasement, limitées au bras ou à l'avant-bras.

Personne ne saurait être étonné que je me sois préoccupé toujours de la fonction de la main. A mon avis, le bras et l'avant-bras n'ont de valeur que par leur qualité de support de la main. Or, ce qui m'a le plus frappé, c'est que les malheureux ouvriers victimes des accidents auquels je viens de faire allusion, avaient la satisfaction platonique de conserver leur main, avec la déception singulière de ne pouvoir s'en servir.

J'en ai vu dont la cicatrice, étendue à presque toute la périphérie du membre, arrivait à comprimer et finissait par étrangler le membre d'une façon déplorable; les douleurs étaient d'abord limitées à la main, puis elles s'étendaient à l'avant-bras et irradiaient de plus en plus, jusqu'à rendre tout travail impossible. Le membre conservé devenait donc onéreux et les blessés demandaient l'amputation comme une véritable délivrance.

J'en ai vu d'autres dont l'étendue de la plaie était tellement vaste qu'il fallait six mois, huit mois, un an de pansement et d'immobilisation pour arriver à la cicatrisation, c'est plus qu'il n'en faut pour assurer l'atrophie complète et définitive, c'est-à-dire la ruine de la fonction du membre.

D'autres encore sont victimes des rétractions cicatricielles tardives et voient les doigts isolément ou la main entière se fixer dans une attitude vicieuse, soit dans un complet renversement dorsal, soit dans une flexion exagérée, soit dans un entraînement latéral qui les prive de tout mouvement utilisable : là encore le membre est conservé mais il ne peut plus servir.

Je suis profondément convaincu de la vérité de cet aphorisme tout français : *Pour la main la fonction prime la forme.* (L.-H. Farabeuf.)

Je vais plus loin et je considère comme un devoir chirurgical formel de faire toujours tout le possible pour sauvegarder toujours tout ce qui peut être conservé de la valeur fonctionnelle des doigts et de la main. Aussi faut-il porter l'intervention chirurgicale sur la région antibrachiale, lorsqu'une opération pratiquée sur l'avant-bras peut contribuer à sauvegarder la fonction de la main et des doigts.

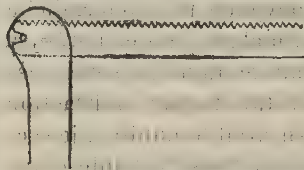
Dès le mois d'octobre 1885, j'ai eu l'occasion de proposer une opération de ce genre dont l'indication se trouve nettement exprimée dans la thèse de M. Delporte (d'Estaires) [1885] et encore dans celle de M. Lenys (de Carvin) [1888]. J'ai eu la malchance de ne point réussir à convaincre le blessé; à mon grand regret, il me fallut renoncer à pratiquer l'opération proposée.

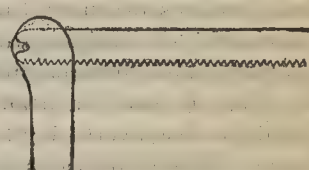
En février 1885, M. Martel (de Saint-Malo) fut plus heureux; et il put déterminer son blessé à accepter une opération analogue dont l'idée avait été mûrie par notre honorable et judicieux confrère déjà trois ans auparavant. Cette audacieuse tentative fut couronnée d'un plein succès; elle fut l'objet d'un remarquable rapport présenté à l'Académie de médecine par M. Polaillon. Dans le cas de M. Martel, les parties molles étaient seules réellement en cause, aucune lésion squelettique n'imposait une résection proprement dite. C'est donc pour assurer la prompte et avantageuse réparation des parties molles, que notre confrère fit systématiquement la résection de soixante-quinze millimètres de la diaphyse du tibia; il pratiqua ensuite la suture des deux fragments du tibia, dédaignant ce soin pour le péroné.

A deux reprises différentes, j'ai été amené à pratiquer une opération analogue sur l'avant-bras; dans les deux cas il s'agit du côté droit. L'une de mes opérations est vieille de deux ans et demi, l'autre ne date que de six mois. Mes deux opérés sont guéris; tous deux ont repris l'exercice de leur travail professionnel.

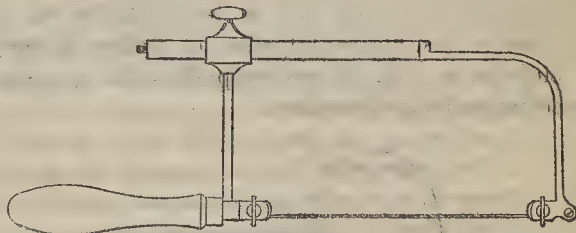
Chez mon premier opéré, j'ai enlevé six centimètres de chacun des deux os; sur le second, je me suis borné à enlever cinq centimètres du cubitus et autant du radius.

Dans toutes mes résections diaphysaires de l'avant-bras, je pratique systématiquement la section en mortaise et tenon, sans faire au préalable une section simple de l'os. Ce temps opératoire est laborieux lorsqu'il est pratiqué au moyen de la scie à amputation. On a beau choisir la lame la plus étroite, il faut pour chacune des quatre sections placer la lame successivement dans sa direction naturelle et dans sa direction inverse; les dents de la scie sont dirigées d'abord en avant; elles sont ensuite retournées vers le manche. C'est une complication et une perte de temps. J'ai pris l'habitude d'éviter ces inconvénients en remplaçant la classique scie à amputation par la scie à marqueterie.


Fig. 1.


Fig. 2.

Disposition de la lame de scie pour les deux temps successifs de la confection de la mortaise d'une part, du tenon d'autre part.


Fig. 3. — La scie à marqueterie, habituellement préférée à la scie à amputation, à cause de l'étroitesse de sa lame.

Lorsqu'on a pris le soin de s'exercer à manier cet instrument, on arrive sans peine à changer sa direction lorsqu'on est arrivé au fond de la mortaise ou au sommet du tenon. Il suffit pour cela de continuer à exécuter le mouvement de va-et-vient qui est le propre du mouvement de scie, sans chercher à faire mordre la lame : il se fait ainsi une sorte de petit tunnel d'où l'on sort très aisément en confectionnant la seconde face du tenon ou de la mortaise. Cette seconde partie du temps opératoire ne présente aucune difficulté sérieuse.

La scie à marqueterie présente par ailleurs un autre avantage; les lames de scie sont d'un prix tellement minime qu'on peut s'accorder le luxe de ne se servir des lames que pour une seule opération; on a ainsi la satisfaction d'opérer toujours avec une lame neuve, et nullement émoussée.

Pour placer les fils, je me sers toujours du perforateur

à manivelle et de la mèche la plus fine qui est toujours si bien trempée par nos fabricants français.

Pour le choix du fil, je me suis servi jadis du crin de Florence et je m'en sers encore sur les très jeunes sujets; mais je préfère habituellement le fil d'argent de gros calibre.



Fig. 4. — L'ancien mode de torsion du fil.

Pour la confection du nœud, je m'en tenais jadis à la torsion classique, comme le montre la figure 4; mais je n'ai jamais pu réussir à obtenir par ce moyen une coaptation vraiment satisfaisante qui affronte exactement les deux surfaces osseuses. Une déconvenue m'a déterminé à renoncer à cet antique procédé. Quelques mois après sa guérison, mon premier opéré était ennuyé de sentir ces fils d'argent sous sa peau. Pour lui donner satisfaction j'allai à la découverte du fil qui suturait le cubitus, je sectionnai l'anse au-dessous, je saisis la tresse à l'aide d'une pince à esquilles, je tirai énergiquement et j'extirpai ce fil dans son entier et sans incident. Lorsque je voulus agir de même pour le radius, j'eus la déception de trouver la partie la plus profonde de ma torsade ensevelie dans une prolifération osseuse de nouvelle formation; je fis de mon mieux pour sectionner l'anse elle-même, mais je n'y pus parvenir, mon coup de ciseaux porta sur une partie profonde de la torsade qui fut seule ramenée. Ma déconvenue ne fut pas préjudiciable à mon opéré qui conserve son anse de fil d'argent parfaitement tolérée par son tissu osseux et continue à travailler, sans se soucier de ce corps étranger métallique qui ne le gêne en aucune façon.

Ce désagrément n'existe plus et la coaptation est plus exacte lorsque les fils sont tordus en hélice au moyen d'une clef d'acier (fig. 5), qui rappelle celle qui sert à ouvrir certaines boîtes à sardines.

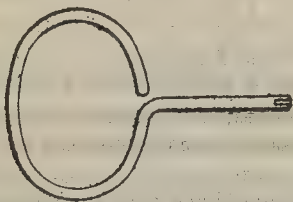


Fig. 5. — La clef d'acier, proposée pour enrouler le fil en hélice, comme le montrent les figures 6 et 7.

Les deux hélices sont faciles à enrouler, faciles à serrer *à fond* de façon à éviter que l'anse du fil métallique flotte encore de l'autre côté de l'os. L'affrontement est facile à serrer : chacun pourra s'en rendre compte en pratiquant ce mode de suture expérimentalement sur l'os sec et en comparant le résultat avec la constriction toujours insuffisante que fournit l'ancienne manière de faire le nœud par torsion des deux bouts métalliques. Toutefois il arriverait, qu'en serrant la seconde hélice, on pourrait avoir la surprise de dérouler la première, au lieu d'achever la tension du fil et la coaptation des fragments.

C'est pourquoi il importe de fixer la première hélice avant d'achever la constriction de la seconde. Les figures 6 et 7 montrent les hélices au moment où elles viennent d'être serrées. La figure 8 les montre fixées toutes deux : il suffit d'un coup de pouce pour rabattre chacune d'elles sur la face latérale de l'os. Les schémas montrent les temps



Fig. 6. — Les deux hélices obtenues, vues par la face antérieure de l'os.

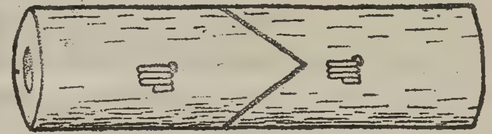


Fig. 7. — Les mêmes, vues par la face latérale de l'os.



Fig. 8. — Les deux hélices rabattues sur la face latérale de l'os.

succesifs comme s'ils se faisaient simultanément. Dans la pratique, la première hélice doit être seule rabattue d'abord, la seconde doit être serrée et tordue ensuite, plus tard seulement il est temps de la rabattre pour fixer définitivement la coaptation des deux fragments.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mai 1891. — Présidence de M. Terrier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend une lettre de M. Galippe qui demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 13 mai 1890. Dans ce pli, M. Galippe informe l'Académie qu'il a découvert un diplocoque spécial dans les cristallins cataractés.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la première division.

Après trois tours de scrutin, MM. Farge (d'Angers) et Duché (d'Ouanne) ont été élus, le premier par 46 suffrages sur 62 votants, le second par 38 suffrages sur 57 votants.

RAPPORTS

Cocaïne et cocaïnisme. — M. Magitot lit un rapport à l'occasion d'un mémoire de M. Hallopeau sur des accidents de cocaïnisme chronique. Il trace l'histoire complète de la cocaïne dont l'emploi, comme analgésique local, a pris, comme on sait, une si grande extension dans la pratique chirurgicale. Toutefois, à la suite d'un assez grand nombre d'accidents, plus ou moins graves et même mortels, il s'était élevé contre son emploi des craintes sérieuses et une certaine réprobation, que M. Magitot, après enquête des faits, déclare ne pas partager. Il termine son rapport par plusieurs propositions qu'on peut regarder comme constituant le code de l'administration de la cocaïne en chirurgie. Les voici :

1° La dose de cocaïne doit être proportionnelle à l'étendue de la surface à analgésier; elle ne dépassera, dans aucun cas, 8 ou 10 centigrammes, dose réservée aux grandes surfaces opératoires;

2° Elle ne devra jamais être employée chez les cardiaques, dans les maladies chroniques des voies respiratoires et chez les névropathes;

3° On devra éviter son introduction dans les veines;

4° L'injection de cocaïne doit toujours être faite sur un sujet couché, sauf à le relever ensuite s'il s'agit d'une opération sur la tête ou dans la bouche;

5° La cocaïne devra être d'une pureté absolue, certains alcaloïdes auxquels elle peut être mélangée étant d'une nature particulièrement toxique;

L'introduction de la cocaïne devra être fractionnée de manière qu'une injection partielle faible sera suivie d'une suspension de quelques minutes, pendant lesquelles on observera s'il se produit des effets toxiques; cette première injection servira d'épreuve;

7° Ainsi employée d'une façon graduée et méthodique, la cocaïne présente sur le choroforme, l'éther, etc., de grands avantages, et la durée de l'effet anesthésique est toujours suffisante pour permettre presque toutes les opérations de la chirurgie ordinaire.

M. CONSTANTIN PAUL, tout en s'associant aux conclusions formulées par M. Magitot, fait observer qu'il est un point qu'il a laissé de côté: c'est celui de l'administration de la cocaïne à l'intérieur. La cocaïne peut être administrée à l'intérieur aux doses de 15 à 30 centigrammes par jour, en deux fois, sans produire aucun accident. Il résulte de ce fait que, lorsqu'on pratique une injection de cocaïne dans les gencives, par exemple, si le malade en avale il n'y a à cela aucun inconvénient.

M. MAGITOT répond qu'il n'a eu à s'occuper que de l'administration de la cocaïne par la voie sous-cutanée.

M. LABORDE dit que les expériences faites sur les animaux confirment la proposition que vient d'émettre M. Constantin Paul, à savoir que, donnée à l'intérieur, la cocaïne est bien moins dangereuse qu'en injections sous-cutanées. Toutefois, il ne faut pas dépasser la dose indiquée par M. Constantin Paul. M. Laborde a vu des accidents graves survenir chez un malade qui en avait pris 50 centigrammes.

De l'air chaud dans les poumons. — M. CONSTANTIN PAUL lit un rapport sur un travail de M. Magnant (de Gondrecourt).

On sait que l'air extérieur est à un degré de température inférieur à celui de l'organisme, et qu'il s'échauffe en passant à travers les bronches. M. Magnant a fait l'expérience en sens inverse. Il a fait respirer à ses malades de l'air à des températures élevées (64 à 81 degrés), et il a constaté que l'air expiré était au-dessous de la température de l'air inspiré; toutefois il n'a pas perdu tout son excès de température, car il est sorti à une température supérieure à celle de l'air expiré normalement; M. Magnant n'a pas indiqué quelle était l'influence de l'air surchauffé sur l'ensemble de l'organisme. M. le rapporteur ne partage pas ses espérances au point de vue thérapeutique. Les phthisiques, en effet, se trouvent mal d'un air chaud et sec. Chaque fois que dans une station climatérique ou thermominérale l'air devient chaud et sec, les phthisiques étouffent, ils ont de la dyspnée, de l'inappétence, et pour peu que cette situation se prolonge, ils doivent quitter le pays.

LECTURE

Influence des nœuds du cordon sur la circulation fœtale. — M. LEFOUR (de Bordeaux) a observé une femme, enceinte pour la douzième fois qui, à huit mois et demi, expulsa un fœtus très macéré dont le cordon présentait, à peu près en son milieu, un nœud assez fortement serré. A cette occasion il a fait des recherches cliniques et anatomo-pathologiques qui l'ont amené à reconnaître que les nœuds du cordon peuvent parfois amener la mort du fœtus, surtout si, à l'action du nœud, s'ajoute celle d'une compression exercée sur lui. La mort peut alors se produire de deux façons différentes : 1° par simple obstacle mécanique à la circulation funiculaire; 2° par thrombose consécutive à une altération vasculaire.

Si l'on reconnaît que, dans la grande majorité des cas, les nœuds du cordon sont sans influence notable sur la vie du fœtus grâce à l'énergie cardiaque, on ne saurait admettre avec Cazeaux, par exemple, que jamais ces nœuds n'ont déterminé de mort. C'est là une affirmation trop absolue qui pourrait avoir en médecine légale des conséquences regrettables. (Commission : MM. Charpentier, Budin.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales (1), par MM. Gross, Rohmer et A. Vautrin.

Le deuxième volume n'a pas démérité de son devancier, et c'est un grand éloge à lui faire. Il contient l'étude des maladies du cou, du rachis et de la moelle épinière, de la poitrine, de l'abdomen, de l'anus et du rectum.

Les auteurs ont su se renfermer dans les limites restreintes d'un livre de petit format, sans que la clarté, la précision aient eu à en souffrir en aucun endroit. Rien ne laisse à désirer, mais la thérapeutique est particulièrement bien soignée et absolument au courant des découvertes les plus récentes. On peut, sans flatterie, dire que ce petit traité de chirurgie fait le plus grand honneur à ceux qui l'ont entrepris.

Précis d'embryologie appliquée aux sciences médicales (2), par M. P. Gilis.

Ce livre est la reproduction de leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier. L'auteur a su comprendre ce que l'étude de l'embryologie pouvait avoir d'aride pour l'étudiant en médecine. Il a eu le talent d'être clair, d'être sobre d'hypothèses trop savantes et trop nuageuses, il s'est tenu dans le domaine des faits les mieux connus; l'auteur a fait un livre utile à l'étudiant et au médecin désireux de connaître et de comprendre l'homme.

La syphilis aujourd'hui et chez les anciens (3), par le docteur F. Buret.

S'il est une question qui ait fait verser des flots d'encre, et partage encore aujourd'hui le corps médical en deux camps, c'est bien celle des origines de la vérole. Celui qui voudra parcourir avec M. Buret une attachante odyssée au milieu des traditions transmises ou *écrites* des peuples qui nous ont précédés depuis la période historique, — la leur, qui par exemple, pour la Chine, remonte à plus de trois mille ans avant Jésus-Christ, — sera bien près d'être persuadé que la syphilis ne nous est pas venue des Peaux-Rouges. Mais surtout il sera stupéfait de la gigantesque civilisation à laquelle étaient parvenus, bien avant notre *déluge*, ces peuples, nos aînés : ces Japonais et ces Chinois, qui connaissaient sans doute la syphilis, et lui opposaient déjà le tratement mercuriel! Qu'avons-nous fait de plus, en dehors de la dualité des virus chancreux, et de l'individualisation de la chaudepisse?... Et ces Hindous, fils des Aryens, nos pères, qui, quelque 2 ou 3000 ans avant l'ère vulgaire, *connaissaient la vaccine*. Suivez plutôt ce texte sanscrit :

Prenez du fluide des pustules du pis d'une vache..., recueillez-le sur la pointe d'une lancette et introduisez-le dans le bras..., en mêlant le fluide avec le sang : la fièvre de la *variole* sera produite.

Le livre de M. Buret n'est pas seulement un étalage d'érudition, passionnante, du reste. C'est presque une curiosité artistique que tous les médecins, et non seulement les vénéréologues, voudront avoir pesée. Et l'attrait qui s'attache à la question fera passer sur les immondes turpitudes où rivalisaient, à de longs siècles d'intervalle, les patriarches de la Bible et les

(1) Deux volumes in-8°. Prix : 24 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

(2) In-16. Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

(3) In-16. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Romains de la décadence, sujets fort scabreux sur lesquels l'auteur a du reste glissé avec le maximum de décence *possible*.

Gommes syphilitiques des amygdales (1), par le docteur M. Natier.

C'est la première monographie qui ait été faite sur ce sujet, d'autant plus difficile à traiter que les observations sont peu nombreuses et que plusieurs ont été publiées, sous d'autres dénominations. Il faut savoir gré à M. Natier de son intéressant travail; nous nous permettrons toutefois de trouver, à propos du chapitre qu'il a consacré à l'examen du diagnostic, qu'il a fait trop bon marché des difficultés que présentent ces amygdalites aiguës de nature encore inconnue et où la tonsille est dégradée, excavée, ravinée, détruite en quelques jours, au point que la question de sphacèle ou de tumeur maligne à évolution rapide se pose souvent sans solution immédiate possible.

Le travail de M. Natier sera d'ailleurs précieux à consulter pour tous ceux qui auront à étudier la pathologie des amygdales et en particulier l'évolution sur elles de la syphilis tertiaire.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Par M. le docteur Passant.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1891.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	10	20	9	39
2e	19	17	5	41
3e	28	58	15	101
4e	49	67	28	144
5e	23	38	10	71
6e	20	34	9	63
7e	36	31	12	79
8e	2	12	1	15
9e	16	31	4	51
10e	28	54	25	107
11e	89	159	86	234
12e	35	47	26	108
13e	40	99	50	189
14e	62	71	53	186
15e	40	84	34	158
16e	14	21	7	42
17e	49	92	29	170
18e	68	106	50	224
19e	72	87	35	194
20e	93	163	98	354
	793	1 291	586	2670

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites . . . 234
Croup . . . 50
Coqueluche . . . 7
Corps étranger de l'œsophage . . . 2
Otite . . . 4
Ophthalmie . . . 1

B. Asthme . . . 86
Affections du cœur . . . 102
Bronchites aiguës et chroniques . . . 284
Pleuro-pneumonie . . . 170
Congestion pulmonaire . . . 60

C. Affections et troubles gastro-intestinaux . . . 160
Cholérine . . . 46
Athrepsie . . . 51
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines . . . 72
Hernie étranglée . . . 38
Rétention d'urine . . . 15
Orchite . . . 5

(1) Paris, O. Doin.

MALADIES OBSERVÉES (suite)

Vulvite . . . 1
Chute du rectum . . . 1

D. Métrite, métro-péritonite . . . 75
Métrorrhagie . . . 50
Fausse couche . . . 66
Accouchement, délivrance . 218
Accouchements non terminés . . . 37

E. Affections cérébrales . . . 98
Convulsions, éclampsies . . . 81
Névralgie . . . 35
Névroses . . . 103
Epilepsie . . . 17
Aliénation mentale . . . 15
Alcoolisme, delirium tremens . . . 19

F. Rhumatisme . . . 38
Affections éruptives . . . 75
Fièvre intermittente . . . 6
Fièvre typhoïde . . . 29
Hémorrhagies de causes internes et externes . . . 92

G. Plaies, contusions . . . 95
Fractures, luxations, entorses . . . 23
Brûlures . . . 3
Empoisonnements . . . 23
Asphyxie par le charbon . . . 5
Suicide . . . 4

H. Mort à l'arrivée du médecin . . . 76

Total . . 2670

La moyenne des visites par nuit est de 29,20. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 27,88.

Les hommes entrent dans la proportion de 32 p. 100.
Les femmes — — 50 —
Les enfants au-dessous de trois ans 18 —

Visites du premier trimestre de 1890 . . . . 2 509
Visites du premier trimestre de 1891 . . . . 2 670

Différence en plus 161

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 30 avril 1891, des médailles d'honneur et mentions spéciales ont été accordées, en témoignage du concours dévoué apporté à l'organisation et au fonctionnement des postes de surveillance sanitaire pour prévenir l'importation en France de l'épidémie cholérique qui régnait en Espagne pendant le deuxième trimestre 1890, aux médecins et élèves en médecine dont les noms suivent :

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Galangau (de Port-Vendres); Cassan (de Banyuls-sur-Mer); Camino et Durruty (de Hendaye); Calmon (de Céret); Ollé (de Saint-Gaudens); Darrieu (de Saint-Jean-Pied-de-Port); Harréguy (de Lescun).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Eliçagaray (de Sare); Lacoste (des Eaux-Chaudes); Marty (de La-Tour-de-Carol); Colomer (de Saillagousse); Mouret, prosecteur à la Faculté de médecine de Montpellier; Bouquet, Reynes, Poujol, Gachon, élèves de ladite Faculté; Monod et Vic, élèves de la Faculté de médecine de Paris; Marty et Dirat, internes des hôpitaux de Toulouse; Cornet, Porge, Pinatel, Dangerfield, Cannieu, Portes, Dallas, Goyestche, Jaulin, élèves de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Garnault (de Lescun); Daraigne, Le Port, Sabrazès, élèves de la Faculté de médecine de Bordeaux; Rigal, Ping et Naçabal, infirmiers; Mme Juvert, infirmière.

Mentions spéciales. — MM. Du Coquet, Lacaze, élèves de la Faculté de Bordeaux; MM. Juvert, Carrere et Vinges, infirmiers.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Revue générale. De la tachycardie paroxystique essentielle, par M. le docteur Courtois-Suffit, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Thèses de Paris. — Société de Chirurgie. — Revue bibliographique. — Nouvelles.

REVUE GÉNÉRALE

De la tachycardie paroxystique essentielle.

Par le docteur Courtois-Suffit,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

A la fin de l'année 1889, M. Bouveret publiait, dans la *Revue de médecine*, un mémoire très intéressant et très complet, sur un trouble fonctionnel de l'innervation du cœur, encore mal connu, qu'il proposait de nommer : « Tachycardie essentielle paroxystique. »

Tenant compte des travaux de ses devanciers, travaux peu nombreux, il est vrai, et surtout incomplets et diffus, il tenta de réunir, en un seul faisceau, les observations éparses de différents côtés, en leur ajoutant quelques faits personnels, minutieusement étudiés. Son travail n'est donc pas le premier mémoire sur la question, mais c'est évidemment le plus complet et le mieux fait, et l'on ne comprendrait pas que l'on pût actuellement, et après lui, en parler encore, si de récents travaux sur le même sujet n'étaient venus, il y a peu de temps, attirer l'attention du monde médical et remettre à l'étude quelques faits peu connus, quelques points mal élucidés.

Nous faisons allusion, en ce moment, au mémoire si intéressant de MM. Debove et Boulay, lu à la Société médicale des hôpitaux, le 19 décembre 1890, et à la discussion qui suivit, à laquelle prirent part MM. Huchard, Rendu, Faisans, Guyot et Chantemesse, puis à l'observation publiée, peu de temps après, par M. Talamon. Il y a quelques jours à peine, à la Société de médecine interne de Berlin, Frænkel et Fræntzel discutèrent à nouveau cette question, cherchant encore, mais sans y parvenir, à en élucider le processus pathogénique.

Nous nous aiderons surtout des travaux que nous venons de signaler, car nous n'avons pas l'intention de faire, avec de minutieux détails, un historique de la question. Ce ne pourrait être qu'une compilation fastidieuse et ce serait faire montre d'une érudition véritablement trop facile.

Avant le travail de M. Bouveret, quelques mémoires sur la tachycardie parurent dans ces dix dernières années.

Le premier mémoire, un peu complet, est celui de Prœbsting (1) : on y trouve deux observations bien prises qui se rapportent assez exactement au type morbide que nous étudions ; avant ce travail, on ne rencontre guère que des observations isolées de Bowler (2), Moon (3), Huppert (4), Bensel (5), Pelizœus (6).

Après lui, de nouvelles observations sont publiées par Pribram (7), Dœlger (8), Winternitz (9), Dehio (10).

Puis vient un nouveau mémoire de Nothnagel (11), où l'auteur cherche à différencier la tachycardie par lésion du sympathique de la tachycardie par altération du nerf pneumogastrique.

Nous passons rapidement sur les travaux de Bristow (12), Spengler (13), Brieger (14), Bressler (15), pour signaler un mémoire de Fræntzel (16), plus complet que les précédents et publié la même année que celui de M. Bouveret.

Parmi les travaux récents, outre ceux dont nous avons déjà parlé, il importe de mentionner ceux de Honigmann (17), MM. Huchard (18), Péchadre (19), Robinson (20), Sanson (21), Sollier (22), Eales (23).

Nous nous occuperons, dans cette Revue, exclusivement de la tachycardie paroxystique essentielle, qui, nous espérons pouvoir le démontrer plus loin, peut être exactement décrite à l'aide de ses principaux caractères constants, et nous laisserons presque tout à fait de côté le groupe très vaste et surtout très mal connu des tachycardies sympto-

(1) Prœbsting. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1882.
(2) Bowler. *Brit. Med. Journ.*, 1867.
(3) Moon. *Ref. in Virchow's Jahresb.*, 1874.
(4) Huppert. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1874.
(5) Bensel. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1880.
(6) Pelizœus. *Inaug. Dissert. über Vagurlæmungen*, Wurzburg 1888.
(7) Pribram. *Wiener Med. Presse*, 1882.
(8) Dœlger. *Inaug. Dissert.*, Wurzburg 1883.
(9) Winternitz. *Berl. Klin. Wochens.*, 1883.
(10) Dehio. *St-Pétersb. Med. Wochens.*, 1880 et 1886.
(11) Nothnagel. *Wien. Med. Blaetter*, 1887.
(12) Bristow. *Brain*, vol. X, 1888.
(13) Spengler. *Deuts. Med. Wochens.*, 1887.
(14) Brieger. *Charité Annalen*, 1888.
(15) Bressler. *New-York Med. Record*, 1888.
(16) Fræntzel. *Charité Annalen*, 1889.
(17) Honigmann. *Deuts. Med. Wochens.*, 1888, n° 45.
(18) Huchard. *Rev. de clin. et de thérap.*, mars et août 1890.
(19) Péchadre. *Union médicale du Nord-Est*, 1890, n° 9.
(20) Robinson. The Rapid heart, *Lancet*, 1890.
(21) Sanson. *Progrès médical*, 1890.
(22) Sollier. *France médicale*, 1889, n° 145.
(23) Eales. Soc. méd.-chir. de Londres, 1890.

matiques, Nous les mentionnerons seulement dans un court chapitre consacré à l'étiologie et au diagnostic ; car nous sommes convaincu que, dans beaucoup de cas, ce que l'on a décrit sous le nom pompeux de tachycardie, n'était qu'une crise un peu violente de palpitations, et d'ailleurs, si l'on considère comme symptôme unique l'accélération des battements du cœur, et si l'on s'en tient à cette constatation commode, il nous paraît bien difficile de savoir et de dire où commence la tachycardie et où finissent les palpitations.

Nous aurons occasion de discuter cette question ultérieurement.

I

Définition ; symptomatologie. — La tachycardie paroxystique essentielle est une névrose complexe caractérisée par deux ordres de phénomènes.

Les uns constants, primordiaux, sont au nombre de trois principaux. Ils constituent une triade symptomatique presque aussi nette que celle du goître exophthalmique. Ce sont :

1° L'accélération énorme des battements du cœur ;

2° La diminution extrême de la tension artérielle ;

3° Les troubles dans la quantité et la qualité des urines.

A côté de ces symptômes cardinaux, on observe toute une série de phénomènes extrêmement intéressants, mais qu'on ne peut placer qu'au deuxième plan, car ils ne sont pas nécessaires et dépendent presque tous des précédents. Nous les énumérerons au courant de la description.

Cette névrose complexe se manifeste par accès, d'une durée plus ou moins considérable.

Ce sont là, schématiquement tracés, les principaux phénomènes. Cherchons maintenant à en faire une analyse détaillée.

Symptomatologie. — M. Bouveret, dans la description qu'il fait des symptômes de la tachycardie paroxystique essentielle, les divise en deux types cliniques bien distincts : le premier comprenant le schéma des accès courts, le second, celui des accès longs. Cette scission, qui répond peut-être aux besoins de la clinique courante, nous paraît apporter quelque confusion dans le tableau symptomatique que l'on veut tracer de la névrose, car les phénomènes sont les mêmes dans les deux cas, et n'était la durée, qui, ici comme partout, est variable, il n'y aurait aucune distinction à faire entre ces deux types cliniques.

Bien plus, et nous le verrons plus loin, il n'y a aucun rapport constant entre la plus grande gravité de la maladie et sa durée plus considérable.

La tachycardie paroxystique essentielle est toujours identique à elle-même et sa description doit être faite d'un seul trait.

Dans la très grande majorité des cas, le début des accès est brusque, subit, inopiné. On a pu quelquefois noter quelques prodromes qui semblaient permettre d'annoncer la venue de la crise. Ils sont, en tout cas, peu nets et disparates. Ceux que l'on trouve le plus fréquemment notés sont des sensations vagues d'éblouissements et de vertiges ; ou bien on parle de constriction violente à l'épigastre ou à l'abdomen, enfin on a pensé qu'un traumatisme physique ou moral pouvait produire et précéder la crise.

C'est en tout cas fort peu de chose, et il est infiniment plus simple d'admettre que les battements du cœur passent du rythme normal au rythme tachycardique sans symptôme prémonitoire et toujours brusquement. En quelques secondes, l'accès est fait et les phénomènes cardiaques attirent immédiatement l'attention.

Il ne s'agit plus alors d'une accélération quelconque des bruits du cœur, il n'y a pas à penser un seul instant à un accès, même très intense, de palpitations : on se trouve de suite en présence d'une exagération énorme des battements cardiaques. Ils atteignent le nombre de 190 à 200 pulsations à la minute, quelquefois on en compte 250 ; on a prétendu même en avoir pu compter 300. C'est probablement vrai, encore qu'il nous paraisse bien difficile d'affirmer un chiffre exact lorsque les pulsations ont dépassé 200 par minute. Ce dernier chiffre nous semble devoir être considéré comme le terme moyen, dans un accès ordinaire de tachycardie paroxystique essentielle.

Ces battements si accélérés sont, le plus souvent, réguliers, mais le grand silence disparaît et il est à peu près impossible de distinguer le premier bruit du deuxième. « C'est le rythme du cœur fœtal », signalé par Stokes et étudié par M. Huchard, sous le nom d' « embryocardie ».

Les bruits sont nets, distincts, mais très brefs. Parfois, on entend un souffle systolique léger à la pointe du cœur, tantôt pendant l'accès, tantôt pendant l'intervalle qui sépare deux paroxysmes très rapprochés.

Ce souffle est mobile, fugace ; parfois, et nous l'avons observé nous-même, il est accompagné d'un léger dédoublement du deuxième bruit, pouvant faire croire par moment à l'existence d'un rétrécissement mitral. Mais ce ne sont là que phénomènes essentiellement transitoires, passagers, différents d'un jour à l'autre, et qui n'impliquent, en aucune façon, une lésion organique de la valvule mitrale.

Le choc précordial est remplacé presque toujours par une sorte de vibration très nette de la paroi thoracique. Cette ondulation peut être sentie dans plusieurs espaces intercostaux, elle est souvent perceptible à la vue.

M. Bouveret cite l'exemple d'une femme dont le sein paraissait soulevé par une série d'oscillations extrêmement brèves et rapides.

Mais, en outre, et nous tenons à insister d'une façon toute particulière sur ce point, les battements du cœur sont en même temps très énergiques. Ils sont nettement sensibles à l'oreille qui ausculte et à la main qui palpe. On remarque que la contraction cardiaque est plus violente, plus vigoureuse. Il semble que le muscle lutte, de cette manière, contre l'accélération extrême de ses mouvements.

En un mot, le cœur bat non seulement plus vite, mais il bat plus fort.

Et ce phénomène est d'autant plus intéressant et d'autant plus remarquable qu'il contraste, d'une manière plus sensible, avec le deuxième grand symptôme de la tachycardie paroxystique essentielle, à savoir : la *diminution extrême de la tension artérielle.*

C'est là un symptôme capital sur lequel les auteurs n'ont certainement pas suffisamment insisté ; M. Huchard l'a considéré comme un des dangers de la maladie, mais c'est à MM. Debove et Boulay que l'on doit de l'avoir mis tout à fait en valeur et à sa vraie place, en le considérant non plus comme un accident possible ou un phénomène dangereux, mais comme un symptôme prédominant, capital de l'affection, qui, sans lui, n'est que fruste ou ébauchée.

Voici ce que ces auteurs écrivaient à ce sujet :

« Le pouls, chez notre malade, était non seulement incomptable, mais encore imperceptible, même sur la fémorale. Le pouls peut être incomptable par le fait de la grande accélération des battements, sans cesser d'être perçu ; on sent alors l'artère comme une corde dépressible et légèrement vibrante. Dans la tachycardie symptomatique, on a parfois constaté un abaissement très marqué de la pression artérielle. Le pouls peut être incomptable dans le goître exophthalmique, il n'est pas imperceptible, il en est de même dans les diverses tachycardies symptomatiques, notamment dans celles qui résultent d'une compression des pneumogastriques.

Dans la tachycardie paroxystique essentielle, il y a tout à la fois accélération énorme des battements du cœur et abaissement considérable de la pression artérielle. C'est là un signe, suivant nous, caractéristique de la maladie, ou tout au moins qu'on ne rencontre pas au même degré dans les autres formes de tachycardie. L'accélération des battements du cœur ne peut expliquer l'abaissement de la tension, elle aurait bien plutôt un effet contraire.

Et d'ailleurs, chez notre malade, aussi bien que chez tous les autres du même genre, il y avait contraste entre l'énergie insolite des battements du cœur, qui soulevait la paroi pectorale dans une grande étendue, et l'abaissement de la tension artérielle.

Chez certains malades agonisants, on observe parfois une accélération énorme des battements du cœur, avec abaissement de la tension, mais les battements sont faibles, peu énergiques.

En un mot, ce qui nous paraît tout à fait caractéristique de la maladie que nous étudions, c'est le contraste entre l'énergie développée par le cœur et l'état de la circulation artérielle. Nous croyons qu'il s'agit d'un signe de premier ordre qui servira, dans l'avenir, à établir une démarcation bien franche entre les tachycardies symptomatiques et celles que nous nommons provisoirement essentielles. »

Nous avons tenu à citer textuellement cette page du mémoire de MM. Debove et Boulay, car il est impossible de mieux dire et plus complètement.

Il ne nous reste que bien peu de mots à ajouter pour terminer l'étude des modifications du pouls dans la tachycardie paroxystique essentielle. Notons, dès maintenant, que souvent le retour du pouls à l'état normal est le premier signe qui indique la fin de la crise, et que cette terminaison de l'accès est souvent annoncée par l'apparition soudaine de deux ou trois pulsations fortes et ralenties.

Enfin, il faut encore ajouter, pour montrer avec plus d'insistance l'indépendance des deux phénomènes étudiés, que, chez le même malade, ils sont loin d'être toujours parallèles. La pression artérielle peut, à un moment donné, se relever, le pouls redevenir perceptible, tout en restant incomptable à cause de son accélération, tandis que l'auscultation du cœur ne révèle aucun changement symptomatique quant à l'énergie et au nombre des battements.

A côté de ces deux grands symptômes, se placent des modifications importantes dans les caractères des urines. Les troubles de la sécrétion urinaire complètent la triade symptomatique dont nous avons parlé. Ces troubles sont presque constants ; ils ne sont pas toujours semblables.

Dans la grande majorité des cas, la sécrétion urinaire est diminuée, surtout dans les accès de durée longue. Cette oligurie est presque de règle et peut être mise sur le compte de la dépression considérable et prolongée de la tension artérielle.

Mais aussi, l'albuminurie est fréquente, l'azoturie a été observée. Elle fut très manifeste chez la malade de MM. Debove et Boulay. En effet, cette femme, avec 800 grammes d'urine, avait 34 grammes d'urée, puis avec 1 600 grammes d'urine, elle eut 43 grammes d'urée. Par addition d'acide nitrique, il se formait du nitrate d'urée cristallisant spontanément.

Ni le régime (1/2 à 1 litre de lait), ni la température (39 degrés), n'expliquent une pareille azoturie, elle fut d'ailleurs suivie d'une hypo-azoturie, car un mois plus tard, la malade excrétait 7 litres d'urine qui ne contenaient plus que 7 grammes d'urée. Enfin, presque toujours, l'oligurie est suivie d'une période de polyurie, qui ne doit pas être exclusivement mise sur le compte de la résorption des œdèmes, car on a noté que, après la disparition des œdèmes, la polyurie persistait encore.

Ce n'est donc pas encore là un phénomène exclusivement cardiaque, mais un phénomène nerveux sur l'interprétation duquel nous aurons à revenir.

Il en est de même d'une glycosurie temporaire que M. Huchard a trouvée chez un de ses malades au moment des crises tachycardiques (glycosurie bulbaire).

Symptômes secondaires. — A côté de ces trois grands symptômes qui dominent par leur importance extrême toute la symptomatologie de la tachycardie paroxystique essentielle, vient s'ajouter un long cortège de phénomènes accessoires, qu'il faut passer en revue successivement dans l'ordre de leur plus grande importance et aussi de leur apparition.

L'aspect du malade, en état de crise tachycardique, est souvent très caractéristique. Généralement, la figure est pâle, et si l'accès est de courte durée, la cyanose est peu prononcée. Parfois (Bouveret), la face pâlit subitement au début de l'accès, et la pâleur s'étend aux muqueuses et à tout le tégument externe. Cet aspect n'est ainsi que lors des crises très courtes, il change rapidement si la névrose se prolonge quelque peu.

Bientôt, en effet, la stase se fait dans la circulation veineuse générale, par suite de la dilatation des cavités droites du cœur. Les veines du cou apparaissent turgides et animées de battements extrêmement précipités. Ces pulsations sont entièrement comparables à celles que provoquent certaines insuffisances de la valvule tricuspide, elles se produisent sans doute d'après le même mécanisme. La face ne tarde pas à subir les effets de cette stase du sang dans le système veineux, les lèvres bleuissent, la cyanose devient manifeste et souvent très considérable.

Le cours du sang se ralentit peu à peu aussi dans les veines de l'encéphale et toute une série de phénomènes cérébraux apparaît, qu'il importe de bien connaître. Il faut surtout, en les signalant, les analyser avec soin, car s'il est vrai que certains d'entre eux dépendent manifestement de la stase veineuse du cerveau, beaucoup d'autres doivent être rapportés à l'état spécial du malade chez lequel la crise tachycardique est survenue. Il est manifeste que souvent ces malades sont des prédisposés aux troubles psychiques. Ce sont des nerveux, des cérébraux.

Presque toujours, chez les tachycardiques en état de crise, on observe une inquiétude vague, une agitation mal

définie et sans objet, un besoin extrême d'activité sans emploi; chez d'autres, on apprend que le sommeil est entrecoupé de rêves pénibles, que l'insomnie parfois est complète pendant toute la durée de l'accès. Enfin, même le délire peut apparaître dans toutes ses manifestations et sous toutes ses formes.

Souvent, le malade se plaint de pression au creux épigastrique, d'endolorissement dans le bras gauche; ou bien, il est pris d'une sorte de frissonnement général, d'un sentiment de constriction au niveau du cou, dans le thorax et dans l'abdomen.

D'autres fois, même dans les accès les plus graves, les malades ne paraissent pas se rendre exactement compte de l'extrême accélération du rythme cardiaque, ou du moins ils ne s'en plaignent pas spontanément, même lorsque l'accès dure déjà depuis plusieurs jours. Mais presque toujours, un moment vient où le malade est prostré, où il éprouve de l'accablement, de la courbature, une sensation de froid général.

Des malades ont pu rester debout pendant la première partie d'un grand accès et n'ont pris le lit que quelques jours avant la fin du paroxysme.

En somme, rien de plus variable, de plus mal défini, de moins régulier que ces diverses sensations subjectives. Inutile d'y insister davantage.

Mais il est curieux de voir comment va se comporter le malade devant un accès d'une longue durée.

Il arrive, en effet, une heure où le cœur se lasse d'une lutte trop prolongée; où, fatigué, il se dilate, et où apparaît alors une période d'asystolie aiguë, vulgaire sans doute, dans ses manifestations objectives, mais d'un intérêt de premier ordre si l'on envisage la marche de la névrose tachycardique.

Cette période de dilatation du cœur, une fois faite, peut prendre en quelques jours des proportions considérables. Rapidement, les pulsations cardiaques deviennent perceptibles dans une étendue plus grande qu'à l'état normal. La percussion dénote une extension manifeste, souvent très accentuée, de la matité cardiaque, même de la matité absolue, qui peut dépasser le bord droit du sternum et la ligne du mamelon gauche.

Les bords antérieurs du poumon sont refoulés par cette dilatation aiguë des cavités cardiaques. Il est rare cependant que cette dilatation du cœur se produise d'un seul coup. Presque toujours, elle s'accroît progressivement dans l'intervalle de quelques jours, à mesure que les parois auriculaires et ventriculaires s'affaiblissent et se laissent distendre par l'énorme accumulation du sang dans les cavités.

D'après M. Bouveret, et la plupart des observations qu'il cite plaident en faveur de son opinion, il est probable que la dilatation porte surtout sur les oreillettes dont les parois offrent une résistance beaucoup moindre que celle des parois ventriculaires. Ce qui semble bien démontrer qu'il en est ainsi, c'est que la matité s'étend surtout dans la partie supérieure de la région précordiale et suivant le diamètre transverse du cœur.

L'asystolie ne se limite naturellement pas à ses manifestations cardiaques.

Presque toujours des symptômes thoraciques arrivent vite et menaçants. La toux, parfois modérée, procède souvent par quintes fréquentes, intenses, très pénibles. Les crachats, d'abord visqueux, ne tardent pas à se strier de sang. Des hémoptysies ont été observées. La dyspnée est plus ou moins prononcée, mais elle est constante, et souvent par accès.

Ces symptômes sont reconnus par l'auscultation : ou bien on note par la percussion des zones de matité et de submatité, d'un seul ou des deux côtés, et l'on entend des râles sonores, des râles sous-crépitants, des bouffées de râles crépitants, des frottements pleurétiques — en somme, tous signes d'œdème et de congestion pulmonaire d'une part, et signes d'épanchement d'autre part.

Ces phénomènes rendent la situation du malade plus grave, mais si le pronostic est plus sérieux, il n'est pas désespéré, car toutes ces menaces peuvent disparaître complètement et les poumons revenir à l'état normal.

Puis, notons encore d'autres phénomènes asystoliques, non constants, mais aussi très importants. Ils ont été suivis par MM. Debove et Boulay de jour en jour, dans leur apparition, leurs oscillations, leur déclin.

Et d'abord, c'est la tuméfaction du foie qui se constate nettement par la descente de la limite inférieure de la matité hépatique. Puis, c'est l'augmentation sensible du volume de la rate, l'ascite plus ou moins considérable, enfin l'anasarque ou seulement l'œdème des membres inférieurs.

Notons encore que des troubles pupillaires ont été mentionnés dans quelques observations. MM. Debove et Boulay ont constaté chez leur malade du rétrécissement de la pupille qui a persisté pendant quinze jours. La constatation de ce signe est importante au point de vue pathogénique et semble bien indiquer qu'il ne s'agit pas d'une névrose du pneumogastrique.

L'étroitesse des pupilles a été signalée dans un cas de Brieger (non cité par M. Bouveret). Dans une observation de Tunker, la pupille se dilate dès le début de l'accès et reprend brusquement ses dimensions normales à la fin de la crise.

L'abaissement de la tension artérielle, les sueurs, la diarrhée profuse, qui se joignent aux troubles pupillaires, déterminent cet auteur à considérer la tachycardie comme une affection du sympathique. Mais, dans ce cas particulier, des signes d'insuffisance aortique persistèrent après la crise, si bien qu'il ne s'agissait plus d'une tachycardie essentielle.

Souvent, à la fin de l'accès et surtout lorsqu'il doit se terminer favorablement, la sécrétion sudorale s'exagère, la peau se couvre d'une sueur abondante, d'assez bon augure.

Pendant les paroxysmes un peu longs, presque toujours la température s'élève de 1 à 3 degrés. Les auteurs sont en désaccord à son sujet, les uns l'envisagent comme la conséquence d'une complication viscérale, qu'ils ne font souvent que soupçonner, les autres notent son indépendance de toute complication. Et, de fait, on ne saurait établir aucune relation entre l'apparition de la fièvre et celle d'une inflammation viscérale. On constate parfois une fièvre intense sans complication appréciable et, dans certains cas, les mêmes complications, auxquelles on attribue l'élévation de la température dans d'autres observations, évoluent sans fièvre.

C'est ainsi que, dans une observation de M. Bouveret, le thermomètre s'éleva au-dessus de 40 degrés, alors qu'on ne constatait qu'une légère congestion pulmonaire aux bases; tandis que dans le cas de M. Sollier, où l'on trouva à l'autopsie une congestion pulmonaire assez intense, avec noyau d'apoplexie, la température ne dépassa pas 38 degrés.

Il n'y a pas de rapport entre l'élévation de la température et l'intensité des complications pulmonaires.

Chez la malade de MM. Debove et Boulay, la fièvre a persisté pendant toute la durée de l'accès et même quelques jours au delà; elle s'est élevée jusqu'à 39°6, sans qu'il ait jamais été possible de constater aucune complication qui pût rendre compte de ce phénomène.

Huppert a déjà fait cette remarque que la fièvre ne dépend pas d'une complication inflammatoire. Il conclut même (!) que l'élévation de la température du corps est due à la chaleur développée par les contractions répétées du muscle cardiaque.

N'est-ce pas beaucoup plutôt une fièvre nerveuse, comparable à celle que l'on observe dans l'hystérie, dans le goître exophthalmique? Et ne peut-on déjà voir dans ce fait une preuve de plus en faveur de la théorie bulbaire de la tachycardie, théorie que nous croyons être, au moins actuellement, la plus exacte?

Tels sont les principaux symptômes qui caractérisent cette névrose. Nous les avons esquissés dans leur ensemble et avec leur valeur séméiologique, sans nous préoccuper de leur durée plus ou moins longue, du mode de leur apparition successive. Ce sont ces deux points que nous allons très rapidement passer en revue.

Nous avons vu que M. Bouveret surtout avait divisé la tachycardie essentielle paroxystique en deux types cliniques, l'un caractérisé par des accès courts, l'autre par des accès prolongés.

L'accès court durerait de quelques minutes à quatre ou cinq jours, l'accès long pourrait se prolonger pendant plusieurs semaines et même pendant plus d'un mois.

Nous avons dit que cette division était tout à fait schématique. Bien plus, elle ne répond pas toujours à la réalité clinique.

Si le plus souvent les accès courts, surtout lorsqu'ils ne durent que quelques heures, sont uniquement constitués par la tachycardie, parfois aussi les accès très longs ne s'accompagnent pas d'autres phénomènes. C'est ce qui se passait chez une malade de Bristow. Dans un accès qui dura cinq semaines, elle put continuer ses fonctions d'inspectrice des écoles, et dans la crise qui devait l'emporter, il n'y avait encore, au bout de trois semaines, ni cyanose, ni œdème. Sauf l'accélération du cœur, l'état était assez satisfaisant pour que la malade put partir en voyage.

Par contre, chez un homme, soigné par Prœbsting, les jugulaires présentaient un pouls veineux dès le cinquième jour de l'accès, le foie débordait les côtes et les crachats étaient sanguinolents.

Dans un cas de Pribram, la seconde phase de l'accès apparut si rapidement que le sujet était déjà dans le collapsus asystolique le cinquième jour de la crise.

Nous ne croyons donc pas qu'il soit bien nécessaire de diviser la tachycardie en deux groupes. C'est la même affection, ici plus courte, là plus longue, mais toujours caractérisée par les mêmes symptômes fondamentaux.

Ce qui est beaucoup plus intéressant et plus vrai, c'est la marche de l'accès lui-même et nous croyons que l'on peut, à l'exemple de MM. Debove et Boulay, la diviser en trois périodes :

Une première période est faite de tachycardie sans asystolie;

Une deuxième de tachycardie avec asystolie, cette asystolie résultant de la fatigue du cœur;

Une troisième période est la période de déclin, pendant laquelle les phénomènes s'améliorent progressivement.

Nous connaissons les deux premières, voyons la troisième.

Elle est courte. Le pouls tombe brusquement d'un chiffre élevé, 200 à 250, au chiffre physiologique, 60 à 70.

« Souvent (Bouveret) deux ou trois contractions du cœur lentes et énergiques marquent la transition du pouls accéléré au pouls normal. » A ce moment, plusieurs malades ont éprouvé des sensations particulières; l'un se trouve dans un état de malaise indéfinissable et il lui semble qu'il va mourir; un autre croit qu'une rupture vient de se produire à la région cervicale.

Les symptômes secondaires disparaissent plus lentement. C'est au bout de quelques jours seulement que s'efface la dernière trace de la congestion pulmonaire, des stases veineuses, des ascites, des œdèmes périphériques.

Pendant les premiers jours de la convalescence, le cœur conserve encore une réelle irritabilité. L'affaiblissement général persiste pendant quelques jours ou même quelques semaines, suivant la durée de l'accès et l'intensité des symptômes secondaires.

Ce qui caractérise surtout l'affection, c'est sa marche paroxystique. Le malade qui en est atteint reste toujours sous la menace de nouveaux accès. Cependant, dans l'intervalle des accès de tachycardie, il n'existe aucun symptôme imputable à une affection du cœur, et cette intégrité du cœur et des organes n'est pas un des caractères les moins importants de la tachycardie paroxystique essentielle.

Cette intégrité du cœur paraît certaine, faut-il conclure à une intégrité absolue de toute l'économie? Nous ne pouvons prendre parti, puisque les observations sont muettes à cet égard, et cependant nous serions tenté d'admettre que les malades, en dehors des accès, sont encore sous le coup d'un trouble nerveux général, bizarre peut-être, mal défini certainement, mais qu'il serait mauvais de passer sous silence.

Ce qui nous engage à penser ainsi, c'est l'état de la malade du service de M. Debove. Nous avons pu la suivre après son accès de tachycardie, longtemps après que tout symptôme cardiaque avait disparu, et nous avons pu constater que tout n'était pas fini pour elle.

On était frappé, en la regardant, de son allure spéciale et très particulière. C'était une sorte d'afféterie exagérée; un état psychique étrange qui la poussait à une coquetterie inconsciente et à des contorsions sans but. En examinant de plus près, nous avons pu nous convaincre, et M. Debove insistait souvent sur ce point, que ce que nous prenions pour un état psychique et purement cérébral, n'était qu'un état choréiforme incomplet.

Cette chorée en miniature se manifestait d'une façon singulièrement nette, lorsque l'on tentait d'imposer à la malade un repos absolu. Ses mains étendues sur le plan du lit étaient incessamment agitées de secousses, de mouvements légers et involontaires; et ainsi de la tête, et de même pour les membres inférieurs.

Y a-t-il là simple coïncidence? Ou bien est-ce, au contraire, un phénomène fondamental important? Il nous est impossible de le dire, mais il était intéressant de le constater.

Nous ne savons rien de la durée probable de la maladie, ni du retour possible des accès. Il se peut faire qu'à la

longue la résistance du cœur diminue, à mesure que se répètent les paroxysmes, et que, lorsque les accès deviennent plus fréquents, les symptômes secondaires se dissipent plus lentement. Mais il existe encore bien peu de données précises sur ce sujet.

En tout état de cause, la tachycardie paroxystique essentielle est une affection grave. M. Bouveret prétend que, sur onze observations par lui recueillies, un seul malade pourrait être considéré comme absolument guéri. Ce serait donc une affection presque toujours mortelle.

Il ne nous est pas permis d'affirmer que ce soit là l'expression exacte de la vérité.

Presque toujours, lorsque les malades succombent, ils sont emportés par une syncope ou par les progrès de l'asystolie.

II

Étiologie. — De l'étiologie de cette névrose, nous ne connaissons rien ou peu de choses. Nous signalerons très rapidement les diverses causes que l'on a successivement invoquées ou qui paraissent les plus probables.

Il paraît à peu près certain que la première crise tachycardique arrive à l'âge adulte, entre vingt et cinquante ans, encore que bien souvent on ne puisse préciser d'une façon exacte la date du premier accès. Les deux sexes sont également partagés.

Il n'y a presque jamais de tare nerveuse, ni héréditaire, ni acquise. On a cherché, mais presque toujours en vain, les stigmates de l'hystérie ou de la neurasthénie.

Y a-t-il, au contraire, lieu de penser à la possibilité d'une manifestation épileptique? Nous ne pouvons le dire, et le cas unique que signalait M. Talamon, à la Société médicale des hôpitaux, est encore insuffisant pour trancher cette question. D'ailleurs, cet auteur ne fait qu'émettre une hypothèse en disant : « Pour les tachycardies essentielles, il n'est pas invraisemblable de penser qu'elles puissent, comme la syncope ou les convulsions, reconnaître une étiologie multiple, et que des causes différentes soient capables de provoquer l'excitation des centres nerveux qui détermine la production du syndrome. »

Enfin, M. Talamon se demande si les accès de tachycardie essentielle ne sont pas, chez des épileptiques avérés, un *équivalent* du mal comitial, au même titre que certaines formes de délire ou d'autres manifestations du petit mal. L'on sait dès à présent que l'accès convulsif d'épilepsie peut débuter par une *aura cardiaque*, avec un violent affolement des battements du cœur, qui rappelle de très près le paroxysme de la tachycardie essentielle.

Nous ne pouvons mieux faire que poser la question, mais nous avouons que, de la lecture des observations de tachycardie essentielle les plus détaillées, il ne ressort rien qui soit en rapport avec cette théorie.

Chez plusieurs malades, on a noté des antécédents morbides acquis très différents, tels que : diarrhée chronique, fièvre typhoïde, pleuro-pneumonie. Il y a certainement simple coïncidence et non rapport de cause à effet.

Enfin, on a noté des abus de café et de tabac. De toutes les causes auxquelles on peut attribuer le développement de la tachycardie paroxystique essentielle, la mieux établie paraît être le surmenage physique et cérébral.

M. Bouveret a cherché à tirer, de l'étude attentive de ses observations, la cause occasionnelle des accès.

Beaucoup de paroxysmes paraissent survenir tout à fait inopinément, sans cause appréciable. D'autres fois, on peut noter la fatigue physique, l'effort, l'émotion, l'impression du froid.

Enfin, on a pu remarquer que pendant la convalescence d'un grand accès, surtout si l'affection dure depuis longtemps, le cœur restait encore excitable pendant plusieurs jours. Des causes légères suffisent alors pour amener une accélération passagère du rythme cardiaque, quelquefois même elles provoquent un veritable accès de tachycardie.

III

Diagnostic. — D'après ce que nous venons de dire, nous ne croyons pas qu'il soit possible de confondre cette affection avec aucune autre maladie. Sa marche, ses paroxysmes, ses principaux symptômes sont trop caractéristiques.

La tachycardie paroxystique essentielle est, pour nous, une névrose particulière, complète et complexe, solidement établie sur des symptômes fondamentaux et sans aucun lien avec un état pathologique du cœur, ou antérieur ou concomitant.

Si nous insistons tant sur ce point, c'est que nous voudrions qu'il n'existât aucune confusion entre cette névrose, systématisée pour ainsi dire, et ces infinies variétés de tachycardies symptomatiques, dont le nombre s'accroît tous les jours, ce qui ne contribue guère à en rendre l'étude claire et facile.

Il ne suffit pas d'un symptôme pour caractériser une maladie, et si l'on s'appuie exclusivement, dans un cas donné, sur l'accélération plus considérable des battements du cœur, pour dire que le malade est atteint de tachycardie, on augmente la confusion déjà si grande du sujet, car on peut croire qu'il s'agit d'un accès de tachycardie paroxystique.

Et d'ailleurs, pourquoi, dans la plupart des cas que nous allons signaler, dit-on tachycardie et non palpitations?

A quel moment commence la tachycardie? Si c'est seulement affaire de nombre, il serait bien urgent de préciser et de fixer le chiffre des pulsations auquel s'arrêtent les palpitations et où commence la tachycardie. Sera-ce à 120 ou à 160?

Nous savons bien que de nombreux auteurs disent que ce n'est pas le nombre des battements qui est capable d'établir la distinction clinique entre la tachycardie et les palpitations; que celles-ci sont surtout constituées par une sensation subjective, et que, de cette façon, il pourrait y avoir des palpitations sans tachycardie et des tachycardies sans palpitations.

Or, cette façon de concevoir les choses, sans doute vraie, ne nous paraît pas éclairer d'un jour bien intense cette question, car il faudrait alors faire de nouvelles divisions cliniques et scinder en différents groupes les cas de tachycardie avec ou sans palpitations. Car il est tout à fait évident que la plupart des faits de *tachycardies symptomatiques* ne sont que de vulgaires accès de palpitations, que l'on a eu le grand tort de disqualifier.

Nous ne voulons, à aucun prix, prendre parti dans la discussion qu'une pareille question soulèverait, et c'est pourquoi nous nous abstiendrons de copier littéralement le tableau schématique très complet des tachycardies secondaires que M. Huchard a publié. Il suffit d'en signaler les

points principaux pour saisir clairement la véracité des faits que nous avançons.

En effet, il est un groupe de tachycardies dans les affections valvulaires, un autre dans les maladies infectieuses, puis dans les névroses; enfin, on parle de tachycardies d'origine toxique, après ingestion exagérée d'alcool, de tabac, de thé, etc.

Or, dans presque tous ces cas, on avait coutume de dire, depuis de bien longues années, que le malade avait des palpitations. Faut-il dire maintenant qu'il a de la tachycardie? Mais alors, de la tachycardie avec ou sans palpitations?

On pourrait nous reprocher de jouer sur les mots, mais la faute en est à la confusion que des travaux sans discernement ont apportée dans la question. Nous croyons qu'il est mieux de laisser le nom de palpitations à un grand nombre des cas que nous venons de citer, en attendant que l'on puisse être fixé, d'une façon définitive, sur les termes et sur leur sens exact. En tout état de cause, et de toutes façons, il n'y a rien dans ces divers états morbides qui puisse être rapproché de la névrose : *tachycardie paroxystique essentielle*, et qui, par conséquent, puisse être confondu avec elle.

IV

Physiologie pathologique. — Si l'étiologie de cette névrose est mal ou peu connue, on peut affirmer que la pathogénie ne l'est en aucune de ses parties. Ici, comme partout, les théories se sont ajoutées aux théories, et cette accumulation de preuves plus ou moins séduisantes, mais toujours purement imaginaires, n'a pas servi à élucider le point en litige.

Il nous semble, et nous chercherons à le démontrer, que les auteurs ont été uniquement frappés de l'accélération considérable des battements du cœur, qu'ils ont laissé de côté presque complètement les phénomènes voisins, et ont été ainsi conduits à localiser la genèse de l'affection dans un trouble des nerfs cardiaques.

Considérant, au contraire, à côté de l'accélération des battements, les symptômes qui marchent avec elle, on peut se faire une idée plus satisfaisante de l'affection, et, croyons-nous, plus vraie.

Mais, nous ne pourrons encore émettre qu'une hypothèse, plus vraisemblable peut-être, mais non à l'abri de tout reproche, car jusqu'à présent les rares autopsies que l'on a faites ont toujours été négatives.

Dans un cas de M. Bouveret, il est dit que le cœur ne présentait d'autres lésions qu'un certain degré d'hypertrophie et de dilatation, lésion commune et sans rapport de cause à effet avec la tachycardie. Il est probable même que, dans ce cas, la lésion est bien plutôt l'effet que la cause, car le malade avait succombé à la suite d'un grand accès de tachycardie, et nous savons que la dilatation aiguë et considérable des cavités cardiaques est un des caractères des accès de longue durée. Enfin, il n'y avait aucune trace de lésions des fibres musculaires, non plus que des centres nerveux, du pneumogastrique et des nerfs cardiaques du sympathique.

Cette absence de lésions ne nous surprend d'ailleurs pas, elle cadre bien avec l'allure paroxystique de l'affection, le début et la terminaison ordinairement brusques des accès, l'intégrité presque complète du cœur et des centres nerveux dans l'intervalle des paroxysmes.

Et, en effet, lorsque la tachycardie est due à des lésions des nerfs pneumogastriques, ce qui s'est observé dans certains cas de tumeur comprimant les cordons nerveux, soit au cou, soit dans le médiastin, les phénomènes sont tout à fait différents. Généralement alors, la tachycardie est continue ou, si elle débute par accès plus ou moins distincts, elle ne tarde pas à devenir permanente; elle varie ordinairement de 150 à 160 pulsations par minute, elle s'accompagne de troubles respiratoires, quelquefois de troubles gastriques, souvent aussi de symptômes dus à la compression qu'exercent les tumeurs sur les autres organes du médiastin.

M. Bouveret a discuté avec beaucoup de sagacité les principaux points de cette pathogénie, et s'il arrive à une conclusion qui n'est pas complètement semblable à celle que nous croyons vraie, ses prémisses sont exactes et l'on ne peut mieux faire que de passer rapidement en revue avec lui les explications qui pourraient être vraisemblables.

Il ne faut pas penser à une manifestation de l'hystérie ou de la neurasthénie.

Les malades ne présentent aucun stigmate de ces affections.

Il n'y a pas lieu d'incriminer la maladie de Basedow. Jamais on n'a remarqué d'exophthalmie ni de tuméfaction thyroïdienne. Il ne faut pas croire non plus à une forme fruste de cette affection où l'on n'observe jamais une semblable accélération des battements du cœur, jointe à une hypotension artérielle si évidente.

En somme, les hypothèses se restreignent à une localisation sur un point du système nerveux, et tour à tour on a admis que l'accès de tachycardie pouvait être provoqué par une excitation des nerfs accélérateurs du sympathique, par une modification de l'activité des ganglions intra-cardiaques accélérateurs ou modérateurs, par un état paralytique transitoire du pneumogastrique. L'hypothèse d'une localisation étroite et constante de la maladie dans les ganglions intra-cardiaques nous paraît peu admissible.

L'accélération des battements du cœur serait due alors, soit à l'excitation des ganglions accélérateurs, soit à la paralysie transitoire des ganglions modérateurs. Or, si l'on sait encore bien peu de choses sur la physiologie de ces centres intra-cardiaques, on ne connaît rien de leur pathologie. Cette hypothèse expliquerait difficilement l'accélération du cœur, elle n'expliquerait pas les autres phénomènes.

La lutte pathogénique est donc exclusivement circonscrite entre le sympathique et le pneumogastrique. Et les raisons pour ou contre sont si difficiles à entrevoir, que beaucoup d'auteurs ont tenté de distinguer cliniquement la tachycardie par lésion du sympathique, de la tachycardie par altération du pneumogastrique.

Nothnagel donne les faits suivants :

1° Si paralysie du pneumogastrique : accélération très prononcée, impulsion cardiaque très faible, temps égaux; pas d'autres signes résultant de ce que le cœur se vide incomplètement. Paralysie simultanée d'autres fibres nerveuses du vague.

2° Si excitation des nerfs accélérateurs : impulsion cardiaque forte, artères périphériques bien remplies et tendues.

Il faut ajouter à ces signes distinctifs l'influence de la médication : si la morphine calme le cœur, on a affaire à une excitation; si c'est le vague qui a provoqué la crise, de

petites doses de digitale employées pendant peu de temps ramènent le pouls à la normale.

Ce sont là nuances bien faibles, et d'ailleurs la question de savoir si l'affection dépend d'une excitation anormale du sympathique ou d'une paralysie des nerfs vagues n'offre qu'un intérêt tout à fait théorique.

On peut d'ailleurs objecter à la théorie sympathique que l'accélération des battements du cœur, produite par l'excitation expérimentale des nerfs cardiaques du sympathique, est peu prononcée, de courte durée et ne peut être comparée à la prodigieuse accélération qui caractérise le paroxysme de la tachycardie essentielle.

Pour M. Bouveret, il faut admettre l'existence d'une névrose spéciale, caractérisée par la rigoureuse localisation de la perturbation nerveuse aux centres et aux rameaux cardiaques du pneumogastrique.

De plus, la tachycardie paroxystique essentielle pourrait être considérée comme une maladie de cette partie des centres et des rameaux du pneumogastrique, qui constitue l'appareil modérateur de l'activité du cœur.

Ceci pourrait expliquer l'énorme accélération du cœur, mais n'expliquerait que cela.

Or, il y a autre chose, et les autres symptômes concomitants, aussi importants que l'accélération cardiaque, ne sont pas expliqués.

Tous ces troubles, au contraire, nous paraissent pouvoir être mis sur le compte d'une modification fonctionnelle des centres bulbaires et de la partie supérieure de la moelle.

Si l'on admet, ce qui nous paraît mieux cadrer avec la réalité des phénomènes, que cette affection est d'origine bulbaire, il sera permis d'interpréter, avec plus de vraisemblance et de logique, l'élévation de la température que l'on a souvent constatée au cours des accès.

Nous croyons donc qu'il est rationnel de considérer, avec notre maître, M. le professeur Debove, la tachycardie essentielle paroxystique comme une névrose bulbaire ou bulbo-spinale, et c'est par un trouble de ces centres nerveux que l'on peut expliquer l'accélération des battements du cœur, l'abaissement de la pression artérielle, la fièvre, la polyurie, l'albuminurie, la glycosurie, les phénomènes pupillaires; peut-être aussi la sécrétion exagérée de la sueur et la mort par syncope.

V

Traitement. — La thérapeutique de la tachycardie essentielle est encore peu connue. M. Huchard, dans la *Revue de clinique et de thérapeutique*, a abordé assez complètement ce côté de la question. Voici ce qu'il dit :

1° *Traitement des accès.* — Soumettre les malades au repos physique et moral, les faire coucher sur le côté droit autant que possible. Ils devront rester au lit, la tête basse, parce qu'une syncope est toujours à craindre.

Quelques auteurs (Czermak, Quincke) pensent que l'on peut parvenir à ralentir les battements du cœur en exerçant une légère compression sur l'une ou l'autre des carotides.

Un malade de Nothnagel pouvait arrêter complètement un accès en faisant de profondes inspirations. On s'est parfois bien trouvé de pulvérisations au chlorure de méthyle, ou des séances de stypage sur la région précordiale et surtout à la région postérieure du cou, vers la nuque.

Faut-il prescrire la digitale au moment des accès? M. Bouveret affirme que, dans deux cas, elle ne lui a pas paru donner de bons résultats.

M. Huchard l'a vue réussir une fois.

2° *Traitement dans l'intervalle des accès.*

Le malade doit s'abstenir de café, de thé, de liqueurs et surtout de tabac. Il doit veiller à son régime alimentaire, supprimer tous les aliments excitants; il doit éviter le surmenage du corps et de l'esprit, qui, de toutes les causes invoquées, paraît contribuer le plus efficacement au développement de la névrose cardiaque.

Dans la tachycardie avec hypotension artérielle très marquée, on a obtenu de bons résultats de pilules contenant du sulfate de quinine et de l'ergot de seigle.

Sulfate de quinine	*ââ* 4 grammes.
Extrait aqueux d'ergot de seigle.	
Extrait de noix vomique.	10 centigrammes.

pour 40 pilules.

Prendre deux pilules deux ou trois fois par jour pendant quinze ou trente jours, après lesquels on fera prendre, pendant six semaines à deux mois, dix à vingt gouttes de liqueur de Pearson.

Enfin, M. Huchard, s'appuyant sur les bons effets de l'antipyrine comme médicament bulbaire dans le diabète sucré et insipide, propose l'emploi de ce médicament dans les crises tachycardiques de la maladie que nous étudions.

Mais cette médication n'a pas encore reçu la sanction de l'expérience.

Il en est de même du veratrum viride, proposé par M. Guyot dans la récente discussion de la Société médicale des hôpitaux. Ce médicament peut bien agir favorablement dans une maladie comme le goître exophthalmique, par suite de son action dépressive sur la tension artérielle ordinairement surélevée dans la maladie de Grave; mais il ne pourrait avoir que des effets défavorables sur la tachycardie essentielle paroxystique, dont un des éléments symptomatiques, dont un des principaux dangers est constitué par l'abaissement considérable de la tension artérielle.

THÈSES DE PARIS

Indications et contre-indications de l'énucléation du globe oculaire, par M. A. Fage. — L'auteur démontre d'abord que l'énucléation, faite avec antisepsie, est bénigne dans ses suites, prompte dans ses résultats, sûre pour l'avenir, et compense amplement par ces avantages les inconvénients résultant de la mutilation et inhérents au port d'une pièce artificielle.

Ceci posé, M. Fage établit ainsi les indications et les contre-indications :

I. — Pour les corps étrangers et les parasites de l'œil, il est préférable d'énucléer lorsque les lésions produites sont considérables et que les tentatives d'extraction ont échoué; lorsque l'organe est perdu, douloureux et menaçant pour son congénère, mais l'extirpation de l'œil est surtout urgente lorsque des troubles sympathiques viennent à éclater.

Dans les autres cas, l'énucléation est contre-indiquée.

II. Dans les traumatismes et les plaies de l'œil, il y a lieu d'énucléer lorsque la blessure est si grave que tout espoir de conserver un organe utile est perdu; lorsque, la vision étant

abolie, l'œil renferme un corps étranger, il persiste à être douloureux et détermine de l'ophthalmie sympathique.

On devra rigoureusement s'abstenir d'énucléer, toutes les fois que, par un traitement antiseptique énergique (désinfection et cautérisation de la plaie, injections intra-oculaires de sublimé, etc.) il est possible de conserver l'œil et la vision.

III. — Les yeux perdus par irido-choroïdite, glaucome grave, hydrophthalmie, staphylome opaque, leucome cicatriciel adhérent, etc., devront être énucléés chaque fois qu'on ne parviendra pas à calmer les douleurs dont ils sont le siège, quand ils sont difformes et gênants, et qu'ils déterminent un retentissement sympathique sur l'œil sain.

L'énucléation est formellement contre-indiquée lorsqu'il est possible de conserver l'organe et la fonction à l'aide d'une opération partielle, sclérotomie, iridectomie ou irido-capsulotomie.

IV. — Dans la panophthalmie, l'énucléation doit être pratiquée du moment où les tentatives faites pour enrayer l'infection ont échoué. Elle peut être faite en pleine panophthalmie, même avec propagation au tissu cellulaire de l'orbite, à condition que la suppuration ne s'étende pas plus loin.

L'énucléation doit être repoussée chaque fois qu'il y a une infection généralisée de l'organisme, ou qu'il existe un état dyscrasique grave.

V. — En tant que traitement préventif de l'ophthalmie sympathique, l'énucléation est une excellente opération, qui peut être considérée comme radicale, et qu'il est prudent d'appliquer à tous les yeux perdus, déformés, douloureux et amaurotiques.

En tant que traitement curatif, elle peut être employée, à condition que les accidents soient encore au début et que l'œil sympathisant soit privé de toute vision. Dans le cas contraire, elle doit céder la place à un traitement antiseptique général et local (frictions mercurielles, désinfection des plaies, injections intra-oculaires de sublimé, etc.).

VI. — L'énucléation est contre-indiquée pour les tumeurs bénignes de l'œil, à moins que leur extirpation soit impossible, qu'il existe des douleurs vives et une perte irrémédiable de la vision. Il y a encore contre-indication pour les tubercules guérissables par le traitement médical ou par l'excision simple, et même pour certaines tumeurs malignes de la surface extérieure du globe, lorsqu'elles sont petites, limitées et que l'état général est bon.

Dans le cas contraire, on devra recourir à l'énucléation, tant qu'il n'y a pas généralisation. Mais l'opération ne peut être efficace qu'à la condition d'être complète et d'être faite dès les premiers stades de développement du néoplasme : à la troisième période, elle n'a déjà plus qu'un but palliatif.

Nous avons tenu à donner en leur entier les conclusions de l'auteur, parce qu'elles résument, avec la plus grande netteté, l'opinion chirurgicale actuelle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mai 1891. — Présidence de M. Terrier.

RAPPORT

Grossesse extra-utérine. — M. **TERRILLON** fait un rapport sur une communication de M. Tuffier, relative à un cas de grossesse extra-utérine, opérée avec succès par la laparotomie. Il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans, ayant eu deux enfants et qui, après un arrêt des règles, fut prise de douleurs abdominales; bientôt on constata la présence d'une petite tumeur dans le ventre. Elle entra dans le service de M. Tuffier qui reconnut, en effet, l'existence, sous la paroi abdominale, d'une tumeur grosse comme le poing, se confondant avec la face antérieure de l'utérus. Le diagnostic de cette tumeur était difficile. M. Tuffier ne crut pas qu'il s'agissait d'un fibrome et, dans le doute, fit une laparotomie exploratrice. Il arriva sur un petit corps dur, irrégulier, qui n'était autre qu'un fœtus de trois mois, calcifié, à nu dans la cavité abdominale. En enlevant ce fœtus, il constata qu'il adhérait à une tuméfaction constituée de deux parties, l'une qui était le placenta et l'autre une cavité kystique vide. Le fœtus se trouvait en dehors du kyste qui, probablement, s'était rompu sans donner lieu à aucun accident. La malade fut promptement guérie.

Ce fait est intéressant : 1° en ce qu'il s'agissait d'une grossesse abdominale, extra-utérine et extra-tubaire ; 2° en ce que le kyste fœtal s'était rompu en laissant sortir le fœtus de sa cavité.

En général, ces petits fœtus se résorbent; celui-ci s'était calcifié.

COMMUNICATIONS

Plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. **BROCA** rappelle que, dans la discussion qui a lieu sur ce sujet, on a émis cette opinion qu'en présence d'une plaie du foie, il n'y avait rien à faire et qu'on était désarmé en présence des hémorrhagies de cet organe. M. Broca s'est trouvé deux fois en présence de plaies du foie et, les deux fois, il a arrêté l'hémorrhagie, ainsi qu'il a pu, d'ailleurs, le constater à l'autopsie. Quand la suture échoue, on peut arrêter l'écoulement sanguin par un tamponnement à la gaze iodoformée. (Comm. MM. Kirmisson, Bouilly et Terrier.)

Résection d'un sommet de poumon tuberculeux. — M. **TUFFIER** présente un malade chez lequel il a réséqué le sommet du poumon pour une tuberculose au début. Sans vouloir entrer dans des considérations générales sur le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire, M. Tuffier ne veut parler que du manuel opératoire. La ligature du sommet du poumon étant impossible à cause du nerf phrénique, il a fait des expériences sur les animaux au point de vue de la résection, et ce n'est qu'après ces expériences qu'il s'est décidé à réséquer 5 centimètres du poumon droit chez un tuberculeux au début. Il a fait son incision dans le second espace intercostal; il a sectionné successivement la peau, le grand pectoral, les muscles intercostaux et est arrivé sur la plèvre pariétale, qu'il a décollée de façon à laisser pénétrer la plus grande quantité d'air possible; de cette façon, le poumon, se rétractant et devenant plus petit, peut facilement passer par le deuxième espace intercostal. On peut alors sentir très nettement au doigt les lésions tuberculeuses. M. Tuffier a lié à 1 centimètre au-dessous des lésions; il a fixé le moignon pulmonaire aux deux côtes et a fermé la plaie. Le malade est actuellement guéri. (Comm. MM. Polaillon, Delens et Terrier.)

Luxation du pouce en arrière. — M. **SCHMIDT** communique un cas de luxation du pouce en arrière, avec plaie de l'éminence thénar. Il a pu réduire la luxation. Le malade a succombé, le huitième jour, au tétanos. Il s'agissait d'un gendarme qui s'était blessé en tombant de cheval. (Comm. MM. Verneuil, Jalaguier et Gérard-Marchant.)

Macrodactylie. — M. **KIRMISSON** présente un enfant atteint de macrodactylie.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel des maladies des femmes (1), par A. Lutaud.

La deuxième édition du livre de M. Lutaud est tout différente de la précédente ; l'auteur a dû remanier considérablement son œuvre première pour se tenir au courant des progrès rapides qu'a faits la gynécologie en ces dernières années.

C'est un vrai manuel de gynécologie opératoire dans lequel

(1) Petit in-8°. Prix : 8 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

sont décrits tous les procédés anciens et nouveaux; 424 figures aident puissamment à l'intelligence du texte.

Dans cette deuxième édition, l'on trouvera la description de la technique opératoire de l'hystéropexie abdominale ou vaginale, le traitement des déviations utérines, les nouveaux modes de périnéorrhaphie; les procédés de raccourcissement intra-utérin des ligaments ronds, la position de Trendelenburg, le massage gynécologique, etc., en somme, toutes les nouveautés thérapeutiques récemment introduites en gynécologie.

L'auteur a puisé largement dans la littérature médicale française et étrangère, et l'on peut dire que ce nouveau manuel se trouve au courant actuel de la science. De plus, il convient de féliciter l'auteur de s'être surtout attaché aux questions pratiques, d'avoir décrit minutieusement les méthodes d'exploration et les moyens de diagnostic : toutes qualités qui contribuent à faire de l'ouvrage de M. Lutaud un livre non seulement utile aux élèves, mais recommandable aux praticiens.

De la malaria (1), par le docteur Ed. Pepper.

Contribution à l'étude des maladies infectieuses d'origine cosmique à l'occasion de l'endémo-épidémie grave d'aéro-tellurisme protéiforme de 1889-1890, dans la commune de Ménerville (Algérie), tel est le sous-titre de ce livre. M. Pepper a donc vu beaucoup de cas d'impaludisme dans la localité où il exerce, et il est intéressant de connaître les résultats de son observation, plus intéressant encore, pour le praticien, de lire les conseils qu'il donne pour le traitement de la malaria.

Nous aimons moins la partie théorique de son livre. « La malaria, dit-il, est une maladie infectieuse et faiblement contagieuse, d'origine cosmique, dépendant d'une action tellurique et d'influences météréologiques agissant peut-être, d'abord et surtout sur l'état électrique du corps, par l'impression plus ou moins rapide, et souvent brusque, produite par la cellule nerveuse, puis infectant l'organisme entier par l'intermédiaire du sang atteint dans l'acte de la respiration plutôt que dans l'acte de la digestion. »

Cependant, M. Pepper admet l'inoculabilité de la fièvre intermittente; il tend même à croire avec le public à sa contagion. L'inoculabilité ne peut guère s'expliquer que par l'existence d'un parasite susceptible de se multiplier avec une facilité plus ou moins grande dans un organisme qui résiste plus ou moins. L'existence des hématozoaires de Laveran, mise en doute tout d'abord, est maintenant acceptée par beaucoup de médecins de grande valeur et de pays divers. Les incrédules ont dû se rendre à l'évidence des faits. L'auteur fait trop bon marché d'une théorie qui compte des partisans de plus en plus nombreux et qui s'appuie sur des faits d'une valeur démonstrative très grande.

Les tuberculoses du pied; des résultats éloignés de leur traitement (2), par le docteur Ch. Audry.

Ce travail, digne de ses congénères de l'École lyonnaise, est le résultat d'observations cliniques longtemps prolongées. L'auteur peut en toute conscience parler des résultats obtenus, car les malades dont il retrace l'histoire ont été observés et suivis pendant plusieurs années.

Le travail de M. Audry comprend quatre parties : l'anatomie pathologique, l'étude étiologique et clinique, le traitement et le pronostic.

Nous résumons ainsi le chapitre le plus important de ce très intéressant travail, chapitre qui a trait aux indications générales des résections du pied.

1° L'enfant combat la tuberculose avec une vaillance que l'on ne saurait attendre d'individus plus âgés. En dehors de cette vitalité plus grande, l'exiguïté de leur pied rend plus efficaces les arthrotomies ignées qui deviennent susceptibles de modifier la majeure partie du membre, et constituent des opérations étendues et complètes.

C'est l'intervention de choix chez les jeunes enfants, bien qu'elle laisse planer après elle l'imminence de la méningite tuberculeuse, si fréquemment observée dans toutes les interventions chez les enfants tuberculeux.

De quinze à trente ans, si les autres indications existent, la résection devient l'opération de choix. Après quarante ans, la résection est bien exceptionnellement indiquée.

2° L'état général du malade fournit aussi des indications formelles :

Si l'état général est intact et les poumons indemnes, les résections sont largement indiquées. Mais, bien souvent, l'organisme est déjà infecté, et le chirurgien se trouve vis-à-vis d'un véritable tuberculeux. M. Audry rappelle à ce propos la division établie par M. Ollier, son maître : « Il y a des tuberculeux qu'il faut opérer, des tuberculeux qu'on peut opérer, des tuberculeux qu'on ne doit pas opérer. »

L'auteur conclut, avec une grande netteté, que, pour le pied, *la résection doit être réservée aux seuls sujets indemnes de tuberculose pulmonaire ou viscérale*, du moins comme procédé de choix. On pourra, toutefois, pratiquer des résections chez des sujets suspects ou encore résistants. Mais, dans tous les cas, il faudra s'aider du traitement pré et post-opératoire, sur lequel M. Verneuil a tant insisté, et suivre ses malades pendant plusieurs mois.

Jamais il ne faudra réséquer un malade à lésion pulmonaire bien constatée, à hérédité directe, à état général mauvais. La misère physiologique et sociale commandent l'amputation, et, même dans les cas extrêmes et indolents, l'abstention du chirurgien.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.
(2) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des chirurgiens des hôpitaux, réunie mercredi sous la présidence de M. Lannelongue, pour étudier l'organisation de l'enseignement clinique dans les hôpitaux, a nommé, après une discussion assez vive, une commission composée de MM. Tillaux, Horteloup, Lucas-Championnière, Reclus et Brun.

— Le concours pour deux places de médecin du Bureau central s'est ouvert mardi devant le jury constitué de la manière suivante :

M. Hérard, président; MM. Cadet de Gassicourt, Duguet, Roques, Chauffard, Brissaud et Le Dentu, juges.

Les candidats ont eu à traiter par écrit : « Des myocardites aiguës, anatomie pathologique, pathogénie, symptomatologie. »

— MM. les docteurs Delage, médecin inspecteur des écoles de Paris; Paris, médecin du collège de Verdun, et Billet, médecin du lycée de Lons-le-Saunier, sont nommés officiers d'Académie.

— M. le docteur J. Simon recommencera ses conférences, à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 20 mai, à neuf heures du matin, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. — Consultation clinique le samedi à neuf heures.

— Meuse. — Clientèle médicale à prendre immédiatement. — S'adresser à M. le docteur Depautaine, à Gondrecourt (Meuse).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

16

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........................		
Chlorure de sodium........................		
Matières organiques........................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

76

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

24

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

38

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, 5 fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

77

Guérison de l'asthme PAR LE **PAPIER FRUNEAU**

le seul récompensé à l'Exposition universelle 1889. 40 ans de succès. Toutes phles. E. Fruneau, Nantes.

ALCOOLISME

J'ai fait un essai du **BROMIDIA** sur un malheureux alcoolique, atteint de cirrhose du foie et tourmenté par une cruelle insomnie. Le chloral, administré à la dose de 2gr50 à 3 grammes, ne m'avait donné que des résultats imparfaits.

Le **BROMIDIA**, donné à la dose de deux cuillerées à café, a procuré au malade un repos complet et réparateur. Je suis donc très tenté de croire que cette formule donne des résultats supérieurs à ceux du chloral. Je l'ai recommandé à plusieurs personnes, qui s'en sont également bien trouvées. Mais le cas dont je viens de vous parler est vraiment caractéristique.

J'ai aussi essayé le médicament sur moi-même, le sommeil arrive précédé d'un état de torpeur très agréable; pas de rêves; je me suis réveillé la tête libre et l'estomac bien disposé. En somme, je crois que votre préparation est appelée à rendre des services très précieux.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr Fuss,
Rue Conscience, 57, Anvers.

Anvers (Belgique), 27 mars 1887.

Je viens de terminer le flacon de **BROMIDIA** que vous avez bien voulu m'envoyer.

Ce médicament m'a donné des résultats surprenants chez un alcoolique qui prenait déjà depuis longtemps du bromure de potassium et du chloral. Non seulement avec votre **BROMIDIA** j'ai pu obtenir un sommeil calme, mais surtout j'ai vu disparaître les pituites; chaque fois que mon malade a pris du **BROMIDIA** à la dose de trois cuillerées à café, les vomissements pituitaires ont cessé.

En résumé, je considère le **BROMIDIA** comme un remède souverain dans l'insomnie alcoolique et dans les cas pituites.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Douvreleur.

Khenchela (Algérie), 17 avril 1887.

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON
DE
BROMIDIA
seront envoyés franco sur demande
aux Médecins.

DÉPOT GÉNÉRAL
Pour la France et ses Colonies :
ROBERTS & Co,
PHARMACIENS-DROGUISTES
5, RUE DE LA PAIX, 5
PARIS

Prix au public : 5 francs.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

43

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

GAÏACOL MERCIER

PHARMACIEN, 30, RUE RACINE, PARIS

Médaille d'Or de l'École de pharmacie.

Injection Mercier contenant, par centimètre cube, 0,05 de Gaïacol et 0,01 d'Iodoforme chimiquement purs.

Le flacon de 50 injections : **2 fr. 50.**

Solution Mercier contenant, par cuillerée à soupe, 0,50 de Chlorhydro-phosphate de chaux et 0,10 de Gaïacol.

1 ou 2 cuillerées à chaque repas.

Le flacon de 350 grammes : **2 francs.**

Capsules Mercier contenant chacune 0,05 de Gaïacol et 0,20 d'Huile de faînes.

3 ou 4 capsules à chaque repas. Flac. : **2** fr. **50.**

Capsules antiseptiques Mercier contenant chacune 0,05 de Gaïacol, 0,05 d'Eucalyptol et 0,02 d'Iodoforme chimiquement purs.

2 ou 3 capsules à chaque repas. Le flacon : **3** fr.

DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

20

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le **seul vin** de **Quinquina ne constipant pas** et **n'irritant pas les voies intestinales,** grâce à l'action tempérante *correctrice* que les principes adoucissants, digestifs et nutritifs de l'Extrait fluide de Malt exercent sur les éléments astringents du quinquina.

Dépôt central : Secretan, 52, r. Decamps, Paris.

4

VIN DE BELLINI (ET QUINA COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. Bellini

de l'accommodation des organes du mouvement qui fonctionnent encore lorsqu'une fracture se consolide avec un chevauchement étendu. Qu'il me suffise de le constater : l'adaptation fonctionnelle est complète chez mes deux opérés, comme elle l'est chez beaucoup d'autres à ma connaissance.

Il importe d'établir, avec une rigoureuse authenticité, la valeur des résultats obtenus. Il est facile de voir que l'acte



Fig. 10.

de la préhension est remarquablement sauvegardé. Sur celle du premier opéré, il est aisé de reconnaître la vaste étendue du traumatisme, parce qu'il portait sur le bord cubital que le sujet présente directement à l'observateur. Sur l'autre, il est moins facile de juger de cette étendue, dont le maximum répond au premier métacarpien, au carpe et surtout au bord radial de l'avant-bras.

J'ai pris, au moyen de la chambre claire, quelques croquis complémentaires. La figure 10 permet d'apprécier la forme et l'étendue du lambeau cutané que j'ai pris sur la face antérieure et que j'ai entraîné, en bas et en dehors, sur le bord radial et même vers la face postérieure de l'avant-bras. Le rapprochement de ces deux figures permet de juger de l'étendue des mouvements de supination et de pronation. La flexion et l'extension sont partiellement perdues par ce motif que les extenseurs ont été complètement supprimés par le traumatisme. Ce qui reste des mouvements, dont on



Fig. 11.

peut juger par ces croquis, ne peut s'interpréter que d'une seule façon : la flexion (fig. 11) est un mouvement actif qui résulte de la contraction des muscles fléchisseurs; l'extension est, au contraire, un mouvement presque passif, qui est la conséquence de la non-activité des fléchisseurs. Le sujet fait bien tout ce qu'il peut pour contracter les débris d'extenseurs confinés dans la portion la plus supérieure de son membre, mais ses efforts s'épuisent stériles dans la masse cicatricielle ; ils ne vont pas jusqu'à produire l'extension des doigts.

Malgré son infirmité, mon opéré tire bon parti de sa main ; il était cardeur de lin lorsqu'il a été blessé, il est redevenu cardeur de lin. Pour exercer son métier il a besoin de ses deux mains. L'une des deux doit fonctionner avec dextérité et avec quelque délicatesse ; l'autre n'intervient que comme un adjuvant nécessaire mais sans précision. Avant son accident, cet homme était droitier, sa main gauche ne fonctionnait que d'une manière accessoire pour les travaux de force. Depuis son accident, il a tâtonné, il s'est exercé, il s'est entraîné et il a réussi à devenir gaucher et il arrive à fournir la même somme de travail qu'il fournissait jadis.

Mon second opéré est un tulliste. Sa situation me préoccupa longtemps, par ce motif que le traumatisme avait intéressé surtout le bord radial de l'avant-bras et que le fonctionnement du pouce se trouvait ainsi particulièrement compromis. Mais, pour l'exercice de sa profession, cet ouvrier n'a pas besoin de déployer une bien grande force. L'importante diminution de ses mouvements de pronation et de supination est la conséquence des arthrites radio-carpienne, médio-carpienne et carpo-métacarpienne, à cause du siège même du traumatisme; cette diminution n'est que peu préjudiciable au point de vue de sa valeur professionnelle. Les mouvements de flexion et ceux d'ex-



Fig. 12.

tension sont, en effet, heureusement conservés ; ce sont eux qui assurent le maniement du crochet très léger que manie le tulliste. Il le fait avec une dextérité et une souplesse remarquables, déjà six mois après son accident (fig. 12).

Cet homme réussit d'ailleurs à écrire très correctement et rapidement, sans aucune fatigue (fig. 13).

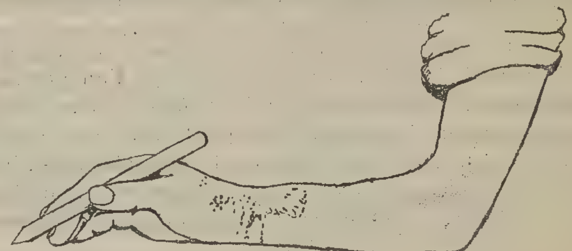


Fig. 13.

Les deux opérations ainsi pratiquées sont l'une et l'autre des opérations primitives; elles se sont trouvées ainsi dans de véritables conditions de supériorité sur les opérations secondaires, alors que les tissus sont plus friables, alors que l'atrophie est déjà commencée, alors surtout que les blessés sont disposés à temporiser avant d'accepter l'intervention chirurgicale antérieurement différée.

MÉDECINE PRATIQUE

Des hémorrhagies méningées comme causes de mort chez le nouveau-né; valeur médico-légale. — Dans un travail publié dans la *Médecine moderne*, M. Richardière conclut en disant qu'au point de vue médico-légal, les hémorrhagies méningées sont des lésions traumatiques, produites par les conditions mêmes de l'accouchement. Elles excluent par elles-mêmes toute idée d'intervention criminelle.

Par ses observations il prouve que :

1° Les hémorrhagies méningées constituent une des causes de mort les plus fréquentes des nouveau-nés;

2° Elles se font au moment même de la naissance;

3° Elles diffèrent de la plupart des hémorrhagies méningées de l'adulte par l'absence d'inflammation préalable de l'arachnoïde et de la dure-mère;

4° Elles s'accompagnent très ordinairement (deux fois sur trois) d'ecchymoses sous-pleurales;

5° La mort arrive le plus souvent d'une manière extrêmement rapide;

6° La cause de ces hémorrhagies est le traumatisme de l'accouchement, et, pour préciser davantage, le traumatisme de la tête fœtale au moment de son passage par les détroits osseux du bassin.

TRAITEMENT INTENSIF DE LA TUBERCULOSE

PAR LA MÉTHODE DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES

Par M. le docteur L. JUMON.

I

L'insuccès de la tentative de Koch a ramené les cliniciens aux médications précédemment appliquées à la tuberculose. Le traitement par la créosote, en particulier, est remis en honneur et vient d'entrer dans une voie nouvelle.

Déjà des travaux antérieurs, bien des fois rappelés, avaient déterminé le pouvoir toxique de la créosote à l'égard du bacille de Koch. M. Yersin, de l'Institut Pasteur, avait reconnu que cette substance, à la dose de 3 millièmes, tuait le germe tuberculeux, après deux heures de contact. D'autre part, Paul Guttmann avait constaté que les bacilles peuvent à peine vivre dans du sang stérilisé et additionné de créosote dans la proportion de 1 p. 4000, et que le développement s'arrête tout à fait quand le titre du mélange est un peu plus élevé. « Si donc, écrivait-il, il y avait possibilité d'introduire dans l'économie une quantité de créosote telle que le sang pût contenir pendant une longue durée 4 millièmes de créosote, on pourrait espérer que le développement du bacille y deviendrait impossible. Mais on ne peut introduire dans le corps une telle quantité de créosote.

Si, en effet, on évalue la quantité de sang au 1/13 du poids du corps, il y aurait 4kil 615 de sang dans le corps d'un homme de 60 kilogrammes. Il faudrait donc qu'il y eût plus d'un gramme de créosote dans la circulation pour que le sang en contînt la proportion de 4 p. 1000. Mais combien de créosote faut-il introduire dans l'estomac pour que le sang atteigne ce titre de 4 millièmes? Ceci échappe naturellement à tout calcul. » (P. Guttmann, *Zeitschr. f. Klin. medic.*, B. XI, H. 5.)

Sans doute, comme le dit Sommerbrodt, on peut admettre que, en administrant 1 à 2 grammes de créosote par jour, le gramme qui a été absorbé la veille n'a pas encore disparu par décomposition avant que le gramme ingéré le lendemain ne soit arrivé dans l'économie pour continuer l'action du premier. Mais, en réalité, ce n'est là qu'une hypothèse, et on ne sait pas exactement ce que devient la créosote quand elle a traversé les milieux digestifs.

Cette incertitude et la préoccupation de faire pénétrer dans l'économie une quantité réellement efficace de créosote a conduit les expérimentateurs à substituer la méthode sous-cutanée à l'ingestion stomacale. Il est incontestable, d'ailleurs, que c'est une voie beaucoup plus sûre pour introduire dans la circulation les médicaments dans leur intégrité.

Les résultats obtenus, dès à présent, sont tout à fait surprenants. Que sont les doses quotidiennes de 1 à 2 grammes réclamées par P. Guttmann en comparaison de celles de 14 et même de 20 grammes que l'on est parvenu à faire absorber par l'hypoderme.

Ces injections sous-cutanées de doses très élevées de créosote ont été mises à la portée de tous les praticiens, grâce à l'initiative de quelques médecins éminents, et particulièrement de M. le docteur Gimbert (de Cannes), et de M. le docteur Burlureaux, professeur agrégé du Val-de-Grâce. C'est M. Burlureaux qui, à notre connaissance, a, le premier, abordé les doses véritablement massives.

Dans une communication récente, — mars 1891, — ce médecin annonce qu'il a pu injecter, au moyen d'un appareil spécial à air comprimé, muni d'une aiguille en or, de 50 à 100 et même 200 grammes d'huile créosotée au 1 p. 15, ce qui représente de 3 à 15 grammes environ de créosote.

Ces injections sont très bien supportées, à condition qu'on se serve de créosote rectifiée, distillée entre 200 et 210 degrés et ne renfermant pas d'acide phénique. La créosote est dissoute dans l'huile pure d'amandes douces, de faînes, d'olives ou d'arachides. L'injection doit être faite lentement; l'appareil ne doit pas fournir plus de 40 à 50 gouttes à la minute. L'opération dure ainsi quelquefois trois à cinq heures. Elle n'est pas douloureuse, elle est au moins très supportable. On choisit pour la piqûre tantôt la région fessière, tantôt les cuisses ou la région dorsale. Comme effet local, on ne constate qu'une rougeur érythémateuse; l'huile se résorbe habituellement sans laisser de trace appréciable. Une fois sur cinq environ, elle s'enkyste et ne disparaît qu'en cinq à quinze jours. Jamais il n'y a eu de suppuration. Rarement on a vu au niveau de l'injection des plaques dures, d'aspect sclérodermique. L'injection faite trop superficiellement détermine une mortification du derme de la dimension d'une pièce de 1 franc. La répétition des injections dans une même région peut amener un épaississement progressif de la peau qui rend difficile l'introduction de l'aiguille.

Pour que les choses se passent de cette manière anodine, il est indispensable, dit l'auteur, d'employer des produits irréprochables.

M. Burlureaux a pu poursuivre ses expériences avec un produit de composition constante et tel que les résultats fussent toujours comparables, grâce au concours de M. Choay. A l'occasion de ces expériences cliniques, M. Choay a repris l'étude de la créosote par le principe, pour ainsi dire, et il vient de communiquer à la Société de médecine pratique deux mémoires importants dont nous reproduisons les points qui intéressent le médecin praticien :

« On désigne sous le nom de *créosotes* les huiles lourdes qui proviennent de la distillation des goudrons de différentes essences végétales.

Ce sont des mélanges dont la composition varie avec les goudrons générateurs et avec la manière dont la distillation a été conduite.

Les corps énumérés ci-après ont été signalés dans la créosote de hêtre provenant des fabriques du Rhin :

Acide phénique passant à la distillation	à	182	degrés.
Gaïacol	—	200	—
Crésylol	—	203	—
Créosol	—	217	—
Phlorol	—	220	—
etc., etc.			

On voit par là que si l'on recueille les produits qui distillent avant 200 degrés, on recueillera des créosotes qui renferment surtout de l'acide phénique (produits de tête); si l'on distille au-delà de 210 degrés, on recueillera les produits autres que le *gaïacol* (produits de queue). Le Codex, dans le but d'obtenir un produit uniforme, a fixé entre 200 et 210 degrés les températures auxquelles doit s'effectuer la distillation. Dans ces conditions, la *créosote officinale* est en majeure partie formée de gaïacol bouillant à 200 degrés, uni à des crésylols et à une petite quantité de créosol.

C'est un liquide de densité 1067, neutre au tournesol, donnant, avec le perchlorure de fer neutre, une coloration verte.

Mais les créosotes commerciales sont loin de répondre à de telles exigences.

Sur 33 échantillons de créosote du commerce examinés au point de vue de la densité, deux seulement répondaient à la densité normale.

Les conclusions du travail de M. Choay sont les suivantes : les créosotes commerciales ont pour caractère commun leur faible teneur en *créosote officinale* et la variabilité des produits accessoires. Tantôt elles sont relativement chargées d'acide phénique, tantôt elles renferment seulement un grand excès de phénols supérieurs et de leurs dérivés, d'autres fois l'acide phénique et ces phénols s'ajoutent à la créosote officinale.

Nous avons pensé qu'en raison de la destination toute spéciale de notre créosote, il y avait intérêt à ne pas injecter un mélange trop pauvre en gaïacol ou qui fût additionné d'acide phénique ou de phénols supérieurs dont l'absorption sous-cutanée peut entraîner des dangers.

Le mieux serait assurément de recourir exclusivement à l'emploi d'un corps chimiquement défini, comme le *gaïacol* — méthylpyrocatéchine, — puisqu'il constitue la majeure partie de la *créosote officinale*. Mais si l'on veut s'en tenir à la créosote, il faut, pour compter sur un effet thérapeutique constant, ne faire usage que d'un mélange de composition toujours identique.

Pour réaliser cette condition, nous préparons une créosote officinale d'après les exigences du Codex, et nous l'appelons *créosote alpha* pour la distinguer des prétendues créosotes officinales du commerce. Car on peut dire, en vérité, qu'il n'existe pas actuellement de créosote officinale dans le commerce. »

VARIÉTÉS

Souvenirs d'Algérie : Les oiseaux.

Par M. le docteur Badour,
Médecin principal de première classe.

I

Il est convenu de tout le monde que les extrêmes se touchent. Tout le monde, à coup sûr, c'est les autres avec moi, surtout en ce moment. Mais est-ce vous, lecteurs, et me permettrez-vous d'en fournir une preuve par un prélude un peu personnel ? Si oui, je n'irai point par de secrets détours ; sinon, vous passerez et me laisserez faire.

D'ailleurs, au risque de paraître incohérent, je ne puis m'empêcher de me reporter encore un peu loin en arrière. Lorsqu'on y regarde, les vieilles années sont si proches des jeunes !

Donc, j'étais à la veille de prendre ma onzième inscription à la Faculté de Paris, où je devais plus tard compléter mes études, quand le sort m'affligea du n° 39 sur plusieurs cents de conscrits.

C'était en mars 1854, au début de cette guerre où il y eut de la gloire pour tous les combattants, de la misère pour beaucoup et, au point de vue que vous savez, peu ou point de profit pour personne.

Il coûtait trop cher de ne pas partir et je partis.

Il est vrai qu'à la faveur de ma situation de médecin en herbe je pus, répondant immédiatement à un appel pressant de la marine, m'engager dans la flotte comme auxiliaire monogalonné. C'était plus qu'il ne fallait pour faire du hamac un berceau sur les flots.

Et voilà comment j'étais, un peu plus tard, au fond de la Baltique.

Au courant de ses évolutions, notre belle corvette, le *Phlégéton*, filant quatorze nœuds sous ses canons énormes, était venue mouiller à l'île de Nargœ, en face de Revel, aux trois flèches dominant une large baie.

Et sur ce terrain neutre nous étions descendus pour acheter des vivres, et surtout des légumes dont on est si friand à bord de tout navire.

J'étais chef de gamelle, les trois couleurs flottaient à quelques brasses, on nous recevait bien.

Et, *cupidus novarum*, je contentais ma curiosité.

Cette île, triangulaire et plate, dont on faisait le tour en moins de deux heures, était presque dans toute son étendue couverte de sapins et de genévriers. Au milieu de quelques prairies centrales était un village à maisons éparses, dont les murailles en gros bois équarris et horizontalement placés les uns sur les autres, disaient la manière de conserver la chaleur sous ces hautes latitudes, ainsi que les îles d'Aland nous en avaient offert des modèles nombreux.

Dans l'intérieur de ces maisons on remarquait un âtre surélevé, en forme de forge, pour rayonner partout, une grande armoire à couchettes superposées, comme dans les hameaux de notre Bretagne, des galettes de pain noir, des poissons secs suspendus aux solives pour la saison des neiges persistantes et... des *oiseaux* en cage pour les joies innocentes.

Par surcroît, dans l'une d'elles, je vois encore accrochée en pleine lumière l'image de Rigolette, cette délicieuse tête de jeune fille qu'un de nos grands romanciers a prise autrefois sur le vif, et qui là, tout à coup, nous parlait de la France avec son frais sourire et sa simple volière.

Car le petit oiseau est le gai compagnon de toutes les chambrettes.

Dans les quartiers populeux, au fond des cours, là où l'on ne craint pas qu'un grain de mil encombre, regardez aux fenêtres. C'est tout un peuple ailé qui s'y joue aux heures des tièdes vapeurs. A la campagne où rien ne gêne, il est partout chez lui, et si dedans c'est l'hôte que l'on choie, qui égaie, dehors c'est la fleur animée qui embellit les airs et des fourrés épais charme la solitude.

II

Et il en est ainsi aux rivages du Maure.

Sous le ciel bleu, sur la terre fertile, l'oiseau vient à plaisir et il y vit de même, abstraction faite des chasseurs, dont les uns tuent pour s'exercer au tir ou n'être pas bredouille, dont les autres attrapent ou dénichent par instinct de malice. Croient-ils, les imprudents ! que cette destruction ne soit pour rien dans la profusion des insectes, de la vermine et des spores de toutes sortes, comme si les éléments et les rapaces ne se chargeaient pas suffisamment d'établir l'équilibre ?

A ce sujet, voici un fait : un soir de fin d'été, alors que toutes les couvées ont déserté les nids, un orage violent fondit sur la contrée, un de ces orages précurseurs de la saison hivernale, après lesquels tout ce qui vit soupire, parce qu'ils apportent quelque espoir de fraîcheur. La durée en fut courte, mais elle fut terrible aux frêles créatures dormant sous la feuillée. Rien que pour les moineaux gîtés dans les platanes, plus de mille jonchèrent la place, abattus et noyés. On les ramassait comme des noix gaulées.

Chacun sait, d'ailleurs, que le milan, la buse, l'épervier et bien d'autres ne se nourrissent absolument que de proies vivantes, dont les petits oiseaux font presque tous les frais ; rôle utile dans l'ordre naturel, qu'il serait peut-être temps que nous ne partagions guère.

Comprenez-vous, par exemple, qu'on tue la mésange, le chardonneret, le rossignol, la fauvette, etc.?

Si, à l'âge terrible, vous avez vécu à la campagne, vous les connaissez bien ces bêtes du bon Dieu, et alors vous vous rappelez que la mésange dispute au rouge-gorge le talent de donner prestement dans l'affreux trébuchet. Pauvre mignonne ! elle n'est pas longue à se ressentir de la privation d'insectes et conséquemment à mourir. Nous les prenions quelquefois avec la reginglette, ce piège en coudrier courbé qui se redresse brutalement et leur brise les pattes.

Des trois espèces distinctes sur un fond vert commun, que nous avons en France, je n'en ai connu que deux dans le Tell africain : la grosse à tête noire, la plus naïve, qui entre en prison comme on entre au logis ; et la moyenne à tête bleue, qui est plus difficile, ne tenant pas en place. Celle-là aussi, une fois en cage, s'apprivoise très vite ; elle aime le sucre et elle le mouille pour le piquer à l'aise. La plus petite dont la teinte tourne au

gris et qui, dans un trou d'arbre, fait des petits par douze, est généralement rebelle à toutes les avances.

Quand c'est plumé, c'est aussi peu que rien. Et il y a des gens qui en mangent ! et leurs gencives n'en saignent pas !

C'est comme le chardonneret, dont l'africain est sensiblement plus fluet que le nôtre. Il offre la même variété de couleurs, parmi lesquelles éclatent le rouge de la tête et le jaune des ailes, les mêmes ondulations dans le vol et les mêmes frétillements quand il prélude à son chant par ces notes moelleuses et modulées que le latin a essayé de mettre dans son nom (*carduelis*).

Arrêtez-vous sur le chemin pour l'écouter chanter : c'est gracieux au possible. Si vous trouvez son nid, qu'il tisse et tresse à l'enfourchure d'une petite branche, n'y touchez que très discrètement, avec les yeux, pour l'admirer : car il est merveilleux.

Enfants méchants, quand la nichée était éclose, nous détachions la branche et nous la placions dans un panier en fer au plus haut du même arbre. Les malheureux parents apportaient la becquée, les petits grandissaient et, quand était venu le jour de voleter, ceux-là les appelaient. C'était en vain, vous pensez bien; et ils les abandonnaient. Alors les oisillons fermaient les yeux et s'endormaient pour ne plus s'éveiller. Ils usent si vite pour être si chauds ! et notre inconsciente cruauté avait ainsi son compte.

Ces charmantes créatures vivant groupées, on les prend au filet par centaines, parce qu'on n'a rien à faire et parce que c'est facile; ou on tire dans le tas et chaque plomb porte. Et cela fait pitié ! Voudriez-vous me dire, si vous fûtes jamais acteur ou simplement témoin en pareille besogne, quelle jouissance vraie elle vous a procurée ?

Ah ! qu'on les laisse donc aller aux chènevières, où le mal qu'ils nous font ne vaut pas un fétu !

III

L'Arabe, dont rien n'ébranle la sereine torpeur, a pourtant cela de bon qu'il ne s'attaque pas à ces petites bêtes, quoique le Coran ne le défende pas.

D'abord, il ne se dérangerait pas pour si peu, d'autant qu'il y faudrait dépenser quelque peine. A quoi tient la prodigieuse abondance du frétin dans les trous des ruisseaux desséchés où la main suffit à le saisir, si ce n'est à la médiocre estime qu'il en a? Cela vaut-il la peine qu'on se baisse?

Et puis, il n'est friand de rien, étant si primitif qu'au point de vue charnel c'est l'animal tout pur, dont les besoins alimentaires se satisfont avec une poignée de blé réduit en couscous et du mouton conservé dans de la mauvaise huile.

S'il boit du lait, s'il adore le café, s'il cultive la poule, il sait aussi bien s'en passer. Après cela il ne dédaigne pas les quelques fruits que comporte sa terre et qui présentent cette très intéressante particularité d'être surtout aqueux, la nature distillant sous cette forme aux lieux marécageux une boisson sucrée, parfumée et tonique.

Mais il est bien trop tranquille pour chicaner l'univers sur ses secrets qu'il estime être ainsi, parce qu'ils ne sont pas autrement.

A propos de ces fruits, il me souvient que dans une étape, en basse Tunisie, la colonne passa près de champs de cactus dont les baies étaient mûres, ces baies dont j'ai vu jusqu'à trente sur un seul rameau et que des faisceaux d'épines rendent difficilement abordables (afin, évidemment, qu'on n'en use qu'avec lenteur et modération).

La chaleur était suffocante (fin octobre). C'était le lendemain d'une rude journée : nous, les médecins, nous avions eu quelque travail tardif, et l'on était encore sous le poids de la veille.

On avait soif, l'eau de l'oued était saumâtre et celle des tonnelets portés par les chameaux n'avait rien d'attrayant. D'instinct on s'arrêta et on se désaltéra avec ces excellentes figues de Barbarie, que nos convoyeurs étaient habiles à éplucher.

Ailleurs, par une marche vivement ensoleillée, je me rappelle aussi m'être fort bien trouvé de mordre à pleines dents dans le cédrat douceâtre. Et la pastèque, qu'est-ce autre chose qu'une pulpe fondante à saveur fraîche et agréable dans les feux de l'été?

Tant il est vrai que tout est relatif en ce monde et que, suivant les situations, rien n'est plus près d'être bon que ce qui est mauvais. Je vous disais bien que les extrêmes se touchent !

IV

Pour en revenir à l'Arabe, il a du goût pour le petit oiseau; il le cherche, il le déniche et, chose étrange, il l'élève. A sa porte, où il flâne, ou devant sa boutique (je parle du citadin qui n'entre à la maison que pour manger et dormir, y laissant les femmes absolument maîtresses), cet homme, qui a l'air de ne penser à rien, éprouve le besoin de voir s'agiter sous ses yeux impassibles cette petite bête que du reste il choisit.

De même qu'il aime à se parer d'une fleur, belle et odoriférante comme le jasmin, de même il n'entretient en cage, au prix de mille soins, que l'oiseau le plus fin et le meilleur chanteur.

Le nomade ne comprendrait rien à cette jouissance, dont l'objet lui est étranger. Que feraient de jolis oiseaux sur la terre nue où il pose sa tente?

Quant à l'indigène de l'oasis, imagine-t-il qu'il y ait d'autres espèces que le moineau, la grive ou la perdrix canga?

Donc, à la ville, il est commun de voir accrochées aux murailles, des cages en osier qui ressemblent à des maisonnettes en miniature, avec portes et fenêtres agrémentées de verres multicolores.

Et dans ces cages, c'est la *fauvette*, vive et futée sous son chaperon noir, celle qui épuceronne les arbres fruitiers en babillant sans cesse. Vous l'avez évidemment remarquée, si vous êtes paisible : car elle est familière au jardin qui lui plaît. Est-elle assez gentille et quel gosier flexible !

La brillante variété de son ramage est reproduite par un autre chanteur, également cher à l'Arabe. Le *tarin*, c'est son nom, gazouille dans la note tendre; il aime la solitude et la moindre feuille le dérobe aux regards. Il est si petit ! Aussi on l'entend, plutôt qu'on ne le voit. Quand il est en prison, il paraît résigné, surtout si on lui ménage des rayons de soleil dont il est un reflet, d'un vert-jaune admirable.

Plus petit encore est le *troglodyte*, genre de roitelet qui volette dans les ronces et s'y nourrit d'insectes. Celui-ci se laisse d'autant mieux prendre qu'il sait, à n'en pas douter, pouvoir s'échapper à travers les barreaux des cages ordinaires.

Mais le plus recherché, c'est, sans contredit, le *rossignol*. Le connaissez-vous bien?

A peu près gros comme un pierrot dont il n'a pas les contours arrondis, haut sur pattes pour sauter aisément dans le fouillis des petites herbes, il a un bec fin et pointu qui va droit au vermisseau et un plumage fauve, à la faveur duquel il se dissimule au plus épais des branchages.

Et ses allures dégingandées n'ont rien de gracieux; aussi dirait-on qu'il se cache dans le buisson d'où il ne sort guère. En temps ordinaire, d'ailleurs, on ne se douterait pas qu'il existe, s'il ne se manifestait par un gloussement qui n'appartient qu'à lui.

Et c'est lui qui chante jour et nuit dans les splendeurs du renouveau. Sur le littoral africain c'est en janvier, le mois clément par excellence, le mois plein de soleil, d'étoiles et de fleurs.

Écoutez-les alors, les rossignols, envoyant aux échos, s'envoyant à eux-mêmes, dans un mélange capricieux, leurs roulades aux notes alternativement graves et aiguës, leurs sifflements prolongés et leurs trilles variés.

Quel enchantement par les douces soirées ! et pourquoi la nature, en créant ce gosier, commit-elle un si grand effort qu'elle ne le soutient qu'au temps où elle met en jeu toutes les forces vitales, au beau temps des amours?

Et penser que des coups de fusil criminellement s'égarent sur ces êtres charmants, et que par intérêt, sinon par pitié, on n'interdit pas cette tuerie stupide ! Je parierais que tous les phylloxéras du monde ne reconnaissent pas d'autre cause.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 mai 1891, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Pélissier, médecin auxiliaire de deuxième classe.

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine sera ouvert le lundi 22 juin 1891, à une heure précise, à l'Asile-Clinique (Sainte-Anne), rue Cabanis, 1, à Paris.

Le registre d'inscription restera ouvert, 2, rue Lobau, bureau des aliénés, du 21 mai au 4 juin 1891, de onze heures à quatre heures.

Traité de la massothérapie, par le docteur A.-S. Weber, avec préface du docteur Péan. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL BROUSSAIS. Du genu valgum et de son traitement. — Le choléra en Espagne. — MÉDECINE PRATIQUE. — Traitement intensif de la tuberculose par la méthode des injections sous-cutanées. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Proust a fait connaître à l'Académie les mesures prophylactiques qui ont été prises en 1890 contre le choléra d'Espagne et les résultats obtenus. Ces résultats ont été des plus satisfaisants en ce qui nous concerne, puisque nous n'avons eu que deux cas de choléra qui sont restés isolés. Il est impossible de ne voir là qu'une heureuse coïncidence; il faut bien admettre que c'est réellement grâce aux mesures prises à la frontière que cette épidémie, si grave et si meurtrière en Espagne, ne s'est pas propagée en France. On peut donc dire, sans exagération, que c'est là un véritable triomphe de l'hygiène prophylactique. On doit d'autant plus féliciter M. Proust, auteur de ces mesures, qu'elles n'ont en aucune façon entravé les relations entre les deux pays, ainsi que le prouvent les chiffres contenus dans cet important document, à propos duquel il n'est que juste de citer, avec celui de M. Proust, les noms de MM. Netter et Charrin, qui ont si bien assuré, à la frontière, l'exécution des mesures prescrites.

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Albert Robin pour la lecture d'un travail sur les effets de la balnéation chlorurée sodique. La vogue dont jouissent aujourd'hui les eaux chlorurées sodiques donne un intérêt tout particulier à ce travail qui a surtout pour but d'en bien fixer les indications cliniques et chimiques. N'oublions pas de mentionner les réserves faites par M. Hayem qui considère les eaux chlorurées sodiques, y compris la mer, comme formellement contre-indiquées dans le traitement de la chlorose. Cette opinion du professeur de thérapeutique à la Faculté surprendra sans doute bien des praticiens.

La séance s'est terminée par une communication de M. Gariel sur la transparence de certaines tumeurs et sur un moyen simple et pratique de déterminer cette transparence.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Gariel sur les candidats au titre de correspondant national. La liste de présentation a été dressée comme suit : en première ligne, M. Crié (de Rennes); en deuxième ligne, M. Fleury (pharmacien militaire); en troisième ligne et *ex æquo*, MM. Bleicher (de Nancy); Hugounencq (de Lyon); Lacour (du Mans) et Linossier (de Lyon).

HOPITAL BROUSSAIS. — M. RECLUS.

Du genu valgum et de son traitement.

(Clinique recueillie par M. LANTIER, interne du service.)

Vous venez de voir, au n° 7 de la salle Follin, un jeune malade de quinze ans, atteint de genu valgum double.

Cette difformité des membres inférieurs, vous avez pu le constater, se caractérise par la saillie en dedans des genoux et la projection des jambes en dehors. Si l'on place le malade dans le décubitus horizontal, la cuisse et la jambe forment de chaque côté, au niveau du genou, un angle à sommet interne et les pieds se trouvent écartés de l'axe médian du corps. Pour apprécier le degré de la difformité, il suffit de mesurer l'écartement qui sépare les deux malléoles internes; chez notre sujet, nous avons trouvé un écart de 17 centimètres. Dans ces conditions, il est facile de comprendre combien la station debout est disgracieuse et combien la marche est pénible et fatigante. Notre malade marche en se dandinant comme un canard, et bien qu'il ne souffre pas de sa difformité, il est évident que nous lui rendrons un grand service en y remédiant par une intervention chirurgicale.

Je tiens à vous dire quelques mots de la pathogénie du genu valgum, à propos de laquelle on a édifié de nombreuses théories. La plupart de ces théories n'ont plus guère qu'un intérêt historique et, à l'heure actuelle, on s'accorde généralement à voir dans le genu valgum un vice de développement des cartilages de conjugaison de l'extrémité inférieure du fémur. La difformité se produit par suite d'un allongement du condyle interne, allongement que les auteurs ont voulu expliquer, soit par un accroissement trop rapide du cartilage conjugal du côté interne, soit par un arrêt de développement du condyle externe. Du côté du tibia, mais beaucoup plus rarement, de semblables troubles peuvent concourir, dans une certaine mesure, à la production du genu valgum. C'est ainsi que M. Verneuil a rapporté, en 1876, plusieurs faits dans lesquels la difformité s'accompagnait de douleurs au niveau de l'extrémité supérieure et interne du tibia. Je n'insiste pas sur cette variété de genu valgum; rappelez-vous que, dans la grande

majorité des cas, l'affection a pour point de départ un vice de développement des cartilages conjugaux ou ostéogéniques de l'extrémité inférieure du fémur.

En présence d'un genu valgum, vous aurez parfois raison de la difformité au moyen d'un traitement orthopédique, mais, chez l'adolescent ou l'adulte, vous n'aurez à votre disposition que l'intervention chirurgicale, et vous aurez à choisir entre deux procédés : l'ostéotomie ou l'ostéoclasie. L'un et l'autre de ces procédés a pour but de produire le redressement brusque de la jambe en fracturant le fémur à son extrémité inférieure. Le redressement obtenu et la difformité corrigée, on maintient le membre inférieur dans la rectitude au moyen d'un appareil plâtré, qu'on enlève après consolidation de la fracture.

L'ostéotomie, ou opération de Mac Ewen, consiste dans la section de l'os à ciel ouvert, c'est-à-dire qu'après avoir incisé les téguments et les muscles qui recouvrent l'extrémité inférieure du fémur, au-dessus du condyle interne, on sectionne l'os avec un instrument spécial qu'on appelle l'ostéotome. On conçoit que cette opération, toute simple qu'elle soit, n'ait pu entrer dans la pratique que grâce aux progrès de l'antisepsie, car elle produit une fracture à foyer ouvert, traumatisme toujours grave et pouvant exposer à de nombreux dangers. D'un usage plus ancien, l'ostéoclasie a pour but de fracturer l'os sans produire de solution de continuité des tissus périphériques. Elle peut être manuelle ou instrumentale ; celle-ci me paraît devoir être employée exclusivement chez l'adulte. Il existe un certain nombre d'appareils puissants, dits ostéoclastes, et, parmi ceux-ci, je me borne à vous signaler les modèles de M. Robin et de M. Collin. Pour ma part, j'ai toujours eu recours à l'ostéoclaste de M. Collin.

Lorsqu'on se sert de cet appareil, on immobilise le fémur entre deux plaques, puis, à l'aide d'un bras de levier, on exerce sur l'extrémité inférieure de la jambe une traction transversale qui produit la fracture entre ces deux plaques.

A laquelle de ces deux opérations devez-vous donner la préférence ?

Il convient, pour cela, d'examiner comparativement les avantages et les inconvénients que présentent l'un et l'autre de ces procédés opératoires. L'ostéotomie a contre elle de produire une fracture à foyer ouvert, pouvant servir de porte d'entrée aux germes infectieux et entraîner à sa suite des accidents de la plus haute gravité. Avant l'ère antiseptique, ces fractures ouvertes avaient parfois une terminaison funeste, et il me souvient d'avoir vu mourir de septicémie une jeune fille à qui un de nos grands chirurgiens avait pratiqué l'ostéotomie. Même à l'heure actuelle, si puissamment armés que nous soyons contre l'invasion des germes pathogènes, il est évident qu'il vaut mieux traiter une fracture fermée plutôt qu'une fracture ouverte, et l'ostéotomie peut nous exposer à de sérieux dangers. D'autre part, cette opération présente l'avantage de n'exiger qu'un outillage simple, que tout le monde peut se procurer. Si l'on ajoute à cela la facilité opératoire de l'ostéotomie, on comprend la préférence que lui accordent beaucoup de chirurgiens, surtout à l'étranger.

L'ostéoclasie a pour elle de produire une fracture fermée et de mettre à l'abri des accidents qu'on pourrait reprocher à l'ostéotomie. Ce n'est pas une opération sanglante et elle paraît donner d'excellents résultats. Malheureusement, elle a l'inconvénient d'exiger un outillage spécial, un appareil coûteux qu'il n'est pas donné à tout le monde de connaître et de manier avec l'habileté que donne l'habitude.

Si l'on interroge les statistiques, il est difficile de se faire une opinion exacte sur les résultats définitifs obtenus par l'ostéotomie ou par l'ostéoclasie. Toutefois, mon expérience personnelle me porterait à conclure en faveur de cette dernière, car, sur neuf malades que j'ai opérés par l'ostéoclasie, j'ai enregistré neuf succès. L'ostéotomie ne m'aurait pas fourni de résultats plus brillants. On a cependant reproché à l'ostéoclasie d'exposer aux récidives du genu valgum, mais il me semble que ce reproche n'est pas fondé ou du moins ne doit pas s'adresser au procédé opératoire.

Chez les jeunes sujets dont on a corrigé la difformité, le cartilage conjugal du côté interne peut continuer à être le siège d'une suractivité fonctionnelle qui reproduit le genu valgum. Cette persistance de l'évolution vicieuse peut donc s'observer après l'ostéotomie, tout aussi bien qu'après l'ostéoclasie. M. Collin a rappelé récemment qu'il avait opéré avec son appareil un genu valgum déjà traité par l'ostéotomie.

En résumé, la chirurgie vous offre, contre le genu valgum, deux procédés qui donnent l'un et l'autre d'excellents résultats, et je ne saurais vous conseiller l'un à l'exclusion de l'autre. Si vous opérez dans un milieu où l'asepsie ne vous semble pas rigoureuse, et si, d'autre part, vous êtes en mesure de vous procurer l'appareil de M. Collin, vous ferez bien de pratiquer l'ostéoclasie. Si, au contraire, vous vous trouvez dans les conditions les meilleures pour pratiquer une opération sanglante, si vous êtes sûrs de ne faire courir à votre malade aucun danger d'infection, ayez recours à l'ostéotomie. La simplicité opératoire qu'elle présente, l'innocuité qu'elle offrira de plus en plus, grâce aux progrès de l'antisepsie, me font préjuger qu'elle deviendra la méthode de l'avenir.

LE CHOLÉRA EN ESPAGNE

Par M. le docteur Proust.

Le 10 mars 1890, nous adressions au ministre de l'Intérieur un rapport ayant pour but de préciser quelles mesures devaient être prescrites à nos frontières de terre.

Il n'y avait pas à songer à établir des quarantaines de terre, la question est jugée depuis longtemps. Il fallait se contenter de quelques mesures rationnelles, donnant une garantie suffisante à la santé publique, sans jeter la perturbation dans les relations internationales. Ces mesures sont les suivantes :

1° Visite médicale des voyageurs venant de l'étranger ;

2° Arrêt des malades et des suspects ;

3° Examen des bagages de façon à ne pas laisser pénétrer de linge sale, et à les désinfecter immédiatement par une étuve à vapeur sous pression.

A l'arrivée de chaque train, les voyageurs seront conduits dans une salle et chacun d'eux subira l'inspection.

Toute personne atteinte de gastro-entérite devra être retenue et soignée au poste ; toute personne qui, sans présenter des signes de gastro-entérite, offrira des symptômes suspects, pourra être retenue en observation.

On remettra à chaque voyageur bien portant un passeport sanitaire qu'il présentera au maire de sa localité ; là il

subira une nouvelle inspection et sera observé pendant le nombre des jours qui correspondent à la durée de l'incubation du choléra.

Le maire de la localité aura été avisé de l'arrivée du voyageur par une carte postale envoyée par la direction du poste.

Grâce à ce système, dans le cas où le voyageur serait atteint de choléra, il pourrait être immédiatement isolé et traité, et toute production de foyer se trouverait ainsi évitée.

L'examen des bagages devra être fait avec le plus grand soin et les linges sales ne seront rendus qu'après la désinfection.

On proscrivit l'entrée des chiffons et drilles et des objets de literie ainsi que des légumes et fruits poussant au niveau du sol.

MM. Charrin et Netter furent envoyés à Cerbère et à Hendaye pour organiser le service.

En 1885 déjà, des précautions analogues avaient été prises, et le choléra qui, à cette époque, causa en Espagne au moins 120,000 décès, ne passa pas la ligne des Pyrénées. Seules, les communes de Hendaye, Béhobie et Bidarray, en relations avec Irun ravagé par une épidémie assez violente, furent envahies.

Ces différentes mesures ne sont que l'application des notions scientifiques que nous possédons sur l'étiologie du choléra :

Nécessité, pour la transmission, d'un germe pathogène fourni par le malade et contenu dans ses déjections; germe véhiculé par le malade, par les objets qu'il a souillés, par l'eau dans laquelle pénètrent ces déjections.

Ces mesures simples, faciles à exécuter, non vexatoires, ne sont pas comparables à celles que les Espagnols et les Italiens ont prises contre nous en 1884 et 1885, aussi l'appréciation des nations voisines leur a-t-elle été très favorable et les autorités sanitaires de plusieurs villes espagnoles sont venues en voir le fonctionnement dans le but de les imiter.

Les mesures prescrites semblent avoir donné les meilleurs résultats.

Malgré des communications incessantes qui n'ont pas été arrêtées un seul jour entre la France et l'Espagne, communications auxquelles les mesures prescrites n'ont imposé aucune entrave, deux cas seulement de choléra ont été observés en France et ces deux cas sont restés isolés.

Dans la région occidentale, dirigée par M. Netter, l'examen médical n'a fait retenir que peu de malades et de suspects, et parmi ceux-ci, il n'y a pas eu un seul cholérique.

Le nombre des voyageurs qui ont traversé la frontière s'élève à environ 100,000.

Sur la ligne ferrée où le nombre des voyageurs est beaucoup plus considérable, on se servit de l'étuve.

Sur les autres routes, on fut obligé d'avoir recours à l'eau bouillante, la solution de sublimé et d'acide phénique.

La région orientale dirigée par M. Charrin a donné passage à 37,223 voyageurs.

A Cerbère, poste de beaucoup plus important, l'arrêt normal des trains était suffisant pour que la visite des personnes, la désinfection du linge pussent s'effectuer avant le départ de la correspondance.

Quelques incidents, peu nombreux et peu graves, se sont produits; quelques déclarations n'ont pas été faites; quelques-unes ont été reconnues fausses et leurs auteurs poursuivis.

Mais ces faits, très exceptionnels, ont appris à la population qu'il y avait des règlements sanitaires et que ceux qui ne s'y soumettaient pas étaient exposés à encourir des peines.

Les malades, retenus après examen médical, se réduisent à quelques cas isolés.

Ces malades ont été mis en observation quelques heures seulement, sauf l'un d'eux atteint d'une gastro-entérite grave, qui est resté quatre jours et sortit très amélioré.

Pour montrer l'utilité de cet ensemble de mesures nous rapporterons le fait suivant :

M. X..., venant des pays contaminés, passe à Cerbère, se rendant à Lunel; il est signalé à la mairie de Lunel et lui-même fait sa déclaration, puis il est pris de choléra. Le malade contagionne sa mère qui succombe en vingt-quatre heures. Lui-même finit par guérir.

En raison de la négligence de l'adjoint faisant fonction de maire, négligence qui a été punie d'une suspension de quinze jours, l'autorité supérieure n'a été prévenue qu'après trois jours de retard.

Cependant, M. Charrin est parti immédiatement pour Lunel. Il a prescrit et fait exécuter les mesures d'isolement et de désinfection commandées en pareil cas, et le choléra s'est éteint sur place.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des convulsions chez les enfants. — M. Descroizilles recommande tout d'abord de transporter l'enfant dans une pièce fraîche, de le débarrasser de ses vêtements, de bien constater s'il n'existe rien pouvant irriter les téguments, comme le ferait par hasard une épingle, de l'étendre sur un lit un peu dur. On pourra se trouver bien de lui faire des lotions fraîches ou de le plonger dans un bain tiède ordinaire ou additionné de farine de moutarde.

Ces lotions peuvent être faites sur tout le corps; on se trouve souvent bien d'affusions froides sur la tête ou même, d'après M. Descroizilles, d'une véritable irrigation prolongée au moyen d'un jet d'eau froide qu'on laisse tomber sur la fontanelle. En Allemagne et en Suisse, lorsque les convulsions se produisent dans le cours d'une pyrexie, on plonge souvent les enfants dans un bain froid.

L'irritation peut venir du tube digestif; on peut donc provoquer le vomissement en titillant la luette ou bien prescrire un vomitif. D'autres fois, surtout si le ventre est tendu, on arrivera au calme en administrant un purgatif (10 à 20 centigrammes de calomel ou 5 à 15 grammes d'huile de ricin ou bien encore 8 à 16 grammes de manne délayée dans du lait). Si l'enfant a rendu des vers, il faut immédiatement prescrire un vermifuge.

Lorsqu'il y a hyperémie cérébrale, l'application de quelques sangsues derrière les oreilles, parfois même à l'extrémité inférieure des cuisses ou à la région tibio-tarsienne, peut faire cesser l'accès. Chez les enfants vigoureux, on pourra même parfois pratiquer une saignée au bras ou à la saphène.

Quelques moyens de valeur variable peuvent parfois réussir, tels sont l'application de cataplasmes chauds, additionnés de farine de moutarde et appliqués sur les membres inférieurs, ou bien encore la compression de la carotide pratiquée avec précaution suivant les préceptes de Trousseau. Les inhalations de chloroforme peuvent donner de bons résultats, mais très passagers; leur répétition n'est pas sans dangers; il faut donc user de ce moyen avec beaucoup de précautions.

Quand l'état convulsif se prolonge, on peut administrer, d'après M. Descroizilles, 5 à 40 centigrammes d'oxyde de zinc avec parties égales de jusquiame. Le bromure associé au chloral

donne surtout de bons résultats; on doit donner le bromure aux doses de 50 centigrammes à 1 gramme aux très jeunes enfants, 2 à 4 grammes chez les enfants plus âgés et 4 à 6 grammes chez ceux qui approchent de l'adolescence. Les doses de chloral doivent être de 5 centigrammes chez les nouveau-nés, de 15 centigrammes chez les nourrissons, de 20 à 30 centigrammes au-dessus de deux ans et de 40 à 80 centigrammes chez les enfants de sept à douze ans. L'administration du chloral doit être promptement suspendue, et reprise si besoin est.

Enfin, une fois l'accès passé, l'enfant doit être maintenu pendant quelque temps au repos absolu. On doit ensuite administrer des toniques variés tout en continuant l'usage prolongé du bromure; prescrire aussi des affusions froides sur la tête, des frictions générales, des bains tièdes assez fréquents et exiger une hygiène alimentaire sévère. On peut se trouver bien de faire prendre de temps en temps à l'enfant de petites doses de calomel, de valériane et d'oxyde de zinc. (*Médecine moderne.*)

TRAITEMENT INTENSIF DE LA TUBERCULOSE

PAR LA MÉTHODE DES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES (1)

Par M. le docteur L. Jumon.

II

Il ne suffit pas, pour pratiquer avec succès les injections sous-cutanées de créosote, d'avoir un agent médicamenteux pur et de composition uniforme, il faut aussi être en possession d'un véhicule irréprochable. Les essais cliniques ont montré la supériorité des huiles végétales. L'huile d'amandes douces mérite la préférence, parce qu'elle ne fige qu'à la température relativement basse de moins de 25 degrés.

Quelle que soit l'huile employée, il est absolument indispensable de la *rendre neutre* et de la stériliser. Or, toutes les huiles s'oxydent, et, sous l'influence de l'air humide notamment, il s'établit une fermentation qui rend les huiles rances. L'acidité peut encore résulter de ce qu'il a pu rester dans l'huile des traces d'acides minéraux ayant servi à l'épuration.

En outre, la matière azotée qui se trouve mélangée aux corps gras (matière azotée provenant des débris végétaux mécaniquement entraînés dans l'extraction de l'huile), peut également, par fermentation, charger l'huile de produits secondaires qui constituent, dans certains cas, des bases très énergiques.

Ces remarques s'appliquent seulement aux huiles *vierges*. Quant aux huiles commerciales, qui sont constituées par des mélanges, les impuretés y sont encore bien plus nombreuses.

La stérilisation forme également une partie importante de la préparation de l'huile destinée aux injections. *Avec une huile non stérilisée, on injecterait des microbes variés indéterminés, sur lesquels la créosote peut ne pas avoir d'action.*

La stérilisation doit être faite dans des conditions très précises. On opérera à une température telle que la stérilisation proprement dite soit effectuée sans que les corps gras soient altérés. Or, ceux-ci se détruisent à partir de 300 degrés et donnent naissance à de l'acroléine, à des acides gras libres et à des corps empyreumatiques.

Comme on le voit, la préparation des huiles médicamenteuses pour injections sous-cutanées est des plus délicates. Le praticien qui injecte une huile dont la purification et la stérilisation n'ont pas été bien conduites s'expose à des mécomptes et à des accidents locaux qui peuvent mettre obstacle à la continuation du traitement.

C'est avec une huile créosotée remplissant ces conditions que M. Burlureaux a pu pratiquer ou faire pratiquer 2500 piqûres sans observer de suites fâcheuses.

La *créosote* qui a servi à ces expériences et l'huile elle-même ont été fournies par M. Choay ou préparées d'après ses indications.

C'est pourquoi MM. Champigny et Cie, qui se sont assuré le concours de M. Choay, livrent aujourd'hui aux praticiens de l'*huile créosotée alpha*, toute prête pour les injections sous-cutanées.

Les médecins peuvent avoir ainsi sous la main une préparation qui leur permet de faire absorber des doses massives de créosote, et de réaliser le traitement le plus intensif qui ait été employé jusqu'à nos jours.

M. Burlureaux s'est arrêté à la solution au 1/15e déjà adoptée par M. le docteur Gimbert (de Cannes).

Dans un travail publié il y a plus d'un an, M. Burlureaux s'exprimait ainsi : « La créosote injectée est très vite absorbée; au bout de dix minutes en moyenne, les malades l'exhalent; leur haleine sent légèrement la créosote, et eux-mêmes en accusent le goût. Ce goût désagréable est même le principal inconvénient de la méthode. Pour l'atténuer, nous avons eu l'idée d'employer, au lieu de créosote, un produit qui se trouve dans la créosote du hêtre à la dose de 75 p. 100, et que, sur notre demande, M. Choay a bien voulu mettre à notre disposition : c'est le *gaïacol*, principe actif de la créosote, à odeur légèrement balsamique, assez agréable, qui se dissout, comme la créosote, dans l'huile, et que nous avons employé pareillement en solution à 1 p. 15, 1 p. 10, 1 p. 5 et même 1 p. 3. Il est aussi bien toléré par les tissus et ne laisse au malade qu'une saveur peu intense, suffisante cependant pour déceler l'absorption du médicament et sa pénétration dans l'économie. »

Au sujet du *gaïacol*, il n'est peut-être pas sans intérêt de rappeler les circonstances dans lesquelles il a été introduit en France :

Aussitôt que Fræntzel eut fait sa communication sur l'emploi du gaïacol, M. Labadie-Lagrave pria M. Choay de lui préparer ce corps. M. Labadie-Lagrave prescrivit ce médicament pour l'usage interne dans son service de la Maternité, d'abord sous forme de solution huileuse, ensuite sous forme de perles de Clertan contenant la substance active en dissolution dans l'huile de faîne.

Les premiers essais remontent au mois d'avril 1888, et les seconds à la fin de novembre de la même année.

Plus tard, M. Burlureaux demanda à M. Choay des solutions huileuses de gaïacol pour injections sous-cutanées.

Diverses raisons, entre autres la difficulté de se procurer à cette époque du gaïacol pur, en quantité suffisante, ont fait que les expériences ont été poursuivies avec la créosote. Le gaïacol pur est aussi d'un prix plus élevé.

Aujourd'hui, MM. A. Champigny et Cie peuvent fournir de l'*huile gaïacolée alpha* dans les mêmes conditions de pureté que l'*huile créosotée alpha*.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 540.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mai 1891. — Présidence de M. Regnauld.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Vérité (de la Bourboule) qui se porte candidat au titre de membre correspondant national;

2° Une note de M. le docteur Combe, sur les injections de cocaïne.

M. le Président annonce à l'Académie qu'à l'avenir les personnes étrangères qui voudront y faire des lectures devront déposer leur manuscrit au secrétariat, afin que le bureau puisse en prendre connaissance et choisir, parmi les nombreux travaux présentés, les plus dignes d'intérêt.

COMMUNICATIONS

La balnéation chlorurée sodique; ses effets sur la nutrition. — M. Albert Robin a étudié l'action physiologique de la

balnéation chlorurée-sodique. Il a mis, pendant trois jours, à la ration d'entretien un des stagiaires de l'Académie aux eaux minérales et il a soigneusement analysé les urines. Puis, pendant trois jours, ce stagiaire a pris des bains salins au quart, au demi-sel et des bains pur sel. Il y a une action physiologique secondaire qui survit à la balnéation et qui peut être ainsi résumée :

1° L'impulsion donnée aux échanges généraux, aux échanges azotés, à l'oxydation des produits de la désassimilation des matières albuminoïdes, s'accentue encore après la cessation du traitement ;

2° L'acide urique seul subit une très minime élévation ;

3° La diminution du taux de la désassimilation provoquée par les bains demi-sel et pur sel dans les tissus riches en phosphore ou riches à la fois en azote et en phosphore, ne survit pas à l'administration des bains ;

4° L'augmentation des chlorures corrobore l'opinion actuellement courante de la non-absorption par la peau des éléments dissous dans l'eau chlorurée sodique.

Arrivant ensuite aux applications cliniques, M. Robin détermine ainsi les indications principales de la balnéation chlorurée sodique :

La première et la plus importante comprend tous les états morbides dans lesquels il y a hypo-azoturie, c'est-à-dire diminution dans les échanges azotés. La seconde indication est l'amoindrissement des oxydations azotées. La troisième relève de l'action d'épargne exercée par la balnéation chlorurée sodique sur les tissus riches en phosphore, et sur ceux qui sont à la fois riches en azote et en phosphore.

On sait que les bains agissent différemment, suivant le degré de leur richesse saline ; mais la chimie de la nutrition précise l'action spécifique des bains au quart, à moitié, entiers.

Ainsi, le bain au quart devra être réservé aux malades chez lesquels il n'y a lieu d'augmenter ni les échanges azotés, ni les oxydations, à ceux qui ont une tendance à maigrir, à ceux qui fabriquent de l'acide urique en excès.

Le bain demi-sel conviendra d'emblée aux malades chez lesquels il y aura lieu de relever vivement les échanges azotés, sans accroître activement les oxydations. Il sera contre-indiqué chez les uricémiques.

Le bain pur sel, avec son action dominante sur les oxydations organiques, conviendra aux malades à nutrition languissante, à oxydations retardées, aux affections osseuses, aux déchéances nerveuses, aux rachitiques, aux névrosés, à certains anémiques, aux arthritiques uricémiques, aux malades intoxiqués par des produits d'oxydation imparfaite, à tous les individus dont il importe de reconstituer le système nerveux par voie d'épargne, tout en accélérant les mutations azotées.

La balnéation chlorurée sodique, cliniquement et chimiquement, sera la médication hydro-minérale du lymphatisme, de la scrofule, de ses manifestations ostéo-articulaires, du rachitisme, des inflammations chroniques de l'appareil utérin, du rhumatisme chronique, de certaines anémies, etc.

La clinique avait créé les indications relatives à telle ou telle entité morbide ; la chimie crée des indications relatives à tels ou tels éléments morbides, envisagés indépendamment de l'affection dont ils ne sont qu'une des conséquences et l'un des actes.

M. Robin prend pour exemple l'anémie qui constitue l'un des éléments morbides que revendique la balnéation chlorurée sodique. Les anémies ne sont pas toutes justiciables de la médication martiale, et, dans certains cas, il faut recourir aux arsenicaux. Il n'existe pas un moyen clinique de déclarer, avant tout traitement, que le fer convient à tel anémique et l'arsenic à tel autre. Or, M. Robin croit avoir trouvé ce moyen. Si l'on étudie la chimie des échanges chez les anémiques, on arrive à les diviser en deux classes.

La première comprend les anémiques qui ont des échanges azotés diminués et une oxydation amoindrie ; chez les malades de cette classe, le coefficient d'oxydation azotée s'abaisse à 75 p. 100 en moyenne, au lieu du chiffre normal de 80 à 82 p. 100.

La seconde classe renferme les anémiques dont les échanges et les oxydations azotées sont augmentés et dépassent la normale précédente. Or, le fer accroissant les oxydations et l'anémie les diminuant, cette conclusion mathématique s'impose, que la médication ferrugineuse convient aux anémiques de la première classe, et que ceux de la seconde classe doivent être soumis à une médication restrictive des oxydations, à la médication arsenicale, par exemple.

Il est facile d'appliquer ces données à la cure des anémies par la balnéation chlorurée sodique. Cette médication, envisagée dans son ensemble, accroît le coefficient d'oxydation de 4,2 p. 100 ; elle accroît la désassimilation azotée de 17,2 p. 100 ; on devra donc se garder de l'employer dans le traitement des anémies du second groupe.

La chimie des échanges indique encore le moment précis où l'on doit interrompre la cure. En effet, l'augmentation des échanges azotés et des oxydations survit à la cure et s'accroît après la fin de celle-ci ; il ne faut donc pas attendre, pour l'interrompre, que les oxydations soient montées à un taux invariable, il faudrait cesser le traitement quatre ou cinq jours après que le coefficient d'oxydation azotée dépasse de 3 à 4 p. 100 son taux initial.

Cet exemple des anémies montre le parti que les cliniciens peuvent tirer des recherches sur la chimie des échanges. Les mêmes considérations sont applicables à un grand nombre d'autres états morbides, tels que l'obésité, la goutte, etc.

La balnéation chlorurée sodique, avec son pouvoir d'élever le coefficient d'oxydation, conviendra aux obèses par défaut de désassimilation, qu'elle fera maigrir plus ou moins, mais elle n'aura nul effet chez les obèses par excès.

En ce qui concerne la goutte, la clinique démontre que les eaux chlorurées sodiques fortes ne conviennent pas aux goutteux confirmés, et qu'on doit les réserver aux lésions imparfaitement résolues qu'entretient la goutte chronique.

Cette indication est pleinement confirmée par la chimie des échanges. Tandis que l'urine de la goutte aiguë représente un type de nutrition exagérée, on voit dans l'urine de la goutte chronique le tableau de la véritable nutrition retardante. C'est alors qu'il conviendra de relever l'activité nutritive, de stimuler les oxydations, de favoriser l'élimination de l'acide urique, etc., toutes actions que réalise le bain demi-sel.

Le pouvoir oxydant de la balnéation chlorurée sodique justifie son emploi dans certaines auto-intoxications d'origine intestinale ou consécutives au surmenage, et dans certains cas de neurasthénie et de troubles nerveux consécutifs aux maladies aiguës fébriles. Enfin, la balnéation chlorurée sodique conviendrait peut-être à certains diabétiques, mais elle paraît contre-indiquée chez le plus grand nombre. En effet, si cette balnéation peut relever l'activité vitale quand l'organisme doit faire les frais d'une lutte contre un élément morbide ; si elle peut, dans ces circonstances, diminuer l'opportunité morbide, c'est à condition que l'état d'infériorité de l'organisme provienne justement d'une nutrition insuffisante ; au contraire, si cette opportunité morbide relève d'actes désassimilateurs ou oxydants trop actifs, cette médication n'aurait d'autre résultat que de diminuer encore la résistance de l'organisme et de mieux préparer le terrain de la maladie.

DISCUSSION

M. HAYEM ne veut pas discuter l'important travail de M. Robin dans son ensemble, avant de l'avoir lu et médité. Il veut seulement aujourd'hui faire une remarque sur un point spécial, l'indication de la médication chlorurée sodique, dans le traitement de l'anémie. M. Robin veut sans doute parler de la chlorose quand il emploie le mot d'anémie. Or, M. Hayem tient à déclarer que, pour son compte, il a toujours considéré la médication chlorurée sodique comme contre-indiquée dans le traitement de la chlorose. Les eaux chlorurées sodiques ne peuvent donner de bons effets, chez les chlorotiques, que pour achever la guérison. Pour M. Hayem, le fer est le seul médicament qui puisse guérir

la chlorose. Encore faut-il qu'il soit assimilé et que, conséquemment, l'estomac puisse le supporter. C'est là le seul obstacle qui puisse s'opposer aux effets de la médication martiale dans la chlorose. M. Hayem n'a jamais vu cette affection guérir sous l'influence des préparations arsenicales. Celles-ci ne réussissent que dans une certaine forme d'anémie, liée à des troubles hématopoiétiques ou l'anémie pernicieuse progressive. Dans ces cas, la médication arsenicale est la seule planche de salut. Quant à la chlorose proprement dite, c'est le fer seul qui peut la guérir. La médication par les eaux chlorurées sodiques non seulement ne la guérit pas, mais souvent même l'aggrave.

M. ALBERT ROBIN fait observer que, dans son travail, il n'a eu pour but que de tracer un programme d'ensemble relatif aux indications principales de la balnéation chlorurée sodique. Il a déduit ces indications d'après les données fournies par la chimie biologique.

M. HAYEM, tout en étant convaincu que la chimie peut rendre les plus grands services à la pathologie externe, répond que la clinique seule doit nous guider au point de vue des résultats thérapeutiques.

Le choléra en Espagne. — M. PROUST fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 546.)

De la transparence de certaines tumeurs. — M. GARIEL rappelle que, parmi les signes qui permettent d'établir le diagnostic d'une tumeur, on signale fréquemment la transparence.

Il faut tout d'abord observer que le mot transparence est mal employé dans ce cas, et qu'il faudrait lui substituer celui de translucidité.

La translucidité ne permet pas de déterminer l'état de la substance contenue dans la tumeur, de plus, la translucidité complète, absolue, peut exister avec la présence d'un corps complètement opaque, contenu dans la tumeur, comme le testicule dans l'hydrocèle, par exemple.

C'est ce point que veut étudier M. Gariel pour en donner l'explication, et pour indiquer comment il convient d'opérer, pour mettre en évidence l'existence ou l'absence d'un corps opaque.

Quelles sont les conditions physiques qui se présentent? une poche, à parois plus ou moins épaisses mais translucides, contenant un liquide généralement transparent au sein duquel se trouve un corps solide.

La paroi, éclairée sur l'une de ses faces, diffuse, par l'autre face, la lumière dans toutes les directions : il ne se produit pas le phénomène de réfraction qu'on observerait si la paroi était transparente. La paroi éclairée et diffusante joue donc, par rapport au milieu qu'elle contient, le même rôle qu'une surface lumineuse. Comment la paroi opposée sera-t-elle éclairée lorsqu'un corps opaque sera interposé? La question est la même que si l'on avait une surface lumineuse éclairant une surface située à quelque distance, alors qu'un corps opaque est placé entre les deux surfaces.

Dans une tumeur contenant un corps solide, la paroi qui reçoit la lumière de la bougie diffuse la lumière à l'intérieur; la paroi opposée, que regarde l'observateur, joue le rôle de l'écran.

M. Gariel entre ici dans une série de considérations physiques propres à expliquer ces phénomènes, et cette application le conduit à donner l'indication d'un moyen de faire apparaître l'ombre du corps opaque qui n'est pas visible par l'éclairage ordinaire, et par suite de mettre en évidence la présence de ce corps. Puisque l'absence de cette ombre tient à ce que la surface qui éclaire par diffusion est trop étendue par rapport au corps opaque, il suffit, pour provoquer la production de l'ombre, de diminuer l'étendue de la surface éclairante. On peut arriver à ce résultat en plaçant, par exemple, contre la tumeur, du côté de la lumière, un écran opaque, un morceau de carton, dans lequel sera pratiquée une petite ouverture circulaire de 1 ou 2 centimètres de diamètre.

Naturellement, dans ce cas, la partie opposée, celle que regarde l'observateur, sera moins éclairée. C'est là un inconvénient réel, car l'éclairement est quelquefois très faible, et il pourra être impossible de juger de la présence de l'ombre.

Aussi est-il préférable d'intercaler, entre la lumière et la tumeur, une lentille convergente placée de manière à donner, sur la paroi opposée à celle que regarde l'observateur, une tache lumineuse de 1 ou 2 centimètres de diamètre. L'effet sera le même, au point de vue de la production de l'ombre, que par l'emploi du diaphragme, mais au lieu de diminuer l'éclairement, on l'aura augmenté, au contraire, et par suite l'ombre sera plus facilement perceptible.

L'effet a été extrêmement net dans les expériences de M. Gariel : il se produira de la même façon dans le cas d'une tumeur, on peut l'affirmer, quoiqu'on n'ait pas encore eu l'occasion de le vérifier. Le procédé est assez simple, d'ailleurs, pour mériter d'être essayé et, dans certains cas, il fournira un élément de diagnostic qui pourra être utile.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux de rassurer les nombreux amis de M. le professeur Combalat. Notre honoré confrère est bien vivant; il est simplement *démissionnaire* de son poste de médecin du lycée de Marseille, et non *décédé*, comme le portait la décision ministérielle nommant son successeur, M. le docteur Fioupe.

— En raison des modifications survenues dans le programme des cours de l'hôpital Saint-Louis, M. Ernest Besnier a suspendu ses conférences du lundi pour procéder à une réorganisation de son enseignement sur des bases nouvelles. Provisoirement, les travaux de son service sont limités aux suivants : Mardi, opérations dermatologiques, laboratoire Alibert, à neuf heures; — Mercredi, maladies du cuir chevelu et dermatophyties, laboratoire Alibert, à neuf heures; — Vendredi : consultation clinique, 38, rue Bichat, à neuf heures.

— Par décision ministérielle, en date du 17 mai 1891, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Buisson, pour le 29e d'artillerie; Bernardy, pour le 10e d'infanterie; Surugues, pour le 10e chasseurs.

M. le médecin aide-major de première classe Keim, pour le 23e d'artillerie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Mauroux, pour le 2e d'artillerie.

— Les candidats à la place d'accoucheur du Bureau central ont eu à traiter par écrit : « Région périnéale et anale. Miction et défécation. »

— Un concours pour trois places de chefs de clinique médicale; une place de chef de clinique chirurgicale; une place de chef de clinique obstétricale; une place de chef de clinique titulaire et une place de chef de clinique adjoint des maladies mentales, des maladies cutanées et syphilitiques, des maladies nerveuses, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 22 juin 1891, à neuf heures du matin.

Le registre d'inscription sera clos le 14 juin 1891.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Serre, agrégé libre, est rappelé à l'exercice.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Un congé est accordé à M. Vanhersecckc, aide d'anatomie.

— M. le docteur Guillaud, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque municipale de Royan.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cazaubon (d'Ambès).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, par M. A. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux. 2 beaux volumes grand in-8° formant 1100 pages, avec 133 figures dans le texte et 16 planches hors texte. — Prix : 24 francs. — Paris, O. Doin.

Leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme, professées à l'hôpital du Midi, par R. Du Castel, médecin des hôpitaux de Paris. — Prix : 6 francs, — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

...ANSKI. *Handbuch d. p. Anat.*, Bd. 111.

N° 60. — SAMEDI 23 MAI 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 23 MAI 1891. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Revue générale. Technique opératoire des gastrectomies pour cancers, par M. Jonnesco, prosecteur provisoire à la Faculté de Paris, ancien interne, lauréat des hôpitaux et de l'Académie de médecine. — Société de Chirurgie. — Revue bibliographique. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE GÉNÉRALE

Technique opératoire des gastrectomies pour cancer.

Par M. Jonnesco,
Prosecteur provisoire à la Faculté de Paris, ancien interne, lauréat des hôpitaux et de l'Académie de médecine.

Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac comporte deux genres d'intervention : 1° extirpation avec résection totale ou partielle de l'organe; 2° opérations palliatives diverses dirigées contre la sténose pylorique. Je ne m'occuperai, pour le moment (1), que de la gastrectomie. Celle-ci peut être totale ou partielle, suivant l'étendue du cancer. La *gastrectomie totale*, démontrée possible chez les animaux, par F. F. Kaiser (2), a été tentée chez l'homme par Connor [de Cincinnati (3)], le 3 décembre 1883, pour un cancer étendu à tout l'estomac, mais elle ne fut pas achevée, car la malade succomba, pendant l'opération, de shok. Inutile d'ajouter qu'une pareille tentative ne trouvera plus d'imitateurs, aussi n'en parlons plus. La *gastrectomie partielle* peut être *typique* ou *atypique*. Typique, elle consiste dans l'extirpation du pylore cancéreux et abouchement du duodénum à l'estomac : *pylorectomie*. Un cancer limité à une des parois ou des courbures de l'estomac, sera enlevé par la résection d'un segment plus ou moins étendu de celles-ci, suivie de la suture des parois stomacales : c'est la *gastrectomie partielle atypique*. Enfin, dans les cas de cancers trop étendus du pylore, pour permettre l'abouchement du duodénum à l'estomac, Billroth a proposé de réséquer le pylore, fermer le duodénum et l'estomac, et établir séance tenante une fistule gastro-intestinale : *pylorectomie combinée avec la gastro-entérostomie*. Nous allons décrire la technique opératoire de ces interventions.

(1) Dans deux travaux ultérieurs j'étudierai la technique des opérations palliatives, les résultats du traitement chirurgical du cancer gastrique et l'indication de chaque opération.
(2) F.-F. Kaiser. *Czerny's beitraegezur operationen chirurgie*. Stuttgard, 1878, p. 141.
(3) Connor. *Med. News*, 22 novembre 1884, p. 578.

I

Anatomie de la région pylorique. — Il est indispensable, pour le chirurgien qui entreprend une opération sur une région quelconque, d'avoir une idée nette et exacte sur sa disposition anatomique. De cette façon seulement, de nombreux mécomptes pourront être évités, en ne marchant pas à l'aveugle en pays inconnus. Or, la région pylorique est brièvement, et souvent inexactement décrite dans les classiques. C'est ce qui me décida à l'étudier de près. Ce sont les résultats de mes recherches que je vais rapidement exposer.

1° La *situation du pylore* par rapport à la paroi abdominale antérieure est importante à bien connaître. D'après Luschka (1), un sixième de l'estomac, c'est-à-dire la région pylorique et le pylore, déborde vers la droite la ligne médiane; le pylore se trouve entre la ligne sternale et la parasternale, à côté du bord droit du sternum. Leshaft (2) est à peu près du même avis, le pylore répond, d'après lui, à la ligne abaissée du bord droit du sternum. Roméo (3) sur dix cadavres l'a toujours rencontré à 7 centimètres au-dessous du sternum. Mes recherches m'ont prouvé : 1° que le pylore descend, dans l'énorme majorité des cas, bien plus bas qu'on le dit d'habitude, car l'estomac est toujours vertical; 2° que, dans les neuf dixièmes des cas, on le rencontre sur la ligne verticale abaissée, du bord droit du sternum, à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'ombilic; 3° qu'ordinairement les trois cinquièmes de la portion pylorique débordent par en bas le foie, qui ne la recouvre et par conséquent ne peut la cacher que rarement. C'est là un fait important et tout à fait en contradiction avec l'opinion des anatomistes. Luschka, par exemple, figure, dans son magnifique atlas sur la topographie des viscères abdominaux (4), la portion pylorique de l'estomac recouverte, dans presque toute son étendue, par le foie. Du reste, le pylore cancéreux se déplace souvent. On l'a trouvé au niveau du pubis [Morgagni (5), Rokitanski (6)], au-dessus du ligament de

(1) Luschka. *Die Anatomie des Menschen.*, II Bd., Tubingen 1863, p. 181.
(2) Leshaft. *Virchow's Archiv*, 1882, Bd. 87.
(3) A.-M. Romeo. Sulla resezione dello stomaco, *Diss. inaug.*, Catania 1886, p. 15. (Je tiens à remercier M. le docteur Jullien de l'amabilité avec laquelle il a bien voulu me procurer cette thèse que je n'avais pas pu avoir ni ici, ni en Italie.)
(4) H. von Luschka. *Die Lage der Bauch-organe des Menschen*, Carlsruhe 1873.
(5) Morgagni. *De sedibus et causis morborum*, etc. Nap. 1762, epist. anat. XXXIX, n° 15.
(6) Rokitanski. *Handbuch d. p. Anat.*, Bd. 111.

Poupart [Billroth (1)], dans le petit bassin [Hyrtl (2)]. Le chirurgien doit se rappeler ces faits, non seulement pour le diagnostic, mais aussi pour le choix de l'incision abdominale, qui permette l'exploration facile de la région pylorique. D'après nous, c'est l'incision sur la ligne blanche conduite entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, près de ce dernier, qui doit être employée. Nous y reviendrons.

2° *Ligaments du pylore.* — Le pylore est suspendu à la face inférieure du foie par un repli péritonéal mince, transparent, presque avasculaire dans une grande étendue, mais qui s'épaissit par la présence du pédicule hépatique qu'il renferme (canal cholédoque, veine porte, artère hépatique et sa branche gastrique : artère pylorique ou coronaire droite de Hyrtl), en se continuant sur la portion initiale du duodénum. La partie mince forme le *ligament supérieur du pylore* (petit épiploon, épiploon gastro-hépatique); l'épaisse, le *ligament suspenseur du duodénum* ou duodéno-hépatique. Ce dernier a été considéré, par Wœlfler (3), comme une barrière au delà de laquelle il n'est pas permis de tenter l'extirpation du pylore cancéreux. En effet, on s'exposerait, en voulant isoler le duodénum de ses attaches péritonéales, à la blessure du pédicule hépatique. Mais ce ligament ne devient véritablement dangereux qu'à environ 2 à 3 centimètres de l'origine du duodénum. On peut donc, et cela suffit ordinairement, extirper 2 à 3 centimètres de cet organe sans crainte; quelquefois on a pu aller même plus loin. En bas le pylore est uni au colon transverse par un repli séreux plus épais, chargé de graisse, sillonné de nombreux vaisseaux dirigés perpendiculairement au pylore : *ligament inférieur du pylore* (grand épiploon, ligament gastro-colique). Les deux ligaments pyloriques forment la paroi antérieure de l'arrière-cavité des épiploons. On devra les traverser pour explorer la région rétro-pylorique. On pourra y arriver facilement, en les effondrant avec une sonde cannelée, par exemple, le premier n'importe dans quelle direction, car il est mince et avasculaire dans une grande étendue; le deuxième verticalement, en choisissant un espace avasculaire compris entre des vaisseaux parallèles. Nous y reviendrons.

A part ces deux ligaments, le pylore en présente un troisième normal, mais peu connu, surtout chez nous, il se trouve sur sa face profonde : c'est le *ligament postérieur ou profond du pylore*, que nous décrirons plus bas.

3° *Rapports de la face postérieure du pylore, ses connexions avec le plancher de la région pylorique.* — C'est à la face postérieure du pylore que le chirurgien aura le plus souvent des difficultés à vaincre, c'est là que se trouve la véritable *zone dangereuse*, dans l'extirpation du pylore cancéreux. Après avoir incisé le long du bord inférieur de l'estomac le ligament gastro-colique, on pénètre dans l'arrière-cavité des épiploons; en soulevant le pylore et le rabattant en haut, on peut étudier le plancher de la région et les connexions normales du pylore avec ce dernier. Le plancher est formé par la tête du pancréas recouverte par un mince feuillet séreux (lame postérieure de la bourse séreuse rétro-stomacale) dans sa moitié supérieure, par un repli péritonéal plus épais, venant se continuer avec ce dernier, dans sa moitié inférieure. Cette lame, plus épaisse, n'est autre que la racine du *mésocolon transverse.* Le pylore n'y adhère pas normalement, mais quand il est le siège d'une tumeur cancéreuse (ou non), il peut contracter des adhérences notamment avec le mésocolon transverse, et cela d'autant plus facilement qu'il est toujours couché dans une grande étendue sur lui. Or, depuis qu'on a observé des accidents graves survenir après la destruction des adhérences au mésocolon transverse, on a cherché si les rapports normaux du pylore expliquaient leur production. La plupart des anatomistes font insérer le mésocolon transverse sous le bord inférieur du pancréas, par exemple Henke (1), invoqué par Lauenstein (2). Si cela était vrai, les adhérences méso-coliques du pylore cancéreux seraient plus rares, car ses rapports avec le méso-colon transverse seraient peu étendus. La disposition réelle est celle que je viens d'indiquer et que Henle (3) représente sur une de ses figures. Nous avons dit que le pylore reposait librement sur le plancher pancréatique, cela est vrai pour ses trois à quatre derniers centimètres, mais, au delà de cette limite, du côté gastrique, il contracte des adhérences normales avec la tête du pancréas, par l'intermédiaire d'un repli séreux, qui se détache de la paroi postérieure de l'estomac depuis le cardia, le long de sa petite courbure, pour se porter sur la tête du pancréas et s'y confondre avec la séreuse qui la recouvre. Ce ligament (ligament gastro-pancréatique de Huschke) forme une véritable *cloison médiane de l'arrière-cavité des épiploons.* Placée de champ entre l'estomac et le pancréas, elle peut se continuer dans toute l'étendue du pylore, mais, le plus souvent, elle s'arrête à une distance variable de l'origine du duodénum, 3 à 4 centimètres en moyenne. Là, elle se termine par un bord libre, concave à droite et renfermant dans son épaisseur l'artère coronaire. Entre le bord libre de ce ligament, à gauche; le point où le duodénum s'unit directement à la tête du pancréas, à droite; la face postérieure du pylore libre, en avant; et le pancréas, en arrière, est ménagé un orifice de communication entre les deux loges : rétro-stomacale et sous-hépatique de l'arrière-cavité, séparées l'une de l'autre par la cloison médiane dont nous venons de parler. La présence de cette dernière, passée sous silence dans nos traités d'anatomie, nous prouve : 1° qu'il existe entre le pylore et le pancréas des adhérences normales, établies par ce *ligament pylorique postérieur* ou pylorico-pancréatique, contenant dans son épaisseur une artère assez volumineuse (artère coronaire), ce qui favorisera beaucoup la production d'unions plus intimes, dans le cas de cancer du pylore; 2° que l'arrière-cavité des épiploons est divisée en deux loges : une plus petite, *sous-hépatique*, l'autre plus vaste, *rétro-stomacale*, séparées par la cloison médiane et communiquant ensemble par un orifice de 3 à 4 centimètres de largeur. Donc, une exploration complète de la région rétro-pylorique et des organes qui l'entourent, nécessite l'ouverture des deux loges, en effondrant la paroi antérieure de chacune d'elles, c'est-à-dire les ligaments supérieur (petit épiploon) et inférieur (ligament gastro-colique) du pylore. Nous venons de voir les rapports du pylore avec le plancher de la région, il n'est pas moins important de bien connaître ceux de la *portion initiale du duodénum*, car elle constitue une

(1) Wœlfler. *Ueber die von Hern. prof. Billroth Ausgefurht en Resectionem des carcinomatosen pylorus*, Wien 1881.
(2) Hyrtl. *Topographische Anatomie*, 7e édition, 1882, t. I, p. 768.
(3) Wœlfler. Loc. cit.

(1) Henke. *Topogr. anat.*, 1884, p. 323.
(2) Lauenstein. *Centralbl. f. Chir.*, 28 mars 1885, p. 219.
(3) Henle. *Handbuch der systematischen Anatomie des Menschen.* Bd. II, 1875, p. 902.

partie du champ opératoire. La face postérieure de cette portion du duodénum est libre dans une étendue de 1 centimètre en moyenne, après quoi le feuillet séreux qui l'avait recouverte se réfléchit en arrière et va se continuer avec la séreuse pré-pancréatique. En ce point même, et sous la séreuse réfléchie, on trouve cheminant entre le duodénum et la tête du pancréas, au milieu d'un tissu cellulaire court et épais, une artère volumineuse : l'artère gastro-duodénale, et non pas la pancréatico-duodénale comme le dit Wehr (1). Au-delà de ce point, le reste du duodénum est intimement uni au pancréas, par le même tissu cellulaire court et épais. De cette disposition, il résulte que : 1° le duodénum sera difficile à décoller de la paroi profonde de la région, si ce n'est dans son premier centimètre ; 2° il sera difficile de le ramener d'abord, de le maintenir ensuite, en dehors de la plaie abdominale ; 3° il sera souvent difficile, voire même impossible, d'appliquer sur lui un instrument quelconque, destiné à en fermer la lumière pendant l'opération ; 4° on évitera difficilement la blessure de l'artère qui longe sa face postérieure en s'y accolant fortement.

Vaisseaux de la région pylorique. — De tout côté, le plancher de la région est entouré de gros vaisseaux, situés sous la couverture séreuse, les uns très superficiellement, d'autres plus profondément. Le *tronc cœliaque*, situé sur le bord supérieur du pancréas, au-dessus du pylore, donne ces trois branches pouvant, toutes, être intéressées dans le cours de l'opération. L'*artère splénique*, volumineuse et flexueuse, suit le bord supérieur du pancréas, en se dirigeant à gauche. Quoique logée dans une gouttière creusée dans le tissu glandulaire, elle est assez superficielle pour avoir pu être blessée et liée au cours de destructions d'adhérences pancréatiques de la tumeur [Reynier (2)]. L'*artère hépatique* se dirige à droite, suit le bord supérieur de la tête pancréatique, pendant 3 ou 4 centimètres ; arrivée au point même où le duodénum commence à adhérer intimement au pancréas, l'artère se divise en ses deux branches : l'*artère hépatique proprement dite* (Theile) qui monte dans le ligament duodéno-hépatique, et l'*artère gastro-duodénale* (gastro-épiploïque des classiques) qui descend sur la face postérieure du duodénum, entre elle et la tête pancréatique, là où ces deux organes commencent à adhérer directement. Socin (3), l'ayant sectionnée en enlevant la tête du pancréas adhérente à la tumeur, fit la ligature de l'artère hépatique. L'*artère coronaire* (coronaire gauche de Hyrtl) se porte à la petite courbure de l'estomac en cheminant dans l'épaisseur du bord libre du ligament postérieur du pylore. Elle a été sectionnée et liée par Heinecke (4) pendant la séparation de la tumeur du côté gastrique. On pouvait craindre que sa ligature ait une influence fâcheuse sur la nutrition de la suture gastro-duodénale. Gussenbauer et Winiwarter (5) ont démontré expérimentalement que cette ligature était inoffensive. A la limite inférieure de la région, on trouve les *vaisseaux coliques moyens* : *artère* (branche de la mésentérique supérieure) *et veine*, compris dans l'épaisseur du méso-colon transverse. Ils peuvent être blessés au cours des destructions des adhérences méso-coliques de la tumeur. Billroth (1), en détruisant les adhérences pancréatiques dans un cas, lia la veine colique. Je ne ferai que mentionner les grosses veines : *cave* et *porte*, en général assez écartées du champ opératoire, mais qu'on a mises parfois à nu au cours d'interventions laborieuses. Berns [d'Utrecht (2)] découvrit la veine-cave dans une étendue de 10 centimètres. Lücke [de Strasbourg (3)] mit à nu la veine porte sur quelques centimètres d'étendue.

(1) Wehr. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1882, Bd. XVIII, p. 93.
(2) Reynier. *Gazette des hôpitaux*, 1890, n° 126, p. 1166.
(3) Socin. *Corresp. Blat*, 1884, n° 21, p. 513.
(4) C. Schonlau. Zwei falle von Extirpation der Carcinomatœsen Pylorus. *Dissert. inaug.* Erlangen, 1884, p. 18.
(5) Gussenbauer et Winiwarter. *Langenbeck's Arch.*, 1876, Bd. XIX, Heft 3, p. 347.

Deux mots des vaisseaux qui entourent directement le pylore. En haut, une branche de l'artère hépatique, artère *pylorique* (coronaire droite de Hyrtl) longe à un demi-centimètre environ le bord supérieur du pylore, et va s'anastomoser plus loin avec la coronaire (coronaire gauche de Hyrtl). En bas, l'artère *gastro-épiploïque droite* (branche de la gastro-duodénale) contourne le bord inférieur du pylore pour le longer ensuite, et aller s'anastomoser avec le gastro-épiploïque gauche de la splénique. De ces deux arcs artériels naissent les branches de second ordre qui rampent sur les deux faces du pylore et d'autres qui s'engagent dans les ligaments supérieur et inférieur de l'organe.

II

Pylorectomie. — *Traitement pré-opératoire.* — Il comporte : 1° L'*évacuation et l'asepsie gastrique*, par les lavages de l'estomac prolongés et répétés, même peu avant l'opération. On les fait avec de l'eau tiède [Billroth (4)] ou avec une solution antiseptique tiède : solution salicylée à 1/1000ᵉ [Rydygier (5)], à 2/1000ᵉ [Ratimoff (6)], à 3/1000ᵉ [Kocher (7)], à 1/10ᵉ [Czerny (8)] ; solution boriquée [Heinecke (9)]. Novaro se sert d'une solution de bicarbonate de soude pure, tiède (10). L'estomac sera ainsi lavé une ou deux fois par jour, pendant les huit jours qui précèdent l'intervention, et même une heure ou une demi-heure avant l'opération. D'après Carl Lauenstein [de Hambourg (11)], les lavages de l'estomac, à part leur action locale (asepsie gastrique), diminueraient le danger du collapsus, intra ou post-opératoire, en provoquant une diurèse abondante, par la pénétration d'une grande quantité de liquide absorbé par l'estomac, dans le système vasculaire. Mais Novaro (12) n'a jamais observé cette diurèse, même après des lavages très abondants (20 litres de liquide).

(1) Von Eiselsberg. *Langenbeck's Arch.*, 1889, Bd. XXXIX, Heft 4, p. 785.
(2) Berns. *Wien. Med. Wochens.*, 1881, n° 50.
(3) Ledderhose. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1882, Bd. XVI, Heft 3 et 4, p. 260.
(4) Wœlfler. *Ueber die Von Prof. dr. Billroth Ausgefuhrten Resectionem die carcinomatœsen Pylorus*, Wien 1881. — V. R. von Hacker. *Die magen Operationen an Prof. Billroth's Klinik*, 1880, bis mærz 1885. Wien, 1886. — Von Eiselsberg. Ueber die magen Operationen und Gastro-enterostomien in Prof. Billroth's Klinik, von maerz 1885, bis october 1889. *Langenbeck's Arch.*, 1889. Bd. XXXIX, Heft 4, p. 785.
(5) L. Rydygier. Ueber Pylorus resection. *Samml. klin. Vortr.*, von Richard Volkmann, 1882, n° 220, p. 1977.
(6) Ratimoff. *Bulletin médical*, 1888.
(7) B. Streit. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1888, Bd. XXVII, p. 410.
(8) Czerny. *Wien. Med. Wochens.*, 1884, nᵒˢ 17, 18 et 19, p. 491.
(9) C. Schonlau. Zwei fælle von Extirpation der Carcinomatœsen Pylorus. *Dissert. inaug.*, Erlangen 1884, p. 17. — Hermann von Kolb. Beitræge zur Magenresection. *Dissert. inaug.*, Erlangen 1887, p. 10.
(10) Novaro. *Contributo alla chirurgia dello stomaco*, Siena 1890, p. 71.
(11) C. Lauenstein. XVIIIᵉ Congrès de la Société allemande de chirurgie, *Deuts. Med., Wochens.*, 23 mai 1889, n° 21, p. 429.
(12) Novaro. Loc. cit., p. 71.

Caselli (1) prétend qu'ils prédisposent au shok. Sans aller aussi loin, George T. Beatson (2) croit devoir les proscrire chez les personnes nerveuses et très affaiblies, et Buchanan (3) propose de s'en abstenir tout au moins pendant les quelques heures qui précèdent l'opération. Trendelenburg [de Bonn (4)] les remplace par un nettoyage soigné de la cavité gastrique une fois ouverte, pendant l'opération. Quoi qu'il en soit, les lavages méthodiques et prolongés de l'estomac nous paraissent une précaution des plus utiles et nous ne saurions trop les recommander (5).

2° *Évacuation* aussi complète que possible du *tube intestinal*, par des laxatifs et des lavements répétés, même le jour de l'opération; 3° le *régime alimentaire* doit être soigneusement conduit pendant les jours qui précèdent l'intervention. Aliments liquides par la bouche (bouillons, œufs, jus de viande, lait pancréaté, etc.) et lavements nutritifs répétés. Il faudra s'assurer sur les aliments facilement digérés par les malades, de façon à en continuer l'administration dans les premiers jours qui suivent l'opération. Faut-il ajouter que c'est grâce à un régime alimentaire bien conduit qu'on aura chance de relever les forces des malades, et de les rendre capables de supporter une opération aussi déprimante que la résection pylorique?

Antisepsie pré-opératoire. — Je ne parlerai pas de l'asepsie instrumentale ni de celle du personnel. Ce sont là des règles bien connues, et qui seront indispensables ici comme dans toute intervention sur la cavité abdominale. Je dirai seulement que l'asepsie peut ne pas suffire, car l'infection du champ opératoire peut se produire au cours de l'intervention, par suite de l'issue du contenu gastro-duodénal; il faut donc s'entourer de tout ce qui est nécessaire pour assurer, le cas échéant, une antisepsie parfaite. L'opération se fait, dans ses temps les plus difficiles, et par conséquent les plus dangereux, hors de la cavité abdominale. Les viscères sont sortis par la plaie pariétale et reposent sur la paroi abdominale, aussi faut-il isoler cette dernière. Rydygier (6) emploie dans ce but une toile imperméable, fendue dans l'étendue de l'incision abdominale, et recouverte de compresses antiseptiques. On peut se contenter de linges antiseptiques chauds.

Anesthésie. — L'opération étant toujours longue, et les malades très faibles, il n'est pas rare de voir survenir le collapsus pendant l'intervention. On l'attribue souvent à l'anesthésie chloroformique.

A la clinique de Berne (7), Kocher, après avoir obtenu l'insensibilité par le chloroforme, continue l'anesthésie par l'éther. Ce dernier éviterait le collapsus cardiaque. Novaro (8) cherche à conjurer le collapsus par des injections sous-cutanées d'éther et des lavements excitants (alcool 20 grammes, eau 80 grammes, chlorure de sodium 50 centigrammes), et, si l'opération se prolonge au delà d'une heure, il arrête la chloroformisation. Il a observé, en effet, que grâce à l'injection hypodermique de chlorhydrate de morphine, qui précède l'anesthésie, il persiste, après la cessation de l'action du chloroforme, une longue période d'analgésie, suffisante pour permettre de terminer l'opération, sans provoquer de vives douleurs.

(1) Caselli. Xe Congrès de l'Association médicale italienne, *Annali universali di medicina e chirurgia*, octobre 1882.
(2) G.-T. Beatson. *The Lancet*, 11 octobre 1890, p. 761.
(3) Buchanan. *Brit. Med. Journ.*, 24 mars 1888, p. 633.
(4) Neitzert. Ueber Magenresection. *Diss. inaug.*, Bonn 1889, p. 40.
(5) F. Saltzmann (*Centralbl. f. Chir.*, 14 août 1886, n° 33, p. 566) conseille, dans les cas de dilatation gastrique prononcée, de relever la contractilité des parois stomacales, par le massage et la faradisation abdominale.
(6) Rydygier. *Wolkmann's Sammlung*, 1882, n° 220, p. 1977.
(7) B. Streit. Loc. cit., 1888.
(8) Novaro. Loc. cit., p. 70.

Deux mots avant de terminer avec ces préparatifs. Quelques chirurgiens baignent les malades le jour même de l'opération; il me semble que c'est là une pratique dangereuse avec des malades aussi faibles, et qu'on fera mieux de s'abstenir de tout ce qui peut augmenter cette faiblesse. Enfin, on ne doit pas oublier, que par le fait même de cet affaiblissement, quelquefois extrême, les malades ont une grande tendance au refroidissement, d'où le conseil d'entretenir dans la salle, pendant toute la durée de l'opération, une température égale et assez haute (20 à 24 degrés). Dans le même but, on a proposé [Bardenheuer (1)], de placer à côté des malades des sacs de sable chaud.

Opération. — Rydygier divise l'opération en cinq temps: 1° ouverture de la cavité abdominale; 2° traction en avant et isolement complet du pylore à réséquer; 3° résection du pylore malade; 4° réunion de l'estomac et du duodénum; 5° suture des téguments abdominaux. Je diviserai les diverses phases de l'opération en sept temps: 1° laparotomie; 2° exploration de la tumeur et des régions voisines; 3° isolement de la tumeur et sa sortie hors de l'abdomen (destruction des adhérences normales ou anormales, extirpation des ganglions tuméfiés ou dégénérés); 4° pylorectomie; 5° gastrorrhaphie et gastro-duodénorrhaphie; 6° reposition des viscères; 7° occlusion de la cavité abdominale.

Premier temps. Laparotomie. — Voici d'abord les incisions proposées: 1° *incision sur la ligne blanche*, longue de 10 à 15 centimètres, faite entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic; 2° *incision transversale ou oblique*, longue de 11 centimètres, passant sur la tumeur; elle commence à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et est dirigée ensuite parallèlement à l'arc costal, droit ou gauche, à trois travers de doigt au-dessous de lui; 3° *incision combinée*: du milieu de l'incision verticale sur la ligne blanche, on fait partir une deuxième incision, dirigée transversalement à droite; 4° incision verticale suivant le *bord externe du muscle droit* du côté droit. Quelle est l'incision de choix? La première, défendue par Rydygier et employée par Czerny, Kocher et par beaucoup d'autres, paraît la plus recommandable. On lui a reproché [Wœlfler (2)] de prédisposer à l'éventration. Kocher (3) a bien observé, dans un cas, une légère hernie de la ligne blanche, au niveau de la cicatrice, survenue deux ans après l'opération, mais c'est un fait exceptionnel.

L'*incision transversale ou oblique*, appliquée par Billroth dans sa première opération (4), a été vivement défendue par Wœlfler (5). Elle permettrait de découvrir plus facilement: la tumeur, le pylore et le duodénum; elle éviterait l'éventration; enfin, dans le cas de tumeurs adhérentes à la paroi abdominale antérieure, on pourrait plus facilement exciser les parties infiltrées de cette dernière. Rydygier (6) fait

(1) Bardenheuer. *Die Drainirung der Peritonealhohle*, Stuttgard 1881.
(2) Wœlfler. Loc. cit., 1881, p. 263.
(3) B. Streit. Loc. cit., 1888.
(4) Billroth. *Wiener Med. Wochens.*, 1881, n° 6.
(5) Wœlfler. Loc. cit., p. 263 et 264.
(6) Rydygier. Loc. cit.

remarquer que l'éventration est plus facile à la suite des incisions transversales; l'exploration par l'incision transversale ne serait plus facile que dans les cas de grosses tumeurs, généralement inopérables; les adhérences purement fibreuses à la paroi abdominale seront aussi facilement détruites par l'incision médiane. Si ces adhérences sont cancéreuses et que le néoplasme infiltre la musculature abdominale, l'incision transversale serait supérieure, mais ces cas ne doivent pas être opérés, quoique Billroth ait obtenu, dans un cas de ce genre, l'extirpation complète de la tumeur. Enfin la plaie transversale suppure plus facilement [Bardenheuer (1)]. Billroth a reconnu, du reste, la supériorité de l'incision sur la ligne blanche, qu'il a employée dans ses dernières opérations (2). *L'incision sur le bord externe du muscle droit*, conseillée par Rydygier (3), pratiquée par Mazzuchelli [de Pavie (4)], et par Billroth dans un cas (5), ouvre la gaine du muscle droit, et prédisposerait à la suppuration de la plaie, d'après Rydygier (6), qui l'a condamnée après l'avoir conseillée.

En somme, c'est l'*incision sur la ligne blanche* qui *nous paraît la méthode de choix*. Si elle ne donne pas assez de jour on pourra lui *ajouter* une *incision transversale*, longue de 5 à 6 centimètres, perpendiculaire à la première et dirigée à droite; ainsi que cela a été fait par Lücke (7) [et Richter [de San-Francisco (8)]. Des recherches sur des cadavres nous ont prouvé qu'elle permettait une exploration parfaite de la région pylorique.

Deuxième temps. Exploration de la tumeur et de ses connexions. — Souvent, ce n'est qu'après avoir ouvert le ventre, et après une exploration directe de la tumeur et de ses connexions, qu'on pourra décider de l'opportunité de l'intervention. On devra : 1° découvrir la tumeur, qui a pu, dans quelques cas, se dérober à l'exploration indirecte [E. Hahn (9), Heinecke (10), Lauenstein (11)]; 2° déterminer son étendue ; 3° s'assurer de l'existence ou non des adhérences, et dans le premier cas, si elles sont de nature à permettre l'extirpation de la tumeur ou si, au contraire, elles contre-indiquent la pylorectomie ; 4° explorer les organes voisins au point de vue des métastases viscérales ou ganglionnaires. L'exploration, pour être complète, ne doit pas se borner à l'examen de la face antérieure du pylore et des connexions qu'il peut présenter en avant. Il faut surtout examiner la paroi postérieure de l'organe et préciser ses connexions profondes. On peut y arriver en ouvrant l'arrière-cavité des épiploons par une double brèche faite dans les ligaments péritonéaux qui la ferment en avant. Von Hacker (12) propose d'inciser ces ligaments (petit épiploon et ligament gastro-colique) perpendiculairement aux courbures de l'estomac, dans des endroits avasculaires. Nous ferons remarquer que l'incision est inutile, la déchirure avec les doigts ou l'effondrement avec une sonde cannelée est préférable et suffisante. On ne saurait trop insister sur l'importance de ces explorations ; le succès de l'opération en dépendra souvent. Dans quelques cas, pourtant, l'exploration, même la plus attentive, pourra laisser échapper des connexions profondes de la tumeur ; l'opération est poursuivie et bientôt on rencontre des obstacles imprévus. S'il est encore temps, on s'arrête, et on fait, en somme, une opération incomplète. Mon maître, M. le docteur Routier, me communique une observation personnelle, qui prouve qu'une pareille intervention peut être absolument innocente. Dans ce cas, l'adhérence intime entre la face postérieure de la tumeur et une anse intestinale grêle, ne fut découverte qu'après l'isolement du pylore de ses connexions épiploïques. La tumeur était mobile et rien ne faisait prévoir cette complication. Devant la gravité de l'intervention, qu'il aurait été nécessaire de faire (résection du pylore et de l'anse intestinale), M. Routier, vu l'état de la malade, crut devoir arrêter l'opération à ce stade, et ferma le ventre. Sa malade guérit et fut même soulagée pendant quelque temps. Si ce fait est instructif, il ne faut pas en déduire qu'une opération incomplète est toujours innocente. Czerny (1) perdit une malade chez laquelle, après avoir essayé, sans succès, l'isolement complet de la tumeur, il se borna à une opération incomplète. Dans d'autres cas, des adhérences intimes pancréatiques n'ont été découvertes qu'après la section de l'estomac, il était malheureusement trop tard pour s'arrêter; la pylorectomie fut achevée ; les malades succombèrent [Jurié (2), Lücke (3)].

Ces quelques exemples nous prouvent les difficultés que peut présenter l'exploration complète de la tumeur et de ses connexions. Mais, en général, elle éclairera suffisamment le chirurgien sur la conduite qu'il devra tenir. Si la tumeur n'est pas extirpable (trop étendue ou trop adhérente), ou qu'il existe une généralisation étendue du cancer, et que le pylore est encore assez perméable, on fermera le ventre. On aura fait une simple laparotomie exploratrice, absolument innocente, comme le prouvent les résultats des nombreuses interventions limitées à ce stade [Billroth (4), Rupprecht (5), Augustus C. Bernays [de Saint-Louis (6),] J. Link [de Lemberg (7)], Tuffier (8), Czerny, Krœnlein, Schœnborn (9), F. May (10), etc.]. La tumeur inextirpable s'accompagne-t-elle d'une forte sténose pylorique, on fera séance tenante la *gastro-entérostomie de Wœlfler*. Si la tumeur est extirpable, mais trop étendue pour permettre l'abouchement duodéno-stomacal, on aura recours à l'*opération de Billroth*, combinaison de la pylorectomie avec la

(1) Bardenheuer. *Centrabl. f. Chir.*, 1882, n. 46.
(2) Von Eiselsberg. Loc. cit., 1889.
(3) Rydygier. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1881, Bd. XIV, Heft 3 et 4, p. 255.
(4) Mazzuchelli. *Risezione gastro-duodénale per cancro*, Milano 1885.
(5) Von Eiselsberg. Loc. cit., 1889.
(6) Rydygier. *Volkmann's Samm.*, 1882.
(7) Ledderhose. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1882, [Bd. XVI, Heft 2 et 3, p. 260.
(8) Richter. *The Lancet*, 1882, p. 289.
(9) Hahn. *Berlin. Klin. Wochens.*, 14 décembre 1885, n° 50 et 51, p. 821 et 845.
(10) Von Kolb. Loc. cit., p. 18.
(11) Lauenstein. Congrès de Wiesbaden. *St Petersburger Med. Woch.*, 1889, n° 34, p. 301.
(12) Von Hacker. *Die Magenoperationen an Prof. Billroth's Klinik*, Wien, 1886.

(1) Czerny. LXII[e] Congrès des naturalistes allemands. *Centralbl. f. Chir.*, 1889, n° 51, p. 924.
(2) Jurié. *Wien. med. Wochens.*, 1881, n° 23, p. 649.
(3) G. Ledderhose. Loc. cit., 1882.
(4) Billroth. XI[e] Congrès de la Société allemande de chirurgie, *Berlin. Klin. Woch.*, 17 juillet 1882, n° 29, p. 455 (Billroth rapporte vingt interventions de ce genre, toutes sans accident).
(5) Rupprecht. *Langenbeck's Arch.*, 1883, Bd. XXIX, Heft 1.
(6) A.-C. Bernays. *Annals. of Surgery*, 1887, vol. VI, p. 449 (6 cas).
(7) J. Link. *Wien. Med. Woch.*, 1887, n° 54, p. 1734.
(8) J. Belin. *Adénopathies externes à distance dans le cancer viscéral.* Thèse de Paris, 1888, p. 70.
(9) Rapportent, au LXII[e] Congrès des naturalistes allemands de 1889 (loc. cit.), plusieurs interventions de ce genre, toutes bénignes. Czerny, 12 cas, Krœnlein 15, et Schœnborn plusieurs.
(10) F. May. *Munch. Med. Woch.*, 1890, n° 21.

gastro-entérostomie, dont nous parlerons plus loin. Enfin la *pylorectomie type* sera continuée si l'étendue de la tumeur et ses connexions le permettent.

Pour le moment, nous nous contenterons d'avoir insisté sur l'importance de ce temps de l'opération : car, l'exploration directe de la tumeur et les indications précises qu'elle doit fournir feront l'objet d'une étude plus complète qui trouvera sa place dans un autre travail.

Troisième temps. Isolement de la tumeur. — Ce temps comporte : 1° la séparation du pylore de ses attaches épiploïques normales ; 2° le détachement des adhérences anormales ; 3° l'extirpation des ganglions dégénérés ou tuméfiés ; 4° la sortie de la tumeur hors de la cavité abdominale.

A. *Séparation des insertions épiploïques.* — Le pylore, saisi par un aide, soit avec les doigts, soit avec une pince de Museux (Lücke), est attiré vers la plaie abdominale. Puis on procède à la séparation de ses deux ligaments (petit et grand épiploons). On commence toujours par détacher l'inférieur. La section peut être faite de différentes manières : 1° Billroth sectionne au bistouri les points transparents, avasculaires, tandis que les cordons vasculaires, saisis par deux pinces hémostatiques, sont divisés, au thermocautère, entre deux ligatures ; 2° Rydygier arrache simplement les parties avasculaires et sectionne au bistouri, entre deux ligatures, les parties vasculaires ; 3° Lucke (1) isole avec une sonde cannelée des cordons de l'épiploon, de l'épaisseur du doigt, qu'il coupe aux ciseaux entre deux ligatures ; 4° Edgard Kurz [de Florence (2)] cherche à abréger la durée de ce temps opératoire, en diminuant le nombre de ligatures. Après avoir pincé les tractus épiploïques avec deux pinces hémostatiques, il pose des ligatures, seulement du côté colique de l'épiploon, enlève les pinces de ce côté, et laisse en place celles qui sont du côté de la tumeur ; il sectionne ensuite les tractus entre les pinces et les ligatures. Les pinces laissées en place du côté de la tumeur seront enlevées avec cette dernière. De cette façon, on a évité toute une rangée de ligatures (15 à 20 dans quelques cas). Pour ne pas être gêné pendant l'opération par la présence des pinces, Kurz emploie de petites pinces spéciales, dont on peut enlever la poignée ; 5° Rawdon [de Liverpool (3)] pédiculise les connexions épiploïques, les transfixe, et les lie par une ligature en chaîne, pour les sectionner ensuite ; 6° d'autres, enfin, font, avec une aiguille à anévrysmes, plusieurs ligatures doubles, en masse, et coupent les tractus ainsi isolés entre les ligatures. La *méthode de choix* me paraît être celle qu'emploie Rydygier. Le thermocautère me paraît inutile, si les ligatures sont bien faites. L'emploi des pinces laissées en place me paraît, malgré le temps qu'elles font gagner, chose toujours très importante dans cette opération, devoir être rejeté : la présence des pinces pouvant gêner beaucoup le chirurgien dans les manœuvres ultérieures et toujours très délicates. Enfin, on ne saurait trop proscrire la ligature en masse des segments étendus du ligament gastro-colique, car elles lâchent facilement. Après avoir séparé la tumeur du ligament gastro-colique, on procède de la même façon pour en détacher le petit épiploon, mais ici les ligatures sont quelquefois plus difficiles à faire.

Une règle absolue dont il ne faut jamais dévier, c'est de ne séparer les épiploons que dans l'étendue de la région duodéno-pylorique qu'on se propose d'enlever. Un détachement dépassant ces limites pourrait amener une gangrène consécutive et la désunion de la ligne de suture duodéno-stomacale, privée de ses vaisseaux nourriciers. Ce fait a été prouvé par les expériences de Madelung (1) et celles de Rydygier (2), pour la résection de l'intestin, il est aussi exact pour celle du pylore.

Plus on avance dans le décollement des ligaments péritonéaux, et plus l'estomac peut être attiré hors de l'abdomen, de sorte que l'on peut accomplir ce temps presque en dehors de la cavité abdominale. Une fois la tumeur complètement isolée, s'il n'existe pas d'autres adhérences, la sortie du viscère sera facilement obtenue. Madelung propose même, pour isoler encore mieux le champ opératoire de la cavité péritonéale, de diminuer la plaie abdominale, une fois les viscères sortis au dehors, par quelques sutures provisoires. Ceci fait on glisse sous la tumeur des compresses antiseptiques chaudes, qui la soulèvent au-dessus des téguments abdominaux et l'en isolent. Enfin, on entoure l'estomac et le duodénum de mêmes compresses. Le troisième temps est terminé.

Je n'ai envisagé jusqu'ici que la tumeur idéale, celle qui ne présente aucune adhérence anormale et ne se complique pas de métastase cancéreuse. Voyons maintenant comment on agira dans les cas où ces dernières existent, ce sont, du reste, les plus fréquents.

B. *Destruction des adhérences.* — Il faut distinguer parmi les adhérences : celles qui se font par l'intermédiaire de tractus assez longs et les intimes. Les premières, n'importe où elles se trouvent, pourront être facilement détruites en les sectionnant entre deux ligatures, soit au thermocautère (Billroth), soit au bistouri (Rydygier), ou mieux encore aux ciseaux ; les adhérences intimes, au contraire, seront souvent très difficiles à détruire. Du reste, leur gravité et les difficultés opératoires qu'elles créent, sont variables suivant l'organe avec lequel elles unissent la tumeur. Nous les distinguerons donc en : *pariétales*, *épiploïques* et *viscérales*.

a. Les *adhérences pariétales* seront, en général, faciles à détruire. Mais si elles sont de nature cancéreuse et se compliquent d'une infiltration de la paroi abdominale antérieure, on sera forcé de réséquer une portion de cette dernière, comme le fit Trendelenburg (3) dans un cas.

b. Les *adhérences épiploïques*, unissant la tumeur au grand et au petit épiploons, sont quelquefois si étendues et si étroites que la séparation de la tumeur est rendue très laborieuse. Kocher (4) rencontra ces difficultés dans deux cas.

c. Les *adhérences viscérales* sont de beaucoup les plus importantes. Nous étudierons successivement les *hépatiques*, les *pancréatiques* et les *intestinales*.

1° *Adhérences hépatiques.* La séparation de la tumeur intimement adhérente au foie est souvent très laborieuse. Kocher (5) dut enlever tout le lobe gauche du foie intimement adhérent à la tumeur pylorique et envahi par le cancer, il dut arrêter une forte hémorrhagie ; le malade mourut

(1) Ledderhose. Loc. cit., 1882.
(2) E. Kurz. *Deutsch. Med. Wochens.*, 15 décembre 1887, p. 1088.
(3) Rawdon. *The Lancet*, 12 avril 1890, p. 800.

(1) Madelung. *Verhand. der Deuts. Gesellsch. f. Chir.*, 1881, p. 415.
(2) Rydygier. *Berlin. Klin. Woch.*, 1881, n° 41.
(3) T. Neitzert. Loc. cit., 1889, p. 41 (Obs. II).
(4) B. Streit. Loc. cit., 1888.
(5) Kocher. *Corresp. Bl. f. Schw. Ærzte*, 1er décembre 1888, n° 23, p. 565.

vingt-quatre heures après de collapsus. Billroth (1) enleva, au thermocautère, une languette longue de deux centimètres, large de 1 centimètre du bord du foie adhérent à la tumeur, la malade succomba le sixième jour de péritonite. Ceci nous montre combien l'intervention peut se compliquer du fait de ces adhérences hépatiques; mais il faut ajouter qu'elles sont assez rares.

2° Les *adhérences pancréatiques* sont, au contraire, très fréquentes. Leur gravité est telle que pour la plupart des chirurgiens elles doivent contre-indiquer l'opération. D'après les difficultés opératoires que peut présenter leur destruction, nous les diviserons en trois groupes : 1° celles qu'on peut détruire sans intéresser le tissu pancréatique; 2° celles qu'on ne peut séparer qu'en blessant *le tissu glandulaire;* 3° enfin, celles qui nécessitent une *extirpation* d'une portion de la *glande*.

1) Inutile d'insister sur les adhérences dont la séparation peut se faire sans léser la glande. Il faut savoir pourtant qu'elles peuvent être quelquefois très vasculaires, et qu'il faut les sectionner entre deux ligatures et même au thermocautère.

2) Souvent on ne peut séparer la tumeur du pancréas qu'après avoir entamé le tissu glandulaire. La *blessure du pancréas* peut avoir des conséquences ultérieures graves (issue du suc pancréatique, péritonite, etc.). Nous les étudierons ailleurs. Mais elle donne surtout lieu à une *hémorrhagie interstitielle* du parenchyme glandulaire, dont on ne peut se rendre maître que par l'application de nombreuses ligatures faites dans la substance glandulaire même. Ces ligatures sont difficiles à appliquer, les fils en glissent, et malgré des cautérisations au thermocautère, l'hémostase peut être imparfaite. Dans un cas de Billroth (2), une fois le ventre fermé le pancréas saigna, le sang s'épancha dans la cavité abdominale, et le malade succomba. La blessure du pancréas peut être encore plus profonde. Lücke (3) entama si profondément le tissu glandulaire qu'il mit à nu la veine porte dans une grande étendue (quelques centimètres); à l'autopsie, on constata que la tête du pancréas avait été presque séparée du reste de la glande. Bardenheuer (4) blessa le canal de Wirsung. Berns [d'Utrecht (5)] lia le pancréas et mit à nu la veine cave sur une étendue de 10 centimètres. La malade succomba quatre heures après l'opération. Billroth (6) blessa et lia ensuite la veine colique moyenne, la malade succomba cinq heures après de collapsus.

M. Reynier (7), en séparant la tumeur du pancréas, qui saignait abondamment, aperçut au fond de la plaie les battements aortiques et une énorme veine de 3 centimètres de diamètre (?) « au niveau de la tête du pancréas, on fait avec cet organe un pédicule contenant l'artère splénique et sa veine, que l'on étreint avec une corde de caoutchouc et que l'on abandonne dans le ventre ». La malade succomba douze heures après l'opération. Que faut-il faire en pareils cas? La meilleure conduite est de leur appliquer une opération palliative et de s'abstenir de réséquer des tumeurs de ce genre.

(1) V.-R. Von Hacker. *Die Magenoperationen*, etc., Wien. 1886, p. 19 (Obs. V).
(2) Von Eiselsberg. Loc. cit., 1889 (Obs. X).
(3) Ledderhose. Loc. cit., 1882.
(4) Bardenheuer. *Centr. f. chir.*, 1882, n° 46.
(5) Berns. *Wien., Med. Woch.*, 1881, n° 50.
(6) Von Eiselsberg. Loc. cit., 1889 (Obs. VI).
(7) Reynier. *Gazette des hôpitaux*, 1890, n° 126, p. 1156.

Pourtant une hémorrhagie due à la blessure superficielle du pancréas pourra, dans quelques cas, être maîtrisée. E. S. Perman [de Stockholm (1)] obtint la guérison dans un cas de ce genre.

3) Dans un certain nombre de cas, on ne put obtenir la libération de la tumeur qu'en *enlevant une portion du pancréas.* Obalinski (2) n'enleva qu'une bande de 3 millimètres d'épaisseur de la tête du pancréas. Sa malade guérit. Jurié [de Vienne (3)] extirpa une partie du pancréas (?), le résultat fut fatal. Billroth (4) réséqua la tête du pancréas, le suc pancréatique s'écoula dans la cavité abdominale, la malade mourut de péritonite. Socin [de Bâle (5)], dans un cas où la tumeur entourait la tête du pancréas, dut enlever celle-ci; et, ayant blessé l'artère gastro-duodénale, lia l'artère hépatique; le malade succomba six heures après.

Telles sont les difficultés et les résultats que nous réserve la destruction des adhérences pancréatiques intimes. Nous verrons ailleurs qu'elles sont de nature à contre-indiquer la résection pylorique dans ces cas.

d. Adhérences intestinales. — L'adhérence à une anse de l'*intestin grêle* n'a été rencontrée que dans deux cas : par H. Tillmanns [de Leipzig (6)] et Girardo Bigi [de Perugia (7)]. La séparation de la tumeur ne présenta pas de difficultés, mais les deux malades succombèrent rapidement, dont une de diarrhée profuse (Bigi).

Les adhérences avec le *colon transverse* ou avec son *méso-colon* acquièrent une grande importance, par leur fréquence et leur gravité. L'union de la tumeur et du colon transverse peut s'établir de deux manières : par des adhérences plus ou moins intimes, mais en somme destructibles, ou par une extension du cancer pylorique au colon, d'où union étroite et indestructible des deux organes. Dans ce dernier cas, on n'a qu'une ressource : la résection concomitante du segment du colon envahi par la tumeur. Les deux fois où cette intervention a été faite, les malades succombèrent, l'un de péritonite purulente le deuxième jour [Socin, de Bâle (8)], l'autre de gangrène des bords de la plaie au niveau du colon réséqué [Heinecke (9)]. Il est plus fréquent de rencontrer des adhérences destructibles. Mais alors même la séparation des deux organes ne sera obtenue qu'après avoir détaché le méso-colon transverse du colon dans toute l'étendue où ce dernier adhère au pylore cancéreux. Or, si ce détachement peut quelquefois n'avoir aucune influence sur le résultat opératoire, comme dans les cas de Rydygier (10), Schramm (11) et Heinecke (12), le plus souvent, il entraîne une gangrène consécutive de la portion correspondante du colon, et la mort par péritonite; complication signalée dans cinq pylorectomies : Molitor (13),

(1) E.-S. Perman. *Centralbl. f. Chir.*, 1890, n° 39, p. 750.
(2) Obalinski et Jaworski. *Wien. Klin. Wochens.*, 1889, n° 5, p
(3) Jurié. *Wien. Med. Wochens.*, 1881, n° 23.
(4) Billroth. *Centralbl. f. Chir.*, 1882, n° 21, et Von Hacke cit., p. 46.
(5) Socin. *Corresp. Bl. f. Schw. Aerzte*, 1884, n° 21, p. 513.
(6) H. Tillmanns. *Berlin. Klin. Wochens.*, 21 août 1882, n° 34,
(7) G. Bigi. *Raccogitore medico*, 30 novembre 1882, n° 20, p. 461
(8) A. Socin, K. Hagenbach et C. Hægler. *Jahresbericht ueber chirurgische Abtheilung des Spitals zu Basel*, 1888, Basel 1889, p. 9
(9) Hermann Von Kolb. Loc. cit., p. 16 (Obs. IV).
(10) Rydygier. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1885, Bd. XXI, p. 546
(11) Schramm. *Centralbl. f. Chir.*, 19 mars 1887, n° 12, p
(12) Hermann Von Kolb. Loc. cit., p. 17 (Obs. VI).
(13) Gutsch. *Langenbeck's Archiv.*, 1883, Bd. XXIX, 1

(1) [deux cas], Küster (2), Hans Schmid [de Stettin (3)]. [D]'autres cas enfin, les opérés ont succombé trop rapi[demen]t après l'opération (vingt-quatre à trente heures) de [...]sus [Wœlfler (4), E.-S. Perman (5)], de péritonite [...]e [Billroth (6)] ou purulente par perforation [Hei[...] (7)], pour que la gangrène du colon détaché ait eu le [temps] de se produire. En somme, il s'agit là d'une lésion [fréque]nte et très grave qu'il faut conjurer. Mais comment? [Les e]xpériences de Litten et Conheim, celles surtout de [Madelu]ng (8) et de Rydygier (9) avaient démontré que [le déta]chement du mésentère de l'intestin sur une certaine [étendu]e (10 à 15 centimètres) amenait toujours (Madelung); [sou]vent (Rydygier), la gangrène de l'anse intestinale cor[respo]ndante. Dans des expériences ultérieures, Rydygier (10) [...]a mieux dans quelles conditions la gangrène de l'in[testin] se produit. Si le méso est séparé de l'intestin intact [...]e dans le cas de destruction d'adhérences coliques) [p]rès de ce dernier, la gangrène est fatale même si le [détach]ement est fait sur une très petite étendue, car on [...]t les vaisseaux nourriciers après leur anastomose en [...] et la circulation collatérale ne peut plus assurer [la nutr]ition de la portion intestinale isolée. Le détachement [est] fait plus loin de l'intestin, par exemple au-dessus de [la divi]sion en arcades des vaisseaux, la gangrène se pro[duira o]u non, tout dépendra de l'étendue de la séparation. [Ceci n]ous explique les résultats favorables des détachements [d'adhé]rences coliques. Rydygier ne sépara le colon de son [méso] que dans une étendue de 5 centimètres, Schramm ne [...]pas, mais Heinecke ne dépassa pas trois travers de [doigt]. Donc, dans certains cas, on pourra détacher le méso-[colon] transverse et séparer la tumeur qui y adhère sans [crainte] de voir survenir la gangrène du colon. Mais quelle [est l'ét]endue permise dans laquelle on peut impunément [sépar]er le colon de son méso. Rydygier ne précise pas, [...]é permet dans une étendue de 4 centimètres, pas au [...]. Orechia et G.-B. Chiarella (11) ont prouvé par de [nombr]euses expériences, que cette limite peut être élar[gie; i]solement sur une étendue de 15 centimètres (intes[tin]s ou grêle) peut être supporté, mais, cependant, au [delà de] 9 centimètres, commence le danger de la gangrène; [mê]me, sur une étendue de 9 centimètres, on pourrait [sépar]er sans inconvénient le colon de son méso. Les cas où les pourr[...] observées sont rares, aussi a-t-on [cherché] d'autres moyens pour prévenir cet accident. [...] (12) ayant trouvé à l'autopsie de son premier cas, où [la gangr]ène du colon avait été produite par la section de son [méso, d]es anses de l'intestin grêle faisant hernie par le méso-colon transverse, et passant entre l'estomac et [...] très déplacé en bas, crut que la gangrène du colon [...]a hernie de l'intestin grêle ayant produit la tension extrême de l'épiploon gastro-colique et du méso-colon transverse. Aussi, dans une deuxième opération, il fixa le colon transverse à la grande courbure de l'estomac, pour empêcher la hernie de l'intestin grêle de se produire. Mais la gangrène du colon eut lieu tout de même. Aussi proposa-t-il la résection de la portion du colon séparée de son méso, comme seule conduite susceptible d'éviter ces accidents. Lauenstein (1), le premier qui ait vu se produire cet accident, avait déjà proposé la résection du colon détaché. En 1885 (2), le même auteur propose deux autres moyens pour éviter cette gangrène du colon : 1° de faire la gastro-entérostomie de Wœlfler à la place de la double résection pylorique et colique; 2° d'éviter si possible la section du méso-colon, en détachant la séreuse de la face postérieure du pylore et l'abandonnant dans la cavité abdominale avec les parties qui lui sont adhérentes. Mais ce dernier moyen n'est applicable qu'aux tumeurs bénignes du pylore. Rydygier (3) dit que si l'anse détachée change de coloration il faut la réséquer, sinon la respecter.

Pour *conclure*, je dirai : 1° si on peut séparer le colon du pylore cancéreux en réséquant une partie du méso-colon transverse près de sa racine, on peut continuer l'opération, car la ligature de l'artère colique moyenne sera bien supportée [C. Orechia et Chiarella (4)]; 2° si on est forcé de détacher le méso-colon tout près du colon, au lieu de faire la résection de celui-ci, opération grave, abandonner la pylorectomie, et la remplacer par une opération palliative : la gastro-entérostomie.

C. *Extirpation des ganglions dégénérés ou des noyaux cancéreux.* Les *ganglions*, tuméfiés ou dégénérés, pourront être facilement enlevés s'ils siègent le long du pylore ou dans les épiploons. Les ganglions profonds, rétro-péritonéaux, sont souvent très difficiles à extirper. Sydney Jones (5), en enlevant des ganglions près de la tête du pancréas, eut une hémorrhagie considérable, surtout veineuse; de plus, il dut lier l'artère pylorique blessée; le malade mourut dix heures après. Billroth eut aussi une forte hémorrhagie en enlevant un seul ganglion rétro-péritonéal. Disons, enfin, que, dans quelques cas, ils ont pu passer inaperçus pendant l'opération [...] découverts à l'autopsie [Billroth (6), Krœnlein (7), Lücke (8), Billroth (9), Bardeleben (10), Edgard Kurz (11), Georges Buchanan, de Glascow (12)].

Extension viscérale. — Nous avons parlé de l'extension du cancer au colon transverse, on peut rencontrer de grandes difficultés par suite de l'extension du cancer dans le *petit épiploon*. Baikoff (13) fut forcé de poser 100 ligatures pour isoler le cancer infiltré dans le petit épiploon. L'extension au *foie* peut mener à la résection d'une partie du viscère, nous l'avons déjà dit (Kocher, Billroth). Enfin, C.-J. Rossander [de Stockholm (14)] enleva une tumeur du volume d'une

[...]ny. *Wien. Med. Wochens.*, 1884, nos 17, 18 et 19, p. 491.
[...]er. *Centralbl. f. Chir.*, 1884, n° 45.
[...]hmid. *Centralbl. f. Chir.*, 1890, n° 1, p. 18.
[...] Hacker. Loc. cit., 1886, p. 24 (Obs. XIV).
[...] Perman. *Centralbl. f. Chir.*, 1890, n° 39, p. 750.
[...] Hacker. Loc. cit., 1886, p. 20 (Obs. VIII).
[...]on Kolb. Loc. cit., 1887, p. 23 (Obs. IX).
[...]lung. Loc. cit.
[...]gier. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1881, n° 41.
[...]gier. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1882, n° 38, et *Deutsch. Zeit. f.* [...] Bd. XXI, p. 546.
[...]hia et G.-B. Chiarella. *Centralbl. f. Chir.*, 26 juin 1889, [...]
[...] *Wiener Med. Wochens.*, 1884, n° 17, 1[...]

(1) Lauenstein. *Centralbl. f. Chir.*, 1882, n° 9, p. 137.
(2) Lauenstein. *Centralbl. f. Chir.*, 1885, n° 8.
(3) Rydygier. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1885, Bd. XI, p. 546.
(4) Orechia et Chiarella. Loc. cit.
(5) S. Jones. *The Lancet*, 25 novembre 1882, t. II, p. 889.
(6) Billroth. *Wien. Med. Wochens.*, 1882, n° 14.
(7) Krœnlein. *Corresp. Bl. f. Sch. Ærtze*, 15 juillet 1882, n° 14, p. 416.
(8) Ledderhose. Loc. cit., 1882.
(9) Von Hacker. Loc. cit., p. 21 (Obs. XI).
(10) Bardeleben. *Charité Annalen*, Berlin 1885, p. 412.
(11) E. Kurz. *Deuts. Med. Wochens.*, 16 décembre 1887, n° 50, p. 1088.
(12) Buchanan. *Brit. Med. Journ.*, 24 mars 1888.
(13) Baikoff. *Vratch*, 1883, vol. IV, n° ., p. 123.
(14) Rossander. *Centralbl. f. Chir.*, 1er février 1899, n° 5, p. 102.

petite lentille dans le tissu *pancréatique :* hémorrhagie opiniâtre n'ayant cédé qu'à la ligature en masse du pancréas, le malade mourut le quatrième jour. Les noyaux cancéreux dans l'épiploon sont faciles à enlever, inutile d'y insister. Enfin, de vastes infiltrations cancéreuses de la région rétropéritonéale, autour des gros vaisseaux et dans le foie, ont pu passer inaperçues (1).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai 1891. — Présidence de M. Terrier.

RAPPORTS

Thyroïdite suppurée. — M. NICAISE fait un rapport sur une communication de M. Tavel relative à deux cas de thyroïdites suppurées dans lesquelles l'examen bactériologique a révélé la présence de microbes d'états généraux antérieurs.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une thyroïdite suppurée survenue chez une femme qui avait auparavant présenté des accidents intestinaux. M. Tavel pratiqua l'ablation de la moitié du corps thyroïde. L'examen bactériologique révéla la présence du bacille d'Eberth. Il s'agissait donc antérieurement d'une fièvre thyphoïde.

Dans la seconde observation, la thyroïdite suppurée survint chez une femme qui avait accouché quelques mois avant. L'examen bactériologique, dans ce cas, montra qu'il s'agissait du streptocoque. La thyroïdite, chez cette malade, se rattachait donc à l'état puerpéral, comme, dans le cas précédent, elle se rattachait à la fièvre typhoïde.

M. Nicaise fait suivre ces observations de réflexions générales sur les microbes de la suppuration. Il n'y a pas, dit-il, de microbes spécifiques de la suppuration. A ce point de vue, on doit admettre deux groupes de microbes : 1° ceux qui sont les agents habituels de la suppuration; 2° ceux qui sont accidentellement pyogènes. Si des microbes différents peuvent produire la suppuration, celle-ci présente-t-elle des caractères différents selon la variété de l'agent pyogène? M. Lannelongue, dans ses études sur l'ostéomyélite, a trouvé des caractères distinctifs dans la suppuration elle-même. Mais on ne peut pas dire que ce soit là une loi générale.

Corps étranger de la trachée. — M. ROUTIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Montaz (de Grenoble), relative à un corps étranger de la trachée. Il s'agit d'un garçon de treize ans, qui avait dans sa bouche un de ces ressorts de cuivre qui servent pour pendre le linge. Un de ses camarades lui ayant donné un coup sur la tête, ce ressort pénétra dans les voies aériennes. Deux médecins successivement appelés crurent le corps étranger dans l'œsophage et introduisirent, sans succès, une sonde œsophagienne. Un troisième médecin fit l'examen laryngoscopique, reconnut que le corps étranger était dans la trachée et proposa la trachéotomie qui fut refusée. Cet enfant garda pendant neuf mois ce corps étranger dans la trachée, sans en éprouver rien de fâcheux. Au bout de ce temps, il fut pris brusquement d'un accès de dyspnée et M. Montaz, qui le vit alors pour la première fois, le fit aussitôt entrer à l'hôpital de Grenoble pour lui faire la trachéotomie. On donna le chloroforme, mais comme l'enfant respirait mal, on le supprima. On sentait une induration au niveau du corps thyroïde. La trachéotomie fut pratiquée au-dessous du corps étranger et, la trachée ouverte, M. Montaz chercha à le saisir avec un davier et à l'extraire; mais il ne put en avoir qu'un morceau. Il agrandit alors son incision et put se rendre compte que le ressort de cuivre était enchâssé dans la muqueuse trachéale, juste au-dessous des cordes vocales inférieures. Il put l'extraire en totalité, puis il plaça une canule dans la trachée et referma la plaie. La canule put être enlevée le huitième jour et le jeune garçon fut rapidement guéri. Toutefois, aujourd'hui encore, trois ans après l'opération, il conserve une grande gêne de la respiration, ne peut se livrer à aucun exercice violent et est obligé d'occuper une situation sédentaire.

Cette observation présente un certain intérêt, tant au point de vue de la nature du corps étranger, que de la durée pendant laquelle il est resté dans la trachée. Il a dû d'emblée franchir le larynx et se fixer au-dessous de la glotte. La trachéotomie était évidemment la seule chose à faire; mais, selon M. Routier, elle a été pratiquée trop bas. La persistance des accès de dyspnée permet de supposer que ce jeune homme a conservé une lésion de la muqueuse trachéale.

COMMUNICATION

Kystes séreux du mésentère. — M. TERRILLON communique trois observations de kystes séreux du mésentère. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille de vingt-trois ans qui, depuis sept ans, éprouvait de vagues douleurs dans le ventre, du côté gauche. Le ventre augmentait de volume de ce côté; il y avait des troubles digestifs. En l'examinant on reconnaissait l'existence d'une tumeur fluctuante dans le flanc gauche. M. Terrillon diagnostiqua un kyste du pancréas ou du mésentère. Il fit la laparotomie, trouva l'épiploon qu'il releva et, à travers une boutonnière épiploïque, fit une ponction qui donna issue à quatre litres de liquide transparent. Il se trouva alors en présence d'une poche à parois minces, fibreuses, lisses, à peine vascularisée, qu'il lui fut impossible de décortiquer, malgré toutes les tentatives qu'il fit. Il en enleva seulement quelques lambeaux, lava la poche, fit une collerette de sutures fixant les parois de cette poche à la paroi abdominale et plaça deux tubes à drainage. Les suites de l'opération furent simples.

Après deux mois, la cavité était comblée, mais la cicatrisation complète ne fut obtenue qu'après cinq mois.

La seconde observation a trait à une femme de vingt-deux ans, chétive, ayant eu, trois ans auparavant, un accouchement dont les suites furent simples. Deux mois après, son ventre restant gros, M. Ribemont l'examina et pensa qu'il s'agissait d'un kyste uniloculaire du foie, du pancréas ou du mésentère. M. Terrillon fit d'emblée la laparotomie exploratrice et trouva un kyste inclus dans le mésentère. Comme dans le premier cas, la poche vidée, la décortication fut impossible.

M. Terrillon suivit la même conduite que chez la précédente malade, sauf qu'il plaça une mèche iodoformée qui donna lieu à des accidents graves d'intoxication iodoformée. La malade a bien guéri.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une jeune fille de dix-huit ans, chez laquelle on reconnut l'existence d'une tumeur liquide devant laquelle passait transversalement le gros intestin. Même opération que chez les précédentes malades, même impossibilité de décortiquer la poche, mèche iodoformée, mêmes accidents d'intoxication.

M. Terrillon attribue ces accidents à ce fait que les parois des kystes mésentériques sont dépourvues d'épithélium.

Au point de vue des symptômes de ces kystes, ils sont assez vagues. On ne relève que quelques troubles dyspeptiques. Quant au traitement, M. Terrillon pense qu'il est préférable de faire d'emblée la laparotomie plutôt que la ponction, en raison de ce fait que souvent le gros intestin se trouve devant ces tumeurs. Ainsi, chez la troisième malade, s'il avait fait une ponction exploratrice, il aurait certainement perforé le gros intestin.

Enfin M. Terrillon insiste sur les adhérences que présentent ces kystes, adhérences dont il est impossible de triompher et qui nécessitent le traitement auquel il a eu recours dans ces trois cas.

La séance est levée.

(1) Krœnlein. Loc. cit.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de la masso-thérapie (1), par le docteur A.-L. Weber.

Massage n'était pas assez noble : préférez-vous masso-thérapie? L'auteur, qui a aussi inventé le masso-lit, veut, sans doute, indiquer par ce terme que le massage doit être considéré comme une science à l'égal de l'électro-thérapie.

Je suis de ceux qui pensent que le massage ne rend pas tous les services qu'on peut attendre de lui, qu'il est comme l'hydrothérapie un puissant moyen de modification et de curation pour la machine humaine. Il est regrettable que les médecins n'apprennent pas quelles ressources thérapeutiques peut leur donner le massage. Qu'il y ait des spécialistes, c'est fort bien, et ils peuvent rendre de réels services ; mais, lorsqu'il suffit pour toute mise de fonds d'apporter une paire de mains et d'avant-bras de moyenne vigueur (il faut se défier de la force), il est à souhaiter que chaque médecin soit quelque peu masseur. C'est, de toute évidence, la pensée intime qui a dû guider M. Weber dans la rédaction de son livre.

« Je ne chercherai même pas à démontrer que le massage n'a rien d'immoral dans aucune de ses applications, dit l'auteur, ce serait puéril. Le masseur ne demande à voir et à toucher que ce qu'il doit voir et toucher pour guérir, et il le demande seulement dans le but de soulager. La pudeur ne saurait être choquée. Le masseur ne doit plus, comme l'accoucheur, se souvenir qu'il est homme, mais simplement médecin. » Cela doit s'adresser aux spécialistes du massage pour femmes.

Pourquoi diable se défendre du reproche d'immoralité? Massothérapie est-ce fait pour susciter des idées voluptueuses? Le nom seul ferait accepter, sans arrière-pensée, des plus pudibonds, le massage utérin lui-même.

Manuel pratique de médecine à l'usage des gens du monde (2), par le docteur Frédéric Buchholtz.

Il s'agit, paraît-il, d'une nouvelle édition; ce qui suppose à cet ouvrage un succès antérieur dont nous n'avions nullement connaissance. Après l'avoir parcouru nous ne le regrettons pas.

Nous comprenons encore qu'on publie à l'usage des gens du monde des manuels d'hygiène, ou de petite chirurgie, qu'on leur indique ce qu'il faut faire en attendant le médecin; qu'on cherche à leur donner, à l'aide de notions élémentaires d'anatomie et de physiologie, des notions non moins élémentaires des maladies principales. Nous concevons moins qu'on mette entre leurs mains une sorte de résumé qui rappelle par l'entassement des symptômes et la concision télégraphique du style, les résumés qu'écrivent certains spécialistes à l'usage des étudiants qui veulent en quelques jours chauffer un examen.

Les neurasthéniques, les déséquilibrés, les hypochondriaques y trouveront des explications pour leurs malaises, des matériaux pour édifier des théories destinées à faire le supplice de leur médecin. Ce ne serait rien encore s'il n'y avait pas la thérapeutique. C'est ainsi qu'à propos de l'hémorrhagie cérébrale, on lit : « Pratiquer une forte saignée au bras, même aux deux à la fois, si les symptômes sont très alarmants, et, pendant que le sang coule, plonger les extrémités inférieures dans un bain de pied sinapisé, et, dès qu'il reviendra (il s'agit sans doute du malade, et l'auteur aurait pu écrire : s'il en revient), faire des frictions sèches et chaudes sur les membres et l'épigastre, et appliquer des sinapismes aux jambes et aux pieds. » « Pour favoriser la résorption du caillot et la cicatrisation du foyer, une infusion de fleurs d'arnica, le calomel à l'intérieur, et d'autres purgatifs drastiques. La paralysie sera combattue par dix ou vingt gouttes de teinture d'arnica dans un verre d'eau, trois fois par jour, par la noix vomique, les pilules de strychnine. »

L'auteur, qui se dit, du reste, élève de Bouillaud, traite la plupart des maladies par la saignée ou les émissions sanguines; depuis la pneumonie jusqu'à l'éléphantiasis des Arabes. Il déclare dans sa préface qu'il a voulu surtout être utile aux jeunes praticiens ; pourquoi, dès lors, écrire sur la couverture : à l'usage des gens du monde? Il s'agit, sans doute, des jeunes praticiens des environs de 1840.

On trouvera peut-être que nous avons donné trop d'importance à un semblable livre ; nous avons une excuse : il sort d'une librairie connue par la publication d'ouvrages de médecine généralement sérieux et recommandables.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.
(2) In-18. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Des kystes pancréatiques (1), par le docteur J. Bœckel.

Les auteurs classiques sont absolument muets sur la chirurgie pancréatique, et à peine si, dans la littérature médicale française, il existe trois ou quatre travaux afférents à la question. Le travail de notre compatriote strasbourgeois est donc le premier ouvrage paru en France, sur ce coin presque inexploré de la pathologie chirurgicale de l'abdomen.

L'examen d'un cas difficile de tumeur abdominale détermina l'auteur à étudier de près ces kystes pancréatiques. Il les divise en kystes symptomatiques, peu intéressants au point de vue chirurgical, et kystes idiopathiques. Ces derniers peuvent être purulents ou hémorrhagiques, ce peuvent être des kystes hydatiques, ou des kystes glanduleux, sortes de grenouillettes pancréatiques. Ces derniers, d'après M. Bœckel, seraient les kystes les plus fréquents et appartiendraient à la variété des kystes par rétention. On sait que, d'après M. Hartmann (dernier Congrès de chirurgie), ces kystes pancréatiques seraient presque tous des épithéliomas kystiques.

Les symptômes sont variables, souvent nuls, d'autres fois ils consistent en un amaigrissement marqué, en troubles digestifs, névralgies gastriques, etc.; parfois, ils s'accompagnent de diabète et de selles graisseuses. Ce n'est que plus tard, que la tumeur devient appréciable. L'auteur en étudie le siège, la forme, l'évolution; il établit les difficultés du diagnostic qui n'a pu être posé que 6 fois sur 32 cas, le plus souvent, après la ponction et après l'examen du liquide. D'après M. Le Dentu, la percussion de ces kystes donnerait un son hydro-aérique, véritablement caractéristique.

Ces kystes doivent être traités chirurgicalement. La ponction est inefficace et dangereuse. Le seul traitement rationnel est la laparotomie avec suture du kyste à la paroi abdominale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 19 mai 1891 :

1° Le concours qui devait s'ouvrir le 6 novembre 1891 devant la Faculté de médecine de Nancy pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'École de Reims, est reporté au 24 du même mois ;

2° Le concours qui devait s'ouvrir le 5 novembre 1891 devant la même Faculté pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de Reims, est reporté au 23 du même mois.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par la nomination de MM. Baillet, Cestan, Genouville, Morestin et de Souligoux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bancel (de Melun); Boillet (de Paris); Le Diberder père (de Lorient).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

— On demande, pour un remplacement de quatre mois, dans une clientèle rurale de l'Ouest, à partir du 5 juin, un jeune médecin célibataire. — S'adresser à M. le docteur Porte, 232, boulevard Saint-Germain.

Formulaire des nouveaux remèdes, par le docteur G. Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin. 5e édition très augmentée. 1 vol. in-18 cartonné. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

La pneumonie à Oyonnax (années 1888, 1889 et 1890), par le docteur Fiessinger, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. 1 broch. in-8° de 110 pages avec tableaux hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 61. — MARDI 26 MAI 1891. 64e ANNÉE. MARDI 26 MAI 1891. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. Traitement préventif de la syphilis. — Déformations thoraciques dues à l'hypertrophie des amygdales. — MÉDECINE PRATIQUE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

Paris, le 23 mai 1891.

Le recrutement des malades dans les hôpitaux parisiens se fait de trois façons différentes : par urgence, par la consultation de chaque hôpital, par le Bureau central d'admission, qui fonctionne aujourd'hui dans les bâtiments du nouvel Hôtel-Dieu.

L'admission par urgence est confiée aux soins des internes de garde. C'est une réception de nécessité s'adressant à un nombre très restreint de malades. Par la consultation qu'il fait à son hôpital, le chef de service, médecin ou chirurgien, reçoit également un certain nombre de malades. Le choix en est basé sur le bénéfice plus ou moins grand que le malade peut retirer de son séjour à l'hôpital, et, accessoirement, sur l'intérêt scientifique que l'affection peut présenter. Mais il y a une chose à laquelle obéit toujours le chef de service, c'est à la préoccupation constante de ne pas encombrer ses salles. En cette fin de siècle, où l'hygiène et la prophylaxie des maladies ont fait tant de progrès, il serait puéril de vouloir démontrer ce que cet encombrement peut avoir de dangereux et de néfaste pour les malades. Or, le troisième mode de recrutement, c'est-à-dire l'admission par le Bureau central de l'Hôtel-Dieu, ne tient aucun compte de cet encombrement. C'est que le Bureau central est un service à part, complètement indépendant, et que son fonctionnement est purement administratif, nous dirions plus volontiers bureaucratique.

Le médecin ou chirurgien du Bureau central reçoit un certain nombre de malheureux qu'il juge dignes d'être admis à l'hôpital. Ces malades sont, par les soins du bureau administratif, répartis dans les hôpitaux, sans se préoccuper de l'encombrement possible existant dans les services où les malades sont dirigés. Il paraît logique et simple jusqu'à l'évidence que les hôpitaux ne peuvent contenir qu'un nombre limité de malades, et qu'une salle d'hôpital n'est pas un magasin où l'on peut entasser, tant bien que mal, tout ce qui peut tenir. Il semblait qu'une fois pour toutes, le nombre *maximum* des malades possible devrait être fixé *ne varietur*, et qu'une fois ce nombre connu, il ne devrait jamais être dépassé. Or le médecin et le chirurgien du Bureau central ne savent jamais de combien de lits ils disposent, et ils reçoivent les malades suivant les cas, sans soupçonner si ces malades pourront être placés ou logés quelque part. Nous ne contestons pas qu'il est inhumain de laisser sans secours des malheureux jugés dignes d'être hospitalisés; mais ce n'est pas en les entassant dans des salles, au détriment de tous, qn'on résoudra la difficulté. S'il y a trop de malades, il faut plus de places dans les hôpitaux, il faut moins de pierre de taille, moins de belle architecture dans nos nouveaux services et plus d'espace; au moment du besoin, il faut créer des baraquements, ouvrir des services provisoires, mais non entasser des malades les uns sur les autres et revenir aux errements anciens où l'on faisait coucher les malades jusqu'à sept dans le même lit.

D'ailleurs les chefs, soucieux de la salubrité de leur service, ne permettent pas cet entassement funeste. Ils ne sauraient garder les malades dont la présence est dangereuse pour leur salle, où, dès lors, le service ne peut plus régulièrement se faire.

D'ailleurs, les faits de chaque jour parlent mieux que nous ne saurions le faire, et voici, entre mille, un exemple frappant. Un chirurgien est à la tête d'une salle d'hommes de 22 lits, qui contient déjà 6 brancards (1) disséminés dans les différents coins de sa salle, et qu'on vienne à mettre un septième brancard, il faudra l'accoler au pied des autres lits, et, à la visite, c'est à peine si le chirurgien pourra approcher de ses malades et circuler entre les lits. On conçoit que, dans ce cas, il ait le droit, et nous dirons même le devoir, de refuser un nombre plus grand de lits supplémentaires. Or, écoutons ce qu'il advint dans le service en question. Le matin, le chirurgien, ayant sa salle au complet, plus 6 brancards surnuméraires, refuse à la consultation de l'hôpital 4 malades, d'ailleurs porteurs de lésions bénignes; et, sur leur désir d'être admis à l'hôpital, leur indique le Bureau central. Quel n'est pas son étonnement, le lendemain matin, de retrouver dans son service, orné cette fois de 10 brancards, les 4 refusés de la veille. Le service administratif du Bureau central avait cru probablement ingénieux et plaisant de renvoyer au chirurgien ses 4 malades du matin. Inutile de dire que les pauvres diables ne purent être gardés, et qu'après avoir passé une nuit à l'hô-

(1) Dans ces lits supplémentaires, les malades sont couchés tant bien que mal, et sur la chaise, qui leur sert de table de nuit, se voient pêle-mêle l'urinal, le pain, le carafon de vin, le crachoir, etc., etc. Pour ces lits supplémentaires, le personnel n'est jamais augmenté.

pital, ils durent reprendre le lendemain le chemin du Bureau central, le chirurgien ne pouvant tolérer un pareil encombrement, surtout lorsqu'il avait pris la peine de signaler l'impossibilité où il était de recevoir un plus grand nombre de malades.

Malheureusement, cette histoire se renouvelle tous les jours, et cela au détriment des malades, dont certains passent leur temps à faire la navette du Bureau central à l'hôpital.

Ne serait-il pas naturel que l'Administration centrale connût exactement le nombre de lits dont dispose chaque service? Et quand une salle est reconnue pleine, quand elle est bondée de malades, elle ne doit pas figurer sur la liste du Bureau central d'admission.

Il y a là des réformes à faire, et de bonnes réformes, car ce sont les malades qui paient les frais de ces grosses fautes administratives.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Ernest BESNIER.

Traitement préventif de la syphilis (1).

Voici une jeune femme qui a, depuis trois semaines, vu se développer à la lèvre supérieure, sous la narine gauche, un petit « bouton » qui est aujourd'hui une petite plaque ovalaire à fond rouge finement papillaire, indolente, ne présentant d'autre caractère objectif qu'une légère résistance à la pression, si on vient à la saisir entre le pouce et l'index.

Existe-t-il, dans toute la série des maladies cutanées, une lésion végétante de ce genre qui puisse être facilement confondue avec ce que nous avons sous les yeux ? Pour ma part je n'en connais pas, et je n'hésite pas à porter ici le diagnostic de syphilome primaire, de chancre syphilitique.

Cependant, ce chancre est à peine induré et l'on ne voit pas d'engorgement ganglionnaire faisant saillie. Aussi, en présence d'un cas semblable, l'embarras est grand pour un praticien de médecine générale, s'il ne sait pas qu'il faut *aller à la recherche* des ganglions-témoins en arrière du maxillaire inférieur, où, en examinant la région profondément, avec les doigts recourbés en crochet, on trouve, appliqué contre l'angle de la mâchoire, un gros ganglion, dur, indolent, qui n'existe que du côté occupé par le chancre, et qui est absolument caractéristique.

Cette malade, qui est environ au trentième jour de l'apparition du chancre, est à cette période de l'infection où l'élément syphilitique est encore en germination dans le système lymphatique — *période lymphatique*.

Quinze à vingt jours sont nécessaires avant que soit faite l'élaboration complète, l'éclosion qui va jeter dans le torrent circulatoire les produits morbides aptes à engendrer les *accidents secondaires*, au premier rang desquels la roséole témoin de l'infection sanguine — *période d'infection sanguine, syphilis confirmée*.

C'est dans cet entr'acte, dans cette période pré-infectieuse, qu'il faudrait introduire directement dans le sang, et non ailleurs, un élément préservatif, vaccinant.

Malheureusement, cet élément est encore à trouver, et l'on pourrait dès maintenant le chercher dans les liquides ou dans les solides des animaux, quels qu'ils soient, puisque tous sont organiquement réfractaires à la syphilis.

Aucun animal n'est susceptible de contracter la syphilis. S'il en était autrement il y a longtemps que les animaux domestiques auraient pris la syphilis, dans leur contact quotidien avec l'homme. C'est une maladie humaine par excellence et on ne peut inoculer aux animaux que celles qui proviennent d'eux-mêmes. Nous avons, au contraire, le privilège de contracter toutes les maladies d'origine animale.

Il n'est donc pas illogique de tenter les injections de sérum animal, mais il est peu probable qu'il suffise d'une simple introduction de ce sérum dans le tissu cellulaire, c'est dans le sang que doit être directement introduit l'élément vaccinateur ; et il est peu probable que le sérum proprement dit suffise à cet objet, car nous ignorons profondément à quoi, à quel élément chimique ou vital les animaux doivent leur immunité.

Les agents antisyphilitiques, le mercure, sont insuffisants pour cette action préventive, et le malade fût-il saturé de mercure pendant la période lymphatique, on chercherait en vain, par ce moyen, à empêcher surement et toujours l'infection sanguine. En voici un exemple entre mille, emprunté à la clinique de Neumann. Chez un jeune sujet on fait l'extirpation précoce du chancre et des ganglions ; on ajoute à cette opération un traitement violent et prolongé par les frictions mercurielles et la tisane de Zittmann. Aucun accident pendant la durée de ce traitement, mais trois mois après, apparition d'accidents syphilitiques intenses.

L'expérience, tant de fois faite, est inutile à renouveler ici; je ne songe ni à extirper le chancre, ni à enlever les ganglions; je n'ai pas encore de notion assez précise des injections de sérum animal dans le sang pour les appliquer immédiatement, et je n'ai à ma disposition aucun virus atténué à inoculer — mais c'est dans cette voie qu'est le salut pour l'avenir.

Je ne fais même pas encore de traitement mercuriel, à la fois pour attendre la confirmation du diagnostic et pour n'agir qu'au moment d'opportunité principale.

Dans un cas à accident initial aussi fruste, le patient n'est convaincu de la réalité de son infection syphilitique que quand il a vu apparaître les *accidents secondaires* ; le médecin lui-même ne peut appuyer que sur leur constatation la prescription des mesures d'interdiction qu'il peut avoir à formuler, à l'égard du mariage, par exemple.

Ce n'est pas tout : l'évolution des accidents infectieux varie à ce point chez les différents sujets que chacun d'eux doit être observé en particulier, et que la médication, loin d'être systématique et uniforme, doit être réglée selon chacun d'eux.

Tel malade aura, dès le début, des accidents intenses; chez tel autre les accidents sont si légers que c'est presque comme s'ils n'existaient pas. Certains individus ont la roséole, quelques menus accidents, et leur syphilis s'arrête là; ils n'ont plus jamais rien.

C'est, en réalité, quoi qu'on en ait dit, la *minorité* qui présentera dans la suite les accidents graves du tertiarisme. Il n'y a donc pas, à proprement parler, un traitement de la syphilis, mais le traitement des syphilitiques, et sans méconnaître l'action *suspensive* du traitement mercuriel hâtif, ce serait s'abuser que de le croire toujours efficace, et de lui attribuer toujours l'absence ou la bénignité des accidents ultérieurs.

---

(1) Extrait d'une leçon clinique rédigée par M. Maurice Gauja.

DÉFORMATIONS THORACIQUES

DUES A L'HYPERTROPHIE DES AMYGDALES

Par G. Phocas,
Professeur agrégé à la Faculté de Lille.

De vieille date, on a remarqué la relation de cause à effet qui relie certaines déformations thoraciques aux hypertrophies amygdaliennes. Dupuytren, Woren, Schaw, Robert avaient étudié ces déformations. Quand les travaux modernes firent connaître l'importance des hypertrophies adénoïdes de l'arrière-gorge, on ne tarda pas à rattacher les déformations thoraciques à cette dernière cause. La question fut étudiée à ce point de vue par M. Balme (1) et, plus récemment, par M. le professeur Grancher, MM. Redard et Bilhaut. Moi-même, dans une note insérée dans la *Revue d'orthopédie*, j'ai cherché à élucider quelques points de cette question.

Depuis, j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de faits et, de leur étude, je crois pouvoir tirer quelques conclusions.

Je passerai donc rapidement en revue quelques points relatifs : 1° à la conformation extérieure du thorax, déformé à la suite d'hypertrophies amygdaliennes ; 2° à l'importance clinique qui s'attache à la connaissance de ces déformations ; 3° à leur nature.

1° Relativement à la conformation du thorax déformé par suite d'hypertrophie amygdalienne (pharyngienne et palatine), les auteurs ne sont pas absolument d'accord. Pour M. Robert, la poitrine présente une dépression latérale et une projection en avant d'une partie du sternum. Elle est en carène. Pour M. Lambron, la déformation thoracique est caractérisée par une dépression transversale, située à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la poitrine, dépression ayant les apparences d'un anneau, qui, en ce point, aurait déprimé une partie de la cage osseuse. En un mot, les déformations thoraciques seraient, pour les uns, verticales, tandis que, pour d'autres, elles se produiraient surtout dans le sens transversal. Autant dire qu'il existe plusieurs types de déformations thoraciques. Du reste, chez un de nos malades, on pouvait observer le thorax en carène, ainsi que la dépression transversale, ce qui nous porte à croire qu'il faudrait renoncer à trouver, dans la conformation extérieure de la difformité thoracique de ce genre, des caractères qui puissent servir à la différencier des difformités thoraciques reconnaissant une autre cause que l'hypertrophie des amygdales.

Mais, dans le tableau multiple et variable de cette déformation thoracique, on distingue un trait qui, par sa saillie et sa constance, me paraît avoir une certaine valeur. Je veux parler de l'*asymétrie* du thorax, sur laquelle j'ai insisté dans une récente publication. En même temps, M. Redard publiait un travail basé sur plusieurs observations où il établissait la fréquence de la *scoliose* dans l'hypertrophie des amygdales et la relation de cause à effet entre cette scoliose et les tumeurs adénoïdes du pharynx. Il est certain que M. Redard s'est trouvé en présence des mêmes faits que moi, mais il a mieux exprimé la chose en disant qu'il s'agissait d'une scoliose, pendant que j'insistais sur l'asymétrie. Quoi qu'il en soit, il est établi, je crois, que les déformations thoraciques, dues aux hypertrophies amygdaliennes, affectent fréquemment un type scoliotique qui donne au thorax une forme asymétrique particulière. Il est même remarquable de constater combien cette scoliose ou cette asymétrie est en relation directe avec l'hypertrophie des amygdales. Dans une de mes observations, le côté du thorax le plus difforme s'est redressé, d'une façon sensible, après l'ablation de l'amygdale palatine du même côté, suivie de l'extirpation de quelques tumeurs adénoïdes. Les choses en étaient là, quand une poussée aiguë, du côté de la gorge et de l'arrière-gorge, obstrua de nouveau le canal pharyngo-nasal et occasionna des crises dyspnéiques, qui revenaient la nuit avec une assez grande intensité, pour inquiéter sérieusement l'entourage de l'enfant. A la suite de cette exacerbation de la sténose pharyngée, les déformations thoraciques se sont brusquement aggravées et le thorax est devenu manifestement plus difforme qu'avant. Ce fait, observé avec soin, démontre jusqu'à l'évidence l'étroite relation qui lie la sténose pharyngo-nasale aux déformations thoraciques. Toutes les fois que je me trouve en présence d'un enfant atteint d'hypertrophies amygdaliennes, je recherche les déformations du thorax et, très souvent, j'en trouve de très nettement accusées.

2° Dans un cas que je vais résumer, les circonstances cliniques m'ont amené à suivre un procédé inverse et, au lieu de chercher les déformations thoraciques comme une curiosité pathologique qui accompagne l'hypertrophie amygdalienne, ce fut la conformation du thorax qui m'a révélé l'existence des lésions pharyngiennes.

Une fille de huit ans s'est présentée le 24 mars, à la consultation de l'hôpital Saint-Sauveur, pour un torticolis, qui présentait cette particularité d'être intermittent. Depuis un an, cette enfant, d'ailleurs bien portante, était sujette de temps en temps à une sorte de contracture du sterno-mastoïdien droit. La tête se renversait à droite et la face se tournait à gauche. Ce torticolis n'était pas accompagné des douleurs caractéristiques des torticolis inflammatoires. La déformation, après s'être progressivement installée, disparaissait de même sans laisser de traces. A quatre reprises différentes, les phénomènes précités se sont déroulés de cette façon, et c'est au moment de la quatrième atteinte, que je fus appelé à examiner l'enfant. En examinant le corps de la malade, je fus frappé des déformations thoraciques. Le sternum était tombé en haut et se déprimait brusquement dans son tiers inférieur. Deux gouttières latérales encadraient sa saillie. Comme je ne remarquai pas de signes de grosses déformations rachitiques sur le reste du corps, je soupçonnai l'existence d'une hypertrophie amygdalienne. L'examen de la gorge ne tarda pas à confirmer mes prévisions. Une enquête plus attentive me permit alors de rattacher cette sorte de contracture intermittente et passagère du sterno-mastoïdien à une poussée subaiguë du côté des amygdales hypertrophiées. Les parents m'ont avoué qu'une légère douleur à la gorge et une certaine difficulté de la déglutition précédaient constamment le torticolis et, enfin, le traitement de l'hypertrophie des amygdales par la cautérisation au galvano-cautère est venue confirmer cette relation. A la suite de ce traitement, les phénomènes de contracture ne se sont pas reproduits pendant deux mois, époque à laquelle j'ai perdu la malade de vue. J'ai tout lieu de croire que la guérison s'est maintenue, parce qu'il était entendu que l'enfant retournerait me voir, si les accidents avaient reparu.

Quoi qu'il en soit, le fait important à retenir, c'est que les déformations thoraciques, dues à l'hypertrophie des

(1) Balme. Thèse de Paris, 1888.

amygdales, sans présenter un cachet pathognomonique, peuvent, dans certaines circonstances, servir de signe révélateur de l'hypertrophie amygdalienne ou de la présence des productions adénoïdes.

3° Je ne crois cependant pas que les déformations thoraciques amygdaliennes soient absolument différentes des déformations analogues dues au rachitisme, et je ne serais pas éloigné de leur assigner une origine rachitique. Je ne vois, en effet, aucun signe essentiel distinctif de ces deux ordres de déformations. De part et d'autre, le thorax peut être déformé en carène, rétréci en anneau dans son extrémité inférieure, ou déprimé latéralement en guise de gouttières.

L'asymétrie elle-même et la scoliose ne me paraissent pas être l'apanage du thorax déformé à la suite de l'hypertrophie des amygdales. On sait, en effet, que la scoliose rachitique est extrêmement fréquente et qu'elle présente certains caractères particuliers. La gibbosité siège souvent à gauche, elle s'accentue sous l'omoplate de ce côté, pendant que l'omoplate droite est plus élevée. Or, ces caractères, je les ai retrouvés souvent dans les cas de thorax déformé à la suite de l'hypertrophie des amygdales et, récemment, j'en faisais la remarque à propos d'un enfant qui les présentait et chez qui j'ai excisé les deux amygdales.

La cyphose elle-même, si commune dans le rachitisme, ne fait pas défaut dans l'hypertrophie amygdalienne. Elle ajoute même quelque chose de particulier à l'habitus si spécial des enfants atteints d'hypertrophies adénoïdes.

Si la conformation du thorax déformé à la suite d'hypertrophies amygdaliennes n'est pas suffisante pour caractériser cette difformité, d'autres signes permettent jusqu'à un certain point de reconnaître ce genre de difformité et de lui assigner une place à part. Je veux parler de l'absence de grosses déformations rachitiques sur le reste du corps et de la marche des déformations thoraciques.

L'absence de grosses déformations rachitiques a été constatée par tout le monde dans ces cas. Il n'en est pas de même des signes plus effacés du rachitisme, des légères nouures des poignets, des troubles de dentition, etc., signes qu'on arrive assez facilement à reconnaître chez les enfants atteints de cette difformité.

Quant à la marche de ces déformations thoraciques, elle établit la relation étroite qui les lie aux hypertrophies amygdaliennes et aux troubles respiratoires qui en résultent. Le thorax se redresse jusqu'à un certain point après la disparition de l'obstacle (amygdalotomie ou extirpation des tumeurs adénoïdes), les déformations thoraciques s'aggravent rapidement avec l'exacerbation des phénomènes dyspnéiques.

Je serais donc disposé à comprendre la pathogénie de ces déformations de la façon suivante. Les déformations thoraciques qu'on observe souvent dans les hypertrophies amygdaliennes (palatines, pharyngiennes) sont de nature rachitique. Le rachitisme a servi de cause prédisposante en rendant les os malléables et ramollis ; la difficulté de la respiration, qui est la suite ordinaire des hypertrophies amygdaliennes, a servi de cause occasionnelle pour déformer les os ainsi ramollis et pour localiser les déformations au thorax. Il s'agirait, en somme, d'une sorte de rachitisme atténué, qui se manifeste à la suite d'une cause occasionnelle, d'une suractivité fonctionnelle due aux efforts non continus, lents des muscles respiratoires.

MÉDECINE PRATIQUE

Du siège de l'angine phlegmoneuse. — Le docteur O. Chiari, privat docent à l'Université de Vienne, a publié, dans le *Wiener klinisch. Wochenschrift*, un travail basé sur l'observation de trente-quatre malades. En voici les principales conclusions :

1° L'angine phlegmoneuse siège rarement dans l'amygdale, et dans ce cas elle ne donne généralement lieu qu'à de petits abcès;

2° Son siège ordinaire est en dehors et en haut de l'amygdale; celle-ci se trouve repoussée en dedans et en bas ;

3° Les signes auxquels se reconnaît la présence du pus (œdème de la luette et des piliers, vives douleurs irradiées vers l'oreille, fluctuation) peuvent parfois induire en erreur. Dans les cas où il y a doute, on fera une ponction exploratrice au milieu du pilier antérieur du voile en poussant le trocart droit en arrière, jusqu'à deux centimètres de profondeur ;

4° L'existence du pus constatée, on pratiquera une incision au milieu d'une ligne allant de la luette à la couronne de la dent de sagesse supérieure, à moins qu'il n'existe ailleurs un point nettement fluctuant;

5° Si la ponction exploratrice ne révèle pas l'existence du pus et si le gonflement est très accusé, on peut de même pratiquer une incision afin d'amener un dégorgement du tissu enflammé;

6° Dans des cas rares, le pus se fait jour ailleurs; aussi est-il indispensable d'examiner avec soin la bouche, le pharynx et l'arrière-cavité des fosses nasales. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie (1), publié sous la direction de MM. Duplay et Reclus.

Nos progrès quotidiens rendent difficile, presque irréalisable, la publication d'un traité dont le premier volume reste d'actualité, ou à peu près, quand le dernier paraît. L'ouvrage de Follin en est le meilleur exemple.

MM. Duplay et Reclus se sont mis à la tête d'une publication d'un genre nouveau, en France du moins, et dont chacun est appelé à constater les bons résultats. Le travail est fractionné à tel point que le chiffre de leurs collaborateurs, inscrit en tête du premier volume, s'élève à 22. Cette méthode offre un double avantage. D'abord, la publication s'achève dans un temps restreint : auteurs et éditeurs se sont promis réciproquement de faire paraître la totalité de l'ouvrage en trente mois. Ensuite, chaque collaborateur reçoit une tâche appropriée à ses goûts, à ses travaux antérieurs ; en même temps que son travail est facilité, le lecteur gagne à avoir entre ses mains des questions traitées avec une compétence indiscutable. Voilà ce qui recommande le *Traité de chirurgie* à l'attention de tous. Il faut ajouter que l'étendue que lui donnent les auteurs permet d'étudier à peu près à fond toutes les questions, et de donner aux chapitres intéressants tous les développements qu'ils comportent. Dès l'annonce de sa publication, un *Traité de médecine*, tiré sur les mêmes plans, a été mis en projet et doit recevoir prompte exécution; c'est le meilleur éloge qu'on puisse faire à la fois de l'un et de l'autre.

I

Dans le premier volume, nous trouvons : les maladies communes à tous les tissus, par M. Reclus; les tumeurs, par M. Quénu ; les maladies de la peau et du tissu cellulaire, par M. Broca; les maladies des lymphatiques, muscles, tendons, synoviales et bourses séreuses, par M. Lejars. M. Reclus n'a eu qu'à reprendre les questions qu'il avait si éloquemment traitées

(1) 1 vol. in-8°. Prix de chaque volume : 18 fr. — Paris, G. Masson.

dans le premier volume des agrégés. C'est toujours la même facilité de style, la même chaleur à défendre ses idées, et, chose plus difficile à réaliser, la même clarté jetée dans les questions souvent obscures de pathogénie, de microbiologie. C'était la partie la plus délicate de l'ouvrage : nul ne la lui aurait disputée.

Sa pratique connue du microscope désignait M. Quénu pour le chapitre des tumeurs ; il l'a traité avec sa concision, son autorité ordinaires. Pour lui, toute tumeur dérive de cellules préexistantes, dont l'activité se réveille à un moment donné, pour donner naissance aux néoplasmes. Ceux-ci sont donc en ce sens congénitaux, et doivent être considérés comme des errements du développement cellulaire. Les tumeurs sont classées d'après les tissus auxquels on peut les rapporter : tumeurs du type épithélial, connectif, musculaire, etc. Notons qu'au chapitre « Cancer », M. Quénu adopte les opinions nouvelles, et range ce genre de tumeur dans le type épithélial. La description particulièrement claire qu'il en donne est bien faite pour faire adopter cette manière de voir.

M. Broca décrit les affections chirurgicales de la peau et du tissu cellulaire. C'est la première fois qu'on voit traiter, dans un volume de chirurgie, le lupus; cette lacune persistante a été heureusement comblée ici.

Le tome Ier se termine par l'histoire des maladies des lymphatiques, des muscles, des tendons, des synoviales et des nerfs. Elle est tracée par M. Lejars : c'est dire tout le soin patient et toute l'exactitude des descriptions. Cette étude difficile est devenue sous sa plume de lecture facile.

II

Le tome II comprend : les lésions chirurgicales des nerfs, par M. Lejars ; les maladies du système artériel, par M. Michaux ; les maladies des veines, par M. Quénu ; les lésions traumatiques des os, par M. Ricard ; et les lésions spontanées des os, par M. Poncet (de Lyon).

Nous retrouvons dans l'article de M. Lejars les qualités qu'il a montrées dans le premier volume : même exactitude, même style facile et clair.

M. Michaux a pu utiliser de récents travaux sur la plupart des chapitres qu'il avait à traiter. Le mémoire de Delbet, sur les anévrysmes externes, forme nécessairement le fond de ses conclusions. A ce sujet, il n'est pas inutile de remarquer de quel poids inutile se sont chargées les descriptions, quand elles ont énuméré la série des anciens traitements, quand surtout elles en ont fait la critique. L'anévrysme, plus que toute autre tumeur, prête à cette réflexion. Les anciennes pratiques dirigées contre lui sont à peine énumérées par M. Michaux : un temps viendra où on pourra renvoyer à l'historique la plupart d'entre elles.

Les maladies des veines donnent à M. Quénu l'occasion d'écrire un bien intéressant chapitre, l'un des plus complets du volume. On a voulu lui reprocher d'être trop personnel : c'est un bien beau défaut dans la circonstance. On sait les travaux de M. Quénu sur les varices, et ceux qu'il a publiés avec M. Malassez sur l'anatomie pathologique de l'anévrysme artério-veineux.

M. Ricard a bien voulu accepter le chapitre des fractures, bien long, bien ingrat, bien délaissé aujourd'hui. Chacun sait pourtant de quelle utilité serait l'exacte connaissance de la pathologie osseuse et son application aux cas particuliers. Les interventions hardies absorbent toute l'attention, et les cas ne se comptent plus de fractures mal réduites, mal traitées et qu'on est obligé de reprendre en sous-œuvre, alors qu'il eût été si facile de faire, dès le premier jour, un diagnostic exact, et l'application d'un traitement approprié. M. Ricard a fait en conscience son œuvre, multipliant les figures, et soignant tout particulièrement le point le plus important : le traitement.

Le livre se termine par l'étude des diverses ostéites. L'École de Lyon, à qui revient une si large part dans ce que nous savons de chirurgie osseuse, est ici représentée par M. Poncet. En quelques pages de texte précis la question se trouve exposée, assez largement toutefois pour qu'il y ait place pour les plus récents travaux. C'est une œuvre de mise au point du plus grand intérêt : on se plaît à admirer combien cette question, difficile et obscure jusqu'ici, a bénéficié des idées modernes et des études bactériologiques.

III

Le troisième volume s'ouvre par une excellente étude due à la plume de M. Poncet, sur les tumeurs des os. L'auteur résume à grands traits les principaux chapitres, s'attachant à créer pour les tumeurs osseuses le même cadre que pour les tumeurs en général. C'est donc une simplification des notions précédemment admises, partant, une plus grande somme de clarté dans une question autrefois embrouillée comme à plaisir.

M. Nélaton nous préparait de longue main, nous le savions tous, une magistrale étude des luxations. Il y consacre 200 pages, avec un luxe de figures tout à fait inusité dans les ouvrages où semblable question est traitée. Outre ce soin de l'auteur, si apprécié de tous, on remarque dans ses descriptions une tendance voulue à montrer avant tout le côté anatomo-pathologique des traumatismes articulaires, et, sous ce rapport, le *Traité de chirurgie* est de beaucoup l'ouvrage le plus complet que nous ayons. Si on ajoute que les détails anatomiques règlent le traitement, et jusqu'aux différents temps de la réduction, on aura suffisamment justifié le soin particulier de l'auteur, qui s'arrête à dessein sur ce chapitre spécial. Outre les luxations, M. Nélaton étudie encore l'entorse en général, et les entorses, en particulier, qu'on est bien aise de voir réunies ici, et non renvoyées aux maladies des membres : entorse du coude, du genou (avec quelques lignes sur l'hémarthrose), etc.

L'étude des affections articulaires se poursuit, partagée entre MM. Lagrange et Quénu.

M. Lagrange traite « Des lésions infectieuses et inflammatoires des articulations ». Il passe donc en revue les arthrites tuberculeuses, syphilitiques, blennorrhagiques, celles consécutives aux fièvres éruptives, etc. Cette simple énumération indique l'importance de ce travail, où se montre une fois de plus la large érudition du jeune chirurgien de Bordeaux.

Le chapitre suivant est des plus intéressants, en ce qu'il fait paraître pour la première fois, dans un volume de chirurgie, certains faits relevant jusqu'ici de la pathologie interne, telles sont les arthropathies de l'hystérie, quelques points des lésions articulaires consécutives aux affections cérébrales. M. Quénu, qui avait à traiter ce chapitre nouveau, nous montre ce qu'on peut considérer comme acquis, et le vaste champ qui reste encore ouvert aux recherches ultérieures. Les quelques pages écrites par M. Quénu se terminent par un exposé très complet de ce que nous savons sur l'arthrite sèche et les corps étrangers articulaires : ces pages comptent parmi les plus agréables à lire.

L'étude des régions commence par l'exposé des lésions traumatiques du crâne, avec un chapitre sur les tumeurs, et quelques mots de la topographie cranio-cérébrale. M. Gérard Marchant, que nous sommes heureux de retrouver ici, s'est acquitté de sa tâche avec sa conscience habituelle, ne se contentant pas d'un exposé sommaire, mais écrivant ses meilleures pages sur les notions générales qui mènent le plus sûrement au diagnostic des affections craniennes.

Ce volume se termine par un exposé de la chirurgie rachidienne, dû à un auteur que ses travaux antérieurs et le genre particulier de ses études actuelles réclamaient pour cette tâche : M. Kirmisson. On retrouve ici, mais avec les développements voulus, nombre de questions déjà traitées par lui dans ses cliniques à l'Hôtel-Dieu. On ne saurait trop louer son soin constant de rendre claires certaines pathogénies réputées obscures, et d'exposer en langage précis des idées, souvent personnelles, sur la nécessité et la forme du traitement à appliquer.

IV

Le quatrième volume se fait remarquer à première vue par le grand nombre de figures qui accompagnent le texte ; la première partie seule, qui traite de l'ophthalmologie, en contient autant

que l'un quelconque des volumes précédents. C'est assez dire le soin que M. Delens a mis à rendre de lecture facile et profitable cette partie délicate et toute spéciale de la chirurgie. Cette étude de 570 pages sur les maladies de l'œil et de ses annexes (orbite, muscles, appareil lacrymal, etc.) se lit avec facilité, sans fatigue. Figures multipliées, détails sur les procédés opératoires, questions de traitement toujours très soignées, tout contribue à rendre attrayante cette étude de l'œil, considérée ordinairement comme d'abord difficile. Une réflexion s'impose après la lecture de ces pages; c'est la nécessité, pour l'étude de l'ophthalmologie, d'un cadre aussi étendu que celui qui lui est offert par le *Traité de chirurgie*. Ici les questions sont exposées avec les développements nécessaires; ailleurs, elles ne peuvent qu'être ébauchées, et le volume n'est plus qu'un memento d'examen.

M. Delens commence par la physique oculaire. Cette étude de la réfraction, de sa mesure, suivie des différentes méthodes d'examen de l'œil, est faite au point de vue essentiellement pratique. C'est l'entrée en matière obligée des maladies de l'organe, et la clarté du style en facilite singulièrement l'intelligence. Le chapitre des conjonctivites est particulièrement soigné. La cataracte a fourni à l'auteur l'occasion d'écrire une très intéressante page sur l'anatomie et la physiologie pathologiques des affections du cristallin. Les procédés de restauration des paupières paraissent avoir été, de la part de l'auteur, l'objet d'un soin spécial; tous les procédés s'y trouvent, accompagnés de figures qui permettent au texte de rester concis. Après un chapitre sur le strabisme, où les méthodes les plus récentes trouvent leur place (avancement capsulé de De Wecker, procédé de Parinaud), M. Delens termine son véritable traité d'ophthalmologie par une étude des tumeurs de l'orbite où tous les développements sont donnés en ce qui concerne particulièrement ce point délicat : le diagnostic.

Pareille méthode a été suivie par le M. professeur Duplay, à qui appartenait de droit le chapitre traitant des maladies de l'oreille. Examen de l'oreille, cathétérisme de la trompe par un procédé mixte préféré par l'auteur, exploration du tympan, de l'état de la fonction auditive, autant de points sobrement traités en vingt pages qui tiennent lieu d'introduction. Les affections de l'oreille sont traitées d'une façon telle qu'un compte rendu est chose mal aisée à faire. L'auteur, en effet, donne à chaque page sa note personnelle, le fruit de sa propre expérience, et sème les conseils pratiques, la plupart originaux, au cours des descriptions. Citons les *inflammations de l'oreille moyenne*, les complications du côté des organes avoisinants, un très intéressant chapitre sur les *symptômes communs à un grand nombre de maladies de l'oreille*, etc. Mais, il faut le répéter, l'analyse n'est pas à faire; la lecture de ces pages s'impose, pour la rectification d'erreurs accréditées et la connaissance d'une foule de notions nouvelles.

M. Gérard-Marchant, qui étudie « Le nez, le pharynx nasal, les sinus », débute par une introduction anatomique courte, mais suffisante. Suit un chapitre sur l'instrumentation et l'exploration nasales, avec une revue sommaire des principaux moyens de traitement mis en usage. La partie pathologique est généralement considérée comme d'une étude ingrate en bien des points. L'auteur a su la rendre de lecture facile. A noter une excellente page sur les différents procédés de rhinoplastie, une autre sur la syphilis du nez, un exposé très complet du traitement chirurgical des fibromes naso-pharyngiens. Cette dernière partie se termine par l'étude des maladies du sinus maxillaire, et l'*abcès du sinus*, en particulier, est très complètement traité. Il faut savoir gré à l'auteur de la qualité maîtresse de son style, la clarté; c'est elle qui lui a déjà valu les suffrages de tous, dans le troisième volume du même *Traité de chirurgie*.

ARROU.

La neurasthénie, maladie de Beard (1),
par le docteur Fernand LEVILLAIN.

Nous avons donné récemment une Revue générale qui a pu montrer à nos lecteurs, beaucoup mieux que ne le pourrait faire une courte analyse, l'importance et l'intérêt de la neurasthénie. Élève de la Salpêtrière, M. Levillain publie une étude très complète sur cette névropathie. Il a contrôlé par des observations journalières les descriptions premières de Beard et des autres auteurs, il a recueilli chaque jour l'enseignement de M. Charcot; aussi son histoire de la neurasthénie est-elle aussi documentée qu'intéressante. Elle est d'agréable lecture. Elle est précédée d'une préface de M. Charcot qui présente le livre au public, et suivie d'une notice thérapeutique dans laquelle M. Vigouroux expose les bons effets de l'électricité statique dans le traitement de cette neurose. Nous recommandons l'ouvrage de M. Levillain à ceux qu'intéresse la question si importante, si curieuse et si nouvelle de la neurasthénie.

(1) In-18. Prix : 4 francs. — Paris, Maloine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Regimbeau, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des vieillards, en remplacement de M. Mossé, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy*. — M. Vautrin, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques, en remplacement de M. Schmitt.

— *Faculté de médecine de Toulouse*. — M. le professeur Caubet est nommé doyen de ladite Faculté.

— *Muséum*. — M. le professeur Rouget est autorisé à se faire suppléer par M. Gréhant, aide naturaliste.

— M. le docteur Berthelot, médecin du lycée Condorcet (petit lycée), est nommé médecin du lycée Condorcet, en remplacement de M. Brémond, décédé.

M. le docteur Humbert, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé médecin du lycée Condorcet (petit lycée), en remplacement de M. Berthelot.

— La neuvième conférence transformiste aura lieu à la Société d'anthropologie, le jeudi 28 mai 1891, à quatre heures de l'après-midi.

M. le docteur Fauvelle, trésorier de la Société, traitera « Des transformations du règne végétal ».

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alavoine (de Landerneau); Blum (de Rosheim); Chimiat (de Vigeois); Denouette (du Havre); Dhers (de Castanet); Feigneaux (de Bruxelles); Jean Jacob (de Sarreguemines); Lochmann (de Christiania).

Annuaire de thérapeutique (troisième année, 1890), précédé d'une introduction sur les progrès de la thérapeutique en 1890, par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin. 1 vol. in-16 de 360 p., cartonné. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Andral. Mouvements associés dans la paralysie faciale. — Médecine pratique. Action diurétique du calomel; — Mélancolie spéciale aux délinquants prévenus ou condamnés. — Thérapeutique. Traitement de l'insomnie. — Académie de Médecine. — Variétés. Souvenirs d'Algérie : Les oiseaux. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été fort courte, M. le président ayant appelé plusieurs orateurs, étrangers à l'Académie, qui se sont tous trouvés absents. A ce propos, quelques discrètes protestations se sont élevées, et, à l'avenir, les confrères qui se seront fait inscrire feront bien de se trouver là à l'appel de leurs noms.

M. Le Fort paraît avoir très heureusement résumé toutes les propositions et tous les vœux émis par l'Académie dans le cours de cette interminable discussion sur les causes de la dépopulation, en demandant simplement une loi sur la protection de la santé publique. Cela simplifierait bien des choses au point de vue de l'application des mesures sanitaires, sur l'opportunité desquelles tout le monde est aujourd'hui d'accord.

La lecture faite dans la dernière séance par M. Gariel, sur la transparence des tumeurs, nous a valu une nouvelle communication sur le même sujet de la part de M. Poncet. L'éminent chirurgien de Lyon, qui avait déjà appelé l'attention de l'Académie, en 1886, sur cette question, est venu apporter de nouveaux faits à l'appui de son premier travail. Il résulte de ces faits que la translucidité des tumeurs n'a qu'une valeur diagnostique très relative.

Nous avons ensuite entendu un rapport de M. Rochard sur une note lue par M. Hache (de Beyrouth) et relative à quatre cas d'abcès du foie traités par l'incision franche. M. le rapporteur approuve complètement la conduite tenue par M. Hache dans ces cas, et on peut dire que c'est aujourd'hui le traitement classique des abcès du foie.

Après avoir élu M. Crié (de Rennes) membre correspondant national dans la quatrième division, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Javal.

M. le président a annoncé la mort de M. Bonnafont, membre correspondant, ancien chirurgien des armées.

HOPITAL ANDRAL. — M. Debove.

Mouvements associés dans la paralysie faciale.

Par M. Ch. Achard.

Un malade, que nous avons observé, il y a quelque temps, dans le service de notre maître M. le professeur Debove, offrait, d'une façon vraiment remarquable par son intensité, le phénomène des mouvements associés dans une paralysie de la face (1). L'apparition de ces mouvements associés, ou syncinésies, dans le cours des paralysies de la septième paire, parvenues à une certaine période de leur évolution, est un fait bien connu. Toutefois, ils n'ont été que bien rarement l'objet de recherches spéciales. Un mémoire de Hitzig, en 1872, est le travail le plus important qui leur ait été consacré; encore ne les vise-t-il pas exclusivement, car il porte en même temps sur les contractures tardives qui suivent les paralysies (2). Plus récemment. E. Remak, dans une communication faite à la Société de médecine de Berlin, les a de nouveau étudiés, mais surtout au point de vue thérapeutique (3).

Les mouvements associés s'observent principalement dans les paralysies faciales graves, à la période où les fonctions du nerf commencent à se rétablir. Quelquefois même (Hitzig en cite deux exemples), leur apparition précède de quelques jours celle des contractions volontaires dans les muscles paralysés. En général, ils consistent d'abord en une déviation de la bouche qui se produit lorsque le sujet fronce le sourcil ou ferme les paupières : la commissure labiale s'élève alors du côté malade. Puis la contraction de l'orbiculaire des lèvres s'accompagne à son tour de l'occlusion de l'orbiculaire palpébral du côté paralysé. Les muscles zygomatique, élévateur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, orbiculaire des lèvres, triangulaire du menton, associent leurs contractions à celles du frontal, du sourcilier et de l'orbiculaire palpébral. Les mouvements des lèvres, tels que ceux qu'on observe dans l'acte de manger, amènent simultanément le rétrécissement de la fente palpébrale en donnant lieu à des mouvements asso-

(1) M. Debove a fait une communication sur ce malade à la Société médicale des hôpitaux.

(2) Ed. Hitzig. Ueber die Auffassung einiger Anomalien der Muskelinnervation, *Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, 1872, Bd. III, pp. 312 et 601.

(3) E. Remak. Zur Pathologie und Therapie localisirter Muskelkraempfe, *Berlin. Klin. Wochens.*, 23 mai 1881, p. 289.

ciés de l'orbiculaire des paupières. Hitzig a rapporté à des syncinésies du muscle de l'étrier une sensation subjective de l'ouïe, celle d'un son grave, qui survenait pendant la contraction du muscle frontal (1).

Les mouvements associés ne se limitent pas toujours au domaine du nerf paralysé. Bien qu'ils restent prédominants dans ce dernier, ils peuvent se manifester aussi du côté opposé ou même, mais plus rarement, dans des territoires nerveux plus éloignés encore.

Fait intéressant à noter, ces mouvements anormaux ne surviennent pas seulement à l'occasion des incitations motrices de la volonté : ils se montrent également lorsqu'une excitation réflexe vient mettre en jeu les contractions musculaires qu'ils ont coutume d'accompagner. C'est ainsi, comme l'a fait remarquer Hitzig, que l'irritation du trijumeau et même des excitations optiques peuvent les provoquer.

Chacun sait qu'à l'état normal l'approche d'un objet porté rapidement au-devant de l'œil est aussitôt suivie d'un réflexe de clignement. Or, dans la paralysie faciale, cette contraction réflexe de l'orbiculaire palpébral peut s'accompagner de contractions associées, survenant dans les divers muscles de la face. Et il convient de remarquer que ces mouvements surajoutés sont des mouvements sans but, ce qui les distingue absolument de certains réflexes, autres que le clignement, qu'on observe parfois dans les mêmes circonstances chez des sujets atteints d'une paralysie de la septième paire. Il peut arriver en effet que, l'orbiculaire paralysé étant incapable de se contracter, le clignement ne se produise pas à l'approche d'un corps étranger, et qu'il survienne en son lieu et place un mouvement de totalité par lequel la tête se rejette brusquement en arrière. Mais ce mouvement de la tête, quoique purement réflexe et involontaire, répond à un objet bien défini : il supplée au réflexe de clignement devenu impossible; c'est un mouvement utile, un véritable mouvement de défense. Au contraire, les mouvements associés proprement dits, qui accompagnent les contractions réflexes de clignement, sont tout à fait dépourvus d'utilité : ils sont vraiment pathologiques.

Les quelques traits que nous venons d'indiquer suffisent à définir les caractères essentiels des mouvements associés. Il était indispensable de donner une idée sommaire de ces phénomènes avant de procéder à leur étude chez le malade dont nous allons maintenant rapporter l'histoire.

Cet homme, âgé de quarante-cinq ans, est atteint d'une paralysie faciale du côté droit, de cause traumatique. Il y a dix ans, il fut renversé par un cheval dont il reçut un coup de pied sur le visage. Le traumatisme fut intense; le malade demeura dix-sept jours privé de connaissance et en proie au délire. Il avait de larges plaies sur le côté droit de la face; on lui fit des sutures, on le pansa pendant plusieurs mois et, à diverses reprises, de petites esquilles furent retirées des plaies. Il reste encore aujourd'hui des traces très apparentes de ces grands délabrements : on voit des cicatrices étendues sur la joue droite et sur le nez. Quant à la paralysie, elle se reconnaît sans peine à une asymétrie des plus frappantes et qui porte surtout sur la partie inférieure du masque facial. Ainsi les rides du front sont égales des deux côtés, il en est de même des fentes palpébrales, et les mouvements des paupières se font bien. Mais au-dessous de l'œil, toute la partie inférieure de la face est déformée du côté droit. La fente buccale est diminuée et la bouche semble pincée; la commissure labiale est tombante et plus rapprochée de la ligne médiane; la narine correspondante est affaissée et rétrécie. Tout paraît se borner à une paralysie des filets terminaux de la septième paire. On ne constate aucun signe indiquant une lésion du facial dans son trajet à travers le rocher : il n'y a pas de déviation de la langue, ni de la luette. La sensibilité n'est pas altérée. L'exploration électrique montre que la réaction de dégénérescence existe dans les muscles de la partie inférieure de la face.

Il s'agit donc d'une paralysie de la septième paire, produite par une lésion traumatique qui a surtout intéressé la branche inférieure. Cette paralysie est de date ancienne et se traduit encore aujourd'hui par une déformation très accentuée de la face, même à l'état de repos. Nous n'insistons pas plus longuement sur cette déformation qui est d'ordre tout à fait banal. Mais voici qui mérite davantage de fixer notre attention. Si le malade se met à parler, on remarque immédiatement une particularité inattendue : les yeux se ferment aussitôt et restent fermés tant que les lèvres se contractent. Cette occlusion des paupières survient encore dans les diverses expressions de la physionomie qui exigent des contractions des lèvres, par exemple dans le rire. Cependant, par une bizarrerie difficilement explicable, le malade peut lire à haute voix sans fermer les yeux. Les mouvements de la mâchoire inférieure n'entraînent pas l'occlusion des paupières : ainsi le malade peut ouvrir la bouche toute grande et faire des mouvements de mastication sans qu'on observe autre chose que quelques clignements d'yeux. Mais il importe de rappeler que ces mouvements de la mâchoire sont sous la dépendance de la branche motrice du trijumeau et non pas du facial. De même, la langue peut être tirée directement en avant sans que l'orbiculaire palpébral se contracte. Mais si le malade la porte latéralement avec un peu de force, mouvement qui nécessite des contractions des lèvres, c'est-à-dire l'intervention du facial, on voit survenir aussitôt une occlusion passagère des yeux, une sorte de clignement prolongé, qui marque le début de ce mouvement des lèvres.

Jusqu'ici nous avons vu les contractions musculaires, qui dépendent de la branche inférieure du facial, provoquer des contractions dans les muscles innervés par la branche supérieure. Réciproquement les mouvements qui relèvent de la branche inférieure. Lorsque le malade veut fermer les yeux avec force, aussitôt se produit une contraction dans la joue paralysée : le sillon génio-labial se creuse et la commissure correspondante des lèvres s'élève en se portant en dehors. Si l'on approche brusquement le doigt de l'œil, le clignement réflexe qui survient alors s'accompagne de ces mêmes contractions et celles-ci s'observent à la fois des deux côtés, mais avec une prédominance marquée du côté de la paralysie.

Enfin, dans le territoire de la même branche supérieure du facial, la contraction des muscles frontal et sourcilier ne peut avoir lieu sans entraîner celle de l'orbiculaire palpébral, en sorte que le malade est incapable de froncer le sourcil sans fermer les yeux.

Tous ces mouvements associés qui s'observent chez cet homme présentent bien les caractères habituels des synci-

(1) Ed. Hitzig. Beitraege zur Kenntniss der peripheren Laehmung des Facialis, *Berlin. Klin. Wochens.*, 11 janvier 1869, p. 18.

nésies, tels que nous les avons indiqués plus haut. Ils se passent surtout, comme c'est la règle, dans les muscles qu'innerve le facial paralysé, mais se montrent aussi, d'une façon atténuée, dans le nerf symétrique. Seulement chez ce malade, ils sont remarquables par leur intensité vraiment exceptionnelle : il ne s'agit pas comme à l'ordinaire de simples clignements des paupières, mais d'un mouvement soutenu, d'une véritable occlusion des yeux.

Si la constatation des mouvements associés ne comporte aucune difficulté, si le diagnostic en est simple, on n'en peut dire autant de l'interprétation qui leur convient. Hitzig attribue ces phénomènes à l'excitabilité anormale dont seraient doués les noyaux d'origine du nerf facial. Mais l'auteur allemand lie cette théorie des mouvements associés à celle des contractures post-hémiplégiques. D'après lui, ces contractures seraient dues à des mouvements associés excessifs, provoqués par les moindres mouvements volontaires qu'exécute le côté sain. Or, cette théorie des contractures secondaires est généralement rejetée. Elle s'accorde mal avec la persistance d'un certain état de raideur pendant le repos complet; elle ne se concilie pas non plus avec l'apparition tardive des contractures, qui surviennent longtemps après le début de la paralysie, au moment où se constituent dans la moelle les dégénérations secondaires. Mais, en dégageant de cette théorie générale ce qui a trait aux contractures, peut-on du moins accepter l'interprétation de Hitzig pour le cas particulier qui nous occupe, pour les mouvements associés de la paralysie faciale? Peut-on admettre qu'ils sont dus à l'excitabilité anormale des noyaux d'origine de la septième paire?

Il est difficile de concevoir par quel mécanisme se produirait cet accroissement d'excitabilité. On ne peut évidemment faire intervenir un état comparable à l'exagération du pouvoir réflexe qui s'observe dans les centres médullaires à la suite de la suppression de l'action cérébrale, car il s'agit ici d'une paralysie périphérique et les communications sont parfaitement libres entre l'écorce cérébrale et les noyaux d'origine de la septième paire, auxquels appartiendrait cet excitabilité excessive. Il n'est pas non plus possible d'invoquer une lésion centripète, transmise aux parties centrales par le nerf blessé, suivant une interprétation semblable à celle qui rend compte de certains phénomènes de paralysie spasmodique avec amyotrophie, consécutifs aux affections articulaires. Ici, en effet, les voies centripètes, par l'intermédiaire desquelles la lésion périphérique peut retentir sur la moelle, n'ont point d'analogues, puisqu'il s'agit du facial, c'est-à-dire d'un nerf essentiellement moteur.

En somme, on ne conçoit guère comment se produirait cette excitabilité morbide des centres bulbaires du facial. Il est assurément plus simple, sans invoquer une propriété pathologique, d'admettre, comme le fait M. Debove, que l'excitation élaborée par ces organes centraux, suivant un mode tout à fait physiologique, est seulement plus forte que dans les conditions normales. Ce surcroît d'excitation motrice est exigé par la gêne qu'apporte à la transmission la lésion du nerf conducteur. Mais ce que l'incitation gagne alors en intensité, elle le perd en précision, selon une loi générale qui régit les mouvements physiologiques. De là, résultent les mouvements associés, car ce défaut de précision a pour conséquence la mise en jeu simultanée de plusieurs muscles appartenant au même territoire nerveux. C'est d'ailleurs un fait d'observation vulgaire qu'à l'état normal, dans bien des actes, lorsqu'un muscle se contracte avec force, il y a une tendance à la production de mouvements associés. L'action énergique de la volonté sur les muscles antagonistes, l'habitude, l'exercice, sont nécessaires pour triompher de cette tendance : ainsi les joueurs de piano connaissent bien la difficulté qu'ils éprouvent au début pour acquérir l'indépendance des mouvements de certains doigts.

Mais l'intervention de la volonté n'est nullement indispensable pour fournir le supplément d'incitation motrice qui permet de surmonter l'obstacle apporté à la conduction. Cette impulsion supplémentaire survient aussi d'une façon purement réflexe : nous avons vu, par exemple, les contractions des muscles des lèvres s'associer au réflexe de clignement. En pareil cas, les centres nerveux, sollicités par une excitation périphérique, ont spontanément réglé, d'après la résistance à vaincre, l'impulsion motrice nécessaire pour que le clignement eût lieu. Cette impulsion, devant être plus forte qu'à l'état normal, n'a pu se limiter au seul orbiculaire palpébral et s'est en même temps étendue à d'autres muscles.

C'est aussi en dehors de la volonté, par l'influence d'une impulsion centrale exagérée, qu'apparaît, lorsque la paralysie a rendu le clignement impossible, ce réflexe dont nous avons déjà parlé pour le distinguer soigneusement des mouvements associés proprement dits, et qui consiste dans le renversement de la tête en arrière. Ce mouvement, plus compliqué que le simple clignement, est, par rapport à lui, un réflexe supérieur, c'est en quelque sorte un réflexe de réserve, qui exige une incitation plus énergique. Bien que la volonté n'intervienne ici en aucune manière, le système nerveux n'en fournit pas moins, par le simple jeu de l'action réflexe, ce supplément d'incitation qui lui permet de remplir son rôle protecteur et de remplacer le mouvement habituel, devenu impossible, par un autre tout aussi efficace. Ainsi la théorie que nous venons de développer nous paraît expliquer, d'une manière également satisfaisante, les divers ordres de mouvements anormaux qu'on peut observer dans la paralysie faciale : les syncinésies et les réflexes supplémentaires.

Pour résumer cette pathogénie, nous pensons que les mouvements associés sont dus aux impulsions excessives qu'émettent les noyaux d'origine du nerf paralysé, en vertu de cette faculté que possède notre système nerveux de proportionner ses excitations à la résistance que rencontrent sur leur trajet les impulsions motrices. Cette excitation forte est incapable de produire un effet aussi précis qu'une excitation faible, car elle ne se localise pas avec autant d'exactitude à un petit groupe de cellules motrices, et diffuse plus facilement dans les groupes voisins. C'est précisément cette diffusion qui donne lieu à des mouvements surajoutés, d'abord dans le territoire du même nerf, puis dans celui du nerf symétrique, suivant le sens général des irradiations nerveuses établi par les lois de Pflüger (1).

(1) Le malade ayant succombé à des accidents de néphrite chronique, nous avons pu constater l'intégrité des centres nerveux. La portion intracranienne du nerf facial ne présentait aucune trace de névrite et les noyaux d'origine des nerfs faciaux n'étaient le siège d'aucune altération histologique.

MÉDECINE PRATIQUE

Action diurétique du calomel. — On sait que Jendrassik (de Budapest) a remis en honneur le calomel comme diurétique. Il est, à ce titre, beaucoup plus employé à l'étranger qu'en France. Dans un récent travail, ce même auteur passe en revue les résultats obtenus de divers côtés, et il fait connaître de nouvelles observations personnelles.

Le triomphe du calomel ce sont, dit-il, les mauvais jours des maladies du cœur, lorsque les autres agents diurétiques restent sans action. Dans certains cas, ce médicament, administré à des intervalles variables, a réellement maintenu en vie des malades qui, sans lui, eussent succombé. C'est ainsi qu'une femme a survécu pendant cinq ans; chaque année, elle faisait de quinze à vingt cures mercurielles. Un homme, atteint d'une insuffisance aortique, entrait de temps en temps à l'hôpital pour suivre une cure, dans l'intervalle il menait une existence assez active. Une fois on dut le ponctionner pour de l'ascite et lui enlever 12 litres de liquide; son urine contenait une notable quantité d'albumine. Une femme, soignée par Jordan, prit en vingt-trois cures, et avec succès, une quantité totale de 107gr5 de calomel.

Voici comment il convient d'administrer le calomel dans un but diurétique. Il faut en donner, en vingt-quatre heures, 80 centigrammes à 1 gramme, par doses de 10 centigrammes. Le plus souvent il suffit de le donner ainsi un seul jour; plus rarement il faut en continuer l'usage pendant deux jours. Ce n'est qu'à titre tout à fait exceptionnel qu'il faut continuer pendant plus de deux jours. Il faut, du reste, suspendre l'administration du médicament lorsque la diurèse cherchée a été obtenue.

En agissant ainsi, on évite à peu près sûrement la stomatite qui a pu prendre, dans certains cas, des allures graves. Il ne faut pas donner de calomel de cette façon à des malades que l'on ne peut pas surveiller directement et journellement. Il faut, d'autre part, ordonner les soins de propreté de la bouche, qui sont toujours de mise dans la prophylaxie de la stomatite mercurielle.

Mélancolie spéciale aux délinquants prévenus ou condamnés. — M. le docteur Charpentier, médecin de Bicêtre, résume de la manière suivante le travail qu'il vient de publier sur ce sujet dans les *Annales médico-psychologiques*.

« Il y a lieu d'admettre chez certains prévenus ou condamnés une mélancolie spéciale, non antérieure au délit commis et sans rapport avec ce délit, liée intimement à la crainte des effets de la condamnation.

Cette mélancolie consiste dans un mélange d'éléments vrais : crainte, tristesse, désespoir; et d'éléments surajoutés : irritation et confusion intellectuelle pouvant tendre vers la mélancolie suicide.

Elle s'associe d'ordinaire à une faiblesse du sens moral et à de la fourberie.

Elle disparaît rapidement, dès que le sujet a des raisons d'espérer sa mise en liberté.

La relation intime entre son amélioration et l'espoir de liberté et, au contraire, entre son aggravation et la privation de cet espoir, explique les guérisons promptes et les rechutes de cette mélancolie.

Ces rechutes rendent compte des contradictions apparentes entre le médecin qui examine le sujet dans la prison et celui qui l'examine dans un asile spécial.

Elle ne devrait pas être considérée comme un élément d'atténuation de la peine.

Les malades, qui guérissent de cet état mélancolique survenu dans ces circonstances, terminent souvent par la manie raisonnante, conservent ordinairement de la haine pour les institutions sociales de leur pays, et une grande tendance aux idées révolutionnaires. »

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'insomnie.

Par M. le docteur Laugrandet.

Parmi les médicaments usités en thérapeutique, il n'en est pas qui intéressent plus directement le médecin que les sédatifs et les hypnotiques. Par leur influence spéciale sur le système nerveux dont ils modifient, diminuent ou suspendent momentanément les fonctions, ils permettent de calmer la douleur, d'engourdir la sensibilité et d'assoupir l'économie. Le nombre de ces médicaments est considérable, et les services qu'ils rendent ne sont plus à démontrer; mais presque tous, lorsqu'on les administre isolément, présentent des inconvénients souvent assez sérieux pour faire reculer devant leur emploi. Il nous suffira de rappeler à ce propos l'affaiblissement intellectuel, la constipation, la diminution des sécrétions provoquées par l'opium; les nausées et le goût désagréable inhérents au chloral, etc.

Ces inconvénients peuvent être évités si l'on a soin d'employer, non pas tel ou tel de ces médicaments, mais un mélange dans lequel la somme d'action sédatrice, due à chaque substance en présence, est suffisante pour obtenir l'effet désiré, alors que la faible quantité de chacune d'elles est insuffisante pour provoquer les accidents que l'on a tout intérêt à éviter.

L'un des mélanges qui paraît le mieux répondre au desideratum que nous venons de signaler, est certainement celui que l'on désigne sous le nom de *Bromidia*, et qui contient, pour chaque cuillerée à café, 1 gramme de chloral pur et 1 gramme de bromure de potassium, 1 centigramme d'extrait de chanvre indien et 1 centigramme d'extrait de jusquiame.

D'une façon générale, le Bromidia convient toutes les fois que l'on doit recourir aux calmants et aux sédatifs, mais il est certaines circonstances spéciales où ce médicament est particulièrement indiqué.

En premier lieu, nous devons citer l'insomnie : le Bromidia a été essayé contre les diverses espèces d'insomnie; les résultats obtenus sous ce rapport sont tels que cette substance peut être placée en tête des agents hypnotiques. Notons d'abord son innocuité absolue; toutes les observations prises sur des malades signalent, en effet, ce fait qu'il laisse l'appétit intact, et quand on a dormi sous son influence, on n'éprouve pas au réveil cet empâtement de la bouche et cette torpeur intellectuelle qui suivent d'ordinaire le sommeil morphinique.

Quant à son efficacité, elle est démontrée également par de nombreuses observations prises sur des malades chez lesquels la privation de sommeil était liée aux causes les plus diverses.

C'est, d'abord, dans les cas d'insomnie dite nerveuse, que l'on pourrait également appeler l'insomnie essentielle, parce qu'elle existe sans lésion apparente; c'est l'insomnie que développent surtout les chagrins, les excès de veille, l'abus des travaux de l'esprit, en un mot l'insomnie des neurasthéniques. Les observations de Darby, professeur de thérapeutique au collège médical de Cleveland; de Davenport, professeur de gynécologie à Boston; de Scott, de O'Sullivan, de Kerry, de Em. Muller (de Strasbourg), Thomson (d'Édimbourg), M. Édouard Bourdel (de Vierzon), M. V. Mège (de Toulon), M. Chaper (de Grenoble), Augustin Flint (de New-York), démontrent que le Bromidia a procuré, aux malades qui en ont fait usage, un sommeil réparateur qu'ils n'avaient pu obtenir avec aucun autre hypnotique.

Les mêmes observations ont été faites dans les insomnies pathologiques et, en particulier, dans celles qui accompagnent si souvent l'aliénation mentale, le delirium tremens, les fièvres accompagnées de délire et les névralgies de tout ordre. Nous pouvons signaler sous ce rapport les observations démonstratives de MM. P. Gassin (de Marseille), B. Dore (de Bessière), Girard (de Montret), Roubaud (de Paris), Henry Davy (de Dublin), Leslie Philipp (de Birmingham), Bertier (d'Aix-les-Bains).

Le témoignage de ces excellents praticiens américains, anglais

et français, nous montre que le Bromidia est le meilleur calmant et hypnotique que la médecine ait à sa disposition.

Signalons, en terminant, que le Bromidia peut également agir comme calmant dans certaines névroses aiguës et en particulier dans le tétanos. Les docteurs Reyburn et A. W. Taniel ont publié à ce propos, devant la Société médicale de Washington, un rapport sur un cas de tétanos qui est particulièrement instructif. Le malade, un mulâtre de quatorze ans, s'était enfoncé en juillet un clou dans le pied. Il guérit de la plaie ainsi produite, mais, en août, apparurent les premiers symptômes du tétanos : raideur des mâchoires, contractions des muscles du dos, du tronc, de l'abdomen et des extrémités. Le développement rapide de ces symptômes paraissant indiquer un tétanos grave, on soumit le malade à l'isolement et au repos complet, et on lui administra du Bromidia de façon à le tenir tout le temps dans un état de demi-narcotisme, avec relâchement complet de tous ses muscles. Au bout d'un mois, pendant lequel le malade absorba 450 grammes du médicament, la contracture des muscles diminua peu à peu et le malade guérit.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mai 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un pli cacheté sur les accidents fébriles post-opératoires de l'uréthrotomie interne, adressé par M. Horteloup (de Paris), accepté ;

2° Une note sur les inhalations d'air ozonisé, par M. Pigeon (de Fourchambault) ;

3° Une note de M. Gellie (de Bordeaux) sur le traitement de la grippe par le sulfate de quinine.

DÉPOPULATION DE LA FRANCE

M. Le Fort fait observer que, le plus souvent, l'application des mesures hygiéniques se heurte à des résistances individuelles ou à des intérêts privés. Ces mesures, pour être appliquées, devraient avoir pour elles l'autorité de la loi. Or, en France, il n'existe pas de loi générale sur l'hygiène et la police sanitaire. D'autre part, les comités d'hygiène ne sont pas chargés de veiller à l'exécution des mesures hygiéniques ayant reçu une consécration légale. En Angleterre et en Allemagne il y a des lois sanitaires et des autorités spéciales chargées de veiller à leur exécution. L'expérience a montré les bienfaits de cette organisation en ce qui concerne la protection de la santé publique.

En conséquence, M. Le Fort propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant :

1° Que le gouvernement présente au parlement un projet de loi sur la protection de la santé publique ;

2° Que des agents spéciaux, relevant de la direction de la santé publique, soient chargés de veiller à l'application des lois sanitaires et d'en poursuivre, en cas de besoin, l'exécution devant les tribunaux.

(Cette conclusion est renvoyée à l'examen de la commission.)

COMMUNICATION

De la transparence des tumeurs solides. — M. Poncet (de Lyon) rappelle avoir, en janvier 1886, fait à l'Académie une communication sur la translucidité de quelques tumeurs solides. Cette question ayant été remise à l'ordre du jour par M. Gariel, M. Poncet apporte de nouvelles observations.

Il a noté parfois la translucidité pour des lipomes de la main, de l'avant-bras, du pli de l'aine, lipomes pouvant être facilement délimités. Il a constaté les mêmes particularités pour les chondromes du squelette de la main, ainsi que pour certains chondromes des parties molles. Il a observé, le plus souvent, la même translucidité pour des synovites tuberculeuses, soit que le contenu fût à grains riziformes, soit qu'il fût constitué par des fongosités, sans qu'il y eût dans la poche une goutte de liquide. Il en est de même de certains kystes dermoïdes à contenu solide.

En résumé, la translucidité des tumeurs ne saurait permettre d'affirmer la nature de leur contenu. C'est un élément de diagnostic d'une valeur relative. Dans les tumeurs liquides, la translucidité ne saurait permettre de préjuger les caractères du liquide ; il peut être plus ou moins épais, plus ou moins coloré par du sang, et cependant la tumeur laisse passer la lumière.

La transparence de la tumeur paraît, dans ces cas, subordonnée à son volume et à l'épaisseur des couches que doit traverser la lumière.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant national, dans la quatrième division.

M. Crié (de Rennes) est élu par 46 voix sur 60 votants.

RAPPORT

Traitement chirurgical des abcès du foie. — M. Rochard fait un rapport sur une communication de M. Hache (de Beyrouth) relative à quatre cas d'abcès du foie traités par l'incision franche. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 778.)

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'Algérie : Les oiseaux (1).

Par M. le docteur Badour,

Médecin principal de première classe.

V

J'ai parlé ailleurs de l'espiègle moineau dans des termes que je suis heureux de maintenir par ferme conviction et aussi par amour de l'échantillon que je possède depuis plus de dix ans. (En est-il un qu'on gâte davantage?)

J'ai dit que le moineau, si granivore qu'il soit, n'obérera jamais le budget agricole; que ce qu'il aime surtout, c'est la petite bête, l'araignée, le moustique, le hanneton vorace. Mais je n'ai pas tout dit; et voici que l'adage de mes premières lignes derechef est au bout de ma plume.

A l'état privé et tout à la fois libre, le moineau a un inconvénient, dont avec de l'observation et de la patience on évite quelques-unes des multiples répétitions; et je veux là-dessus vous conter quelque chose. Seulement je me demande comment m'y prendre pour ne pas choquer les bienséances.

Il y a vent et vent, n'est-ce pas? comme il y a fagot et fagot : c'est une différence de degré ou de qualité.

Ainsi, il y a le vent qui souffle la tempête (*fugant inductas flamina nubes*), déracine les arbres et soulève la mer (*spirant procellæ*). Il y a la brise qui enfle agréablement les voiles (*tumidoque inflatur carbasus austro*), et courbe sans secousse la cime des végétaux. Il y a le tourbillon qui mugit (*et terras turbine perflant venti*) ou roule les feuilles dans la poussière du chemin. Il y a le doux zéphyr qui fait frissonner l'herbe et rafraîchit la tête (*et levis impulsos retro dabat aura capillos*).

Il y a le coulis qui siffle dans les fentes ou meurtrit l'œil indiscrètement aposté au trou d'une serrure; et le vent auquel le *Menteur* envoie les dames et les amours, et le vent de la haine, et le vent des faveurs.

Et puis, ô nonnes et maçons, ne me contrediriez-vous pas, si

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 541.

je bornais en ce point mon énumération? Et toi, moineau chéri, trouveras-tu mauvais d'être ainsi mis en cause?

Le soir, quand tout est calme et que depuis quelques heures il a gagné son gîte, on s'inquiète de savoir s'il a quelque désir. D'habitude sa réponse est affirmative. On le prend, il s'étire, se livre à ses ébats et, entre temps, à des satisfactions d'un ordre plus intime.

C'est alors que de nos oreilles nous l'avons entendu, bel et bien entendu (tant pis pour Rabelais!) *latinè pedentem* à la barbe de son maître, sans égard pour les cheveux blancs de sa belle maîtresse.

Je n'essaierai pas de noter ce bruit. Contentez-vous d'apprendre qu'il est fin, délicat, et que, si j'avais à le traduire, ce serait par la syllabe *fi* que je prolongerais moelleusement avec des *i* bien liés et mourant insensiblement.

VI

Et, pour ne plus m'attarder dans cette intéressante famille de passereaux où se mêlent confusément tant d'autres bons sujets, je passe à la *cigogne*, dont je n'ai dit qu'un mot et qui en vaut bien plus.

Est-il besoin de la dépeindre, et ne savez-vous pas que, si elle tire l'œil par des couleurs éclatantes, elle est presque grotesque au point de vue des formes?

Voyez-la, le matin, quand, perchée sur son nid, elle parle aux petits en claquements de bec, ou quand elle est à terre, marchant à pas comptés; quelle majesté bête! En l'air, heureusement, elle prend sa revanche; volant à tire d'ailes ou planant en circuits, elle ressemble, avec ses pattes allongées, à une croix qui ne manque pas d'élégance. Le *labarum* de Constantin devait être une cigogne.

Mais son trait caractéristique, c'est qu'elle est une excellente et utile personne. Le superstitieux respect qui la protège en fait l'hôte des cités entourées de marécages. Son abri le plus sûr contre les rapacités du ciel et de la terre, n'est-il pas, en effet, où sa nichée se défend toute seule?

Jadis, à Strasbourg, du haut des tours de la cathédrale, le regard qui plongeait sur les toitures sombres s'arrêtait curieux sur les blanches couvées.

En Algérie, nous les voyons toujours à l'angle des terrasses et sur les mosquées mêmes.

Car partout, y toucher est presque un sacrilège, et seuls, des enfants mal appris, inconscients, osent les profaner.

Une cigogne qui rapportait du marais la pâture des petits, fut un jour tracassée par de vilains gamins (des Arabes, s'il vous plaît), à qui mon intervention inattendue fit bientôt lâcher prise. La pauvre bête, qui s'était violemment débattue, vint, affolée et malade, s'abattre près de moi et elle rendit gorge.

Oui, elle eut un haut le cœur, et vous n'imaginez pas le tas de criquets et autres bestioles qui s'amassa en un instant sur la terrasse où j'étais.

Voilà encore un agent sanitaire, destructeur d'êtres nuisibles, qu'il faudrait retrouver, s'il se perdait jamais. N'y aura-t-il pas toujours des marais, des bas-fonds ou des plaines humides?

Quand tout y pullule, c'est-à-dire en janvier, la cigogne revient; quand tout s'y dessèche et s'y fissure, c'est-à-dire en juillet, la cigogne s'en va. Et cette émigration n'est pas le fait de la chaleur même; c'est la disette de vivres qui la commande, comme inversement le froid qui tue les moucherons, fait partir l'hirondelle.

Il tombe donc bien que nous aimions la cigogne et lui donnions asile, malgré quelques accidents d'une congruité douteuse ou quelques échappées de proies encore vivantes, couleuvres ou lézards.

Eh bien! ce qu'il y a de bizarre et ce qui prouve bien que les instincts ne sont pas tous raisonnables, c'est qu'une autre bête, aussi inoffensive et aussi utile que la précédente, est l'objet d'un culte contraire, s'il est permis de qualifier ainsi l'habitude de la sacrifier.

Avez-vous jamais traversé un village sans en trouver un exemplaire cloué par les ailes étendues à une porte de grange? Et vous êtes-vous demandé quelle fantaisie préside à cette malsaine exhibition? Pourquoi cette fin misérable? Pourquoi cette lente putréfaction et ce hideux dessèchement? Cela a d'abord l'air d'un crucifiement, ensuite d'un gibet, si un clou fait défaut. Alors des plumes salies, rebroussées, tiennent visqueusement à des restes informes, et votre répugnance n'est dépassée que par votre commisération.

Qu'a-t-elle fait, la *chouette*, pour être ainsi traitée? Est-ce que son soufflement dans les trous de murailles vous a incommodés? Mais c'est un bruit distrayant dans le silence des promenades crépusculaires. Quand vous l'entendez passer comme un velours dans l'air, en quoi son ululement est-il d'un augure sinistre? Et qu'a-t-elle à gémir quand elle cherche sa proie?

La pire des trois Parques en fit son interprète; la prudente Minerve en orna ses statues. A quoi riment ces symboles?

La chouette, jolie bête au plumage doux et soyeux, aux gros yeux à larges prunelles qui regardent en face, à l'air calme et bonasse, a évidemment le tort de travailler dans l'ombre et d'habiter les murs déserts qui toujours inspirent de la crainte.

Mais cela justifie-t-il l'antipathie que l'homme sottement lui témoigne? Cause-t-elle quelque tort? et, au contraire, ne rend-elle pas de grands services aux champs en détruisant une foule de petits rongeurs et d'insectes nuisibles?

Elle est à la nuit ce que la cigogne est au jour. Au lieu de la proscrire, il serait donc sage de la laisser tranquille et même de favoriser sa multiplication.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours, pour cinq places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille, s'ouvrira le 3 août 1891, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos le 27 juillet prochain.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Marmonier père (de Domène). Ancien médecin militaire, après les plus honorables services en Afrique, notre confrère était rentré au pays natal où il a exercé pendant quarante-sept ans avec la plus grande distinction. L'année dernière une fête intime réunissait le docteur Marmonier et deux femmes : sur l'une, il avait pratiqué, il y a quarante ans, la transfusion, et l'autre avait généreusement donné son sang.

M. le docteur Marmonier laisse un fils qui, médecin militaire lui-même, a pris pour sujet de sa thèse : « La transfusion ». Cette thèse, couronnée par la Faculté de médecine de Montpellier, fut soutenue en présence de notre regretté confrère, et donna lieu à une manifestation des plus touchantes.

— M. le docteur Auguste Voisin reprendra, à l'hospice de la Salpêtrière, ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 31 mai, à dix heures du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 63. — SAMEDI 30 MAI 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 30 MAI 1891. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Technique opératoire des gastrectomies pour cancers, par M. JONNESCO, prosecteur provisoire à la Faculté de Paris, ancien interne, lauréat des hôpitaux et de l'Académie de médecine. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

REVUE GÉNÉRALE

Technique opératoire des gastrectomies pour cancer (1).

Par M. JONNESCO,
Prosecteur provisoire à la Faculté de Paris, ancien interne, lauréat des hôpitaux et de l'Académie de médecine.

III

Quatrième temps. Pylorectomie; excision du pylore cancéreux. — Une fois la tumeur sortie du ventre et isolée de la paroi abdominale, comme nous l'avons dit, on procédera à l'extirpation du pylore. Mais avant d'inciser l'estomac et le duodénum, il faut assurer par un moyen quelconque l'occlusion parfaite des deux organes, de façon que leur contenu ne puisse par sortir et infecter le champ opératoire. Donc deux temps : occlusion des lumières et excision de la tumeur. Étudions-les séparément :

A. *Occlusion des lumières.* — Voyons d'abord quels sont les moyens dont on dispose, nous ferons ensuite notre choix.

1° *Occlusion manuelle.* — Employée par Gussenbauer et Winiwarter (2) et par Kaiser dans leurs pylorectomies expérimentales, et par M. Péan sur l'homme, elle a été vulgarisée et soutenue par Billroth. Deux aides, un pour l'estomac, l'autre pour le duodénum, ferment la cavité correspondante en comprimant entre le pouce et l'index des deux mains les parois de l'organe, près du point où doit passer l'incision. Quelquefois, un seul aide peut suffire pour l'occlusion des deux lumières (si l'estomac n'est pas trop ectasié).

2° *Occlusion instrumentale.* — Plusieurs instruments ont été préconisés, nous décrirons les plus usités :

a. *Compresseur de Gussenbauer.* — C'est un instrument analogue à l'entérotome de Dupuytren, dont les branches sont recouvertes d'une couche de gomme élastique. On en applique un sur chaque organe : estomac et duodénum. Billroth (1) s'en est servi une fois, William Stokes (2) a employé aussi l'entérotome de Dupuytren à branches recouvertes de tubes de caoutchouc.

b. *Compresseur élastique ou clamp de Wehr-Rydygier.* — Employé par Victor Wehr (3) dans ses expériences et par Rydygier (4) dans sa première résection pylorique, ce compresseur se compose de deux tiges de fer plates, longues de 13 à 15 centimètres, larges de trois quarts de centimètre, présentant aux deux extrémités des échancrures profondes pour recevoir le fil qui doit les appliquer l'une contre l'autre. Au moment de s'en servir on les recouvre de tubes de caoutchouc antiseptiques, de 2 centimètres plus courts que les tiges, de façon que les extrémités de ces dernières puissent les dépasser. On les applique de la façon suivante : on commence par l'estomac, une tige est placée sur la paroi postérieure de l'organe, puis on place la deuxième sur la paroi antérieure. Les extrémités libres des tiges, débordant l'estomac par en haut et par en bas, sont reliées ensemble avec un fil de soie, ou mieux encore avec un anneau ou un fil de caoutchouc, on serre les fils de façon à obtenir une pression suffisante. On place ensuite et de la même manière le compresseur duodénal. Les deux compresseurs doivent être appliqués à 1 centimètre et demi au delà de la tumeur. Ordinairement on peut les placer ainsi sans avoir besoin de détacher les épiploons au delà des limites de la tumeur. Dans les cas où cela est difficile, il ne faut pas quand même détacher les épiploons plus loin, on appliquera les tiges sur les épiploons, et leurs extrémités seront réunies par le fil conduit à travers les épiploons. De cette façon, le compresseur se trouve fixé aux liens péritonéaux de l'estomac et du duodénum, et on sera mieux garanti contre la possibilité de les voir glisser et lâcher les parois qu'ils doivent comprimer.

c. *Compresseur de Czerny.* — Czerny se sert, pour l'occlusion stomacale seulement, de deux tubes en verre recouverts de tubes de caoutchouc, et liés à leurs extrémités par du fil de soie.

d. *Pinces à pression.* — Lücke (5) a employé pour l'occlusion de l'estomac des pinces à branches parallèles recouvertes de

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 553.
(2) GUSSENBAUER et WINIWARTER. *Langenbeck's Archiv.*, 1876, Bd. XIX, Heft. 3, p. 347.

(1) VON HACKER. Loc. cit., p. 21 (Obs. VIII).
(2) W. STOKES. *Brit. Med. Journ.*, 3 mai 1890, p. 997.
(3) V. WEHR. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1882, Bd. XVIII, p. 93.
(4) RYDYGIER. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1881, Bd. XIV, Heft. 3 et 4, p. 252.
(5) LEDDERHOSE. Loc. cit., 1882.

drains. Randolph Winslow [de Baltimore (1)] ferme l'estomac avec des pinces à mors recouverts de caoutchouc. M. Reynier a obtenu l'occlusion avec des pinces à pédicule à mors garnis de caoutchouc : deux pinces circonscrivaient l'incision gastrique, deux autres la duodénale. La section fut faite ainsi entre les pinces correspondantes. Kocher (2) a élevé l'emploi des pinces à la hauteur d'une véritable méthode. Voici le *procédé de Kocher :* il circonscrit la tumeur avec deux longues pinces à pression, pour éviter l'issue du suc cancéreux qu'elle contient. Puis il applique sur l'estomac, un peu en dehors du point où doit passer l'incision, deux pinces : une pince à pédicule de Billroth comprime la partie supérieure de l'estomac à partir de la petite courbure jusque près de la grande, c'est-à-dire dans toute l'étendue où la plaie gastrique sera ultérieurement fermée; une pince plus petite est posée sur la grande courbure jusqu'à la rencontre de l'extrémité inférieure de la première. elle ferme ainsi la partie de la lumière gastrique qui est réservée pour l'insertion du duodénum. On ferme de la même façon, mais par une seule pince, la lumière du duodénum. Pourtant, pour ce dernier, Kocher emploie aussi d'autres procédés de fermeture dont nous parlerons plus loin. Donc, les incisions gastrique et duodénale sont faites entre les pinces fermant la lumière du pylore cancéreux et les pinces gastriques et duodénales.

3° *Occlusion par la ligature élastique ou non.* — La ligature, avec un *tube de caoutchouc*, proposée par Czerny, a été employée pour l'occlusion des deux lumières gastrique et duodénale par Hans Schmid [de Stettin (3)], et, pour celle du duodénum seulement, par H.-G. Rawdon [de Liverpool (4)]. La ligature avec un gros *fil de soie* antiseptique, proposée par Scheede (de Hambourg), a été employée pour l'occlusion du duodénum [Kocher (5), Scheede (6), Bardenheuer (7), Kitajewski (8), Billroth (9)]. Zanaboni [de Conegliano (10)] fit l'occlusion des deux lumières par la ligature avec une tresse de soie phéniquée. La ligature, avec une *bande de gaze iodoformée*, a été employée surtout par Billroth, dans ses dernières opérations (11), pour l'occlusion des deux lumières (trois fois) ou pour la duodénale seulement (quatre fois). Ses élèves, Wœlfler et von Eiselsberg, l'ont employée aussi.

4° *Procédé de Rydygier pour l'occlusion du duodénum.* — Dans un cas, devant la difficulté d'appliquer son compresseur sur le duodénum, Rydygier (12) ferma ce dernier par le procédé suivant. Au niveau de chaque bord du duodénum, en haut et en bas, il fait passer une anse de fil de soie à travers l'épiploon et la paroi intestinale. Les extrémités de chaque anse sont tirées en direction opposée, l'intestin est tendu dans le sens transversal, aplati d'avant en arrière et suffisamment fermé; de plus, cette traction s'oppose à ce que le duodénum se retire dans la cavité abdominale, comme cela arrive souvent.

Choix du procédé à employer. — *L'occlusion manuelle* présente quelques défauts, l'aide peut se fatiguer et la fermeture être incomplète; le contenu gastro-duodénal s'écoule et infecte le champ opératoire, et peut tomber même dans la cavité abdominale [Nicolaysen, de Christiania (1), Molitor, de Carlsruhe (2)]. Billroth a reconnu lui-même les imperfections de cette méthode, dans ses dernières opérations il lui a préféré l'occlusion par d'autres moyens, nous l'avons déjà dit. Le *clamp de Rydygier* est difficile à appliquer si l'estomac ou le duodénum ne peuvent pas être suffisamment attirés hors de l'abdomen. Rydygier l'a reconnu pour le duodénum. Il peut gêner l'opérateur pendant l'application des sutures. Baicoff (3) a été forcé de l'enlever pour pouvoir continuer l'opération. Il prédisposerait aussi à l'hémorrhagie des parois après leur suture; ces hémorrhagies secondaires sont comparables à celles qui se produisent après l'application de la bande d'Esmarch, et on peut être forcé, dans ces cas, d'enlever quelques points de suture pour arrêter l'hémorrhagie; on s'expose ainsi à la sortie possible du contenu gastro-duodénal et à l'infection de la plaie (Kocher). Aux *pinces*, on peut adresser le grand reproche de favoriser la gangrène des lèvres de la plaie et la désunion de la suture. Je dois dire pourtant que cet accident n'est signalé dans aucune observation; aussi me semble-t-il plutôt théorique. En somme, tous les moyens d'occlusion paraissent avoir leurs inconvénients. Faut-il pour cela les abandonner, et se contenter d'ouvrir la cavité gastrique, de la vider et de la nettoyer comme le fait Trendelenburg (4), par exemple? Je ne le crois pas. Je crois même qu'une occlusion très sévère a une grande importance. Aussi je pense qu'on pourrait l'obtenir de la façon suivante : de *chaque côté de la tumeur*, fermer sa cavité par des longues *pinces de Péan*, ces pinces seront fortement serrées, car à ce niveau on n'a besoin que d'une chose, d'une occlusion sévère; l'attrition, même très prononcée, des parois ne peut avoir aucun inconvénient, car les tissus comprimés seront enlevés avec la tumeur. Sur l'*estomac* on pourra se servir des mêmes pinces, mais à branches recouvertes de drains, ou simplement de gaze iodoformée; cette précaution sera suffisante pour rendre plus douce la compression exercée. Deux pinces de ce genre, une appliquée de haut en bas et comprenant la petite courbure, l'autre de bas en haut sur la grande courbure, seront suffisantes pour fermer complètement la lumière gastrique (je me suis assuré de ce fait sur des cadavres bien des fois). Quant au *duodénum*, toutes les fois que la chose sera possible, on fera avantageusement l'occlusion avec une pince comme pour l'estomac. Si on ne peut appliquer la pince, ce qui arrivera bien rarement, on le liera avec une tresse formée de 5 à 6 fils de soie; et on y ajoutera deux anses de fil de soie passées à travers les épiploons et les parois duodénales à la manière de Rydygier. Sur des cadavres, j'ai exécuté à plusieurs reprises cette occlusion duodénale; elle a toujours été parfaite, car on associe ainsi la ligature qui ferme complètement la lumière, aux moyens de traction et de fixation du duodénum à l'aide des anses passées à travers ses parois.

---

(1) R. Winslow. *The Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1884, t. LXXXVIII, p. 446.
(2) Kocher. *Centralbl. f. Chir.*, n° 45, et B. Streit. Loc. cit., 1888.
(3) H. Schmid. *Centralbl. f. Chir.*, 14 janvier 1890, n° 1, p. 18.
(4) H.-G. Rawdon. *The Lancet*, 12 avril 1890, p. 800.
(5) B. Streit. Loc. cit., 1888
(6) Scheede. *Centralbl. f. Chir.*, 1886, p. 221.
(7) Bardenheuer. *Die drainirung der Peritonealhœhle*, Stuttgard 1881.
(8) Kitajewski. *Centralbl. f. Chir.*, 1881, n° 49.
(9) Von Eiselsberg. Loc. cit., 1889.
(10) Zanaboni. *Raccoglitore medico*, 10 décembre 1883, p. 620.
(11) Von Eiselsberg. Loc. cit., 1889.
(12) Rydygier. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1885, Bd. XXI, p. 546.

(1) Nicolaysen. *Nord. Med. Arkiv.*, 1881, Bd. XIII, n° 27.
(2) Gutsch. *Langenbeck's Archiv?*, 1883, Bd. XXIX, Heft. 3.
(3) Baikoff. *Vratsch*, 1883. n° 8, p. 123.
(4) Th. Neitzert. Loc. cit., 1889.

Le procédé que je viens de recommander a la supériorité de la simplicité; il ne réclame aucun instrument spécial, quelquefois difficile à se procurer; de plus, on peut manier très facilement l'estomac et le duodénum, grâce aux poignées des pinces.

B. *Excision du pylore.* — Après avoir enlevé le pylore, on se trouve en présence de deux orifices de calibre différent qu'il s'agira d'aboucher ensemble. Si la différence de calibre n'est pas très grande on pourra arriver à les égaliser en agrandissant au moyen d'une incision très oblique l'orifice le plus petit. Mais d'ordinaire on sera forcé de diminuer l'orifice gastrique, et de l'amener au calibre du duodénum. On y arrivera en fermant dans une certaine étendue la plaie stomacale (*suture d'occlusion* ou de fermeture). Quelle est la partie de la lumière gastrique qu'on fermera et à quel endroit réservera-t-on l'orifice nécessaire à l'abouchement du duodénum? Dans quelques cas, le siège de ces lésions et leur étendue pourront commander la conduite à tenir. Mais, alors même, on n'oubliera pas qu'il faut chercher à donner à l'estomac une forme qui se rapproche le plus de la normale, et qu'il faudra aboucher le duodénum, là où le fonctionnement du nouveau pylore se trouvera le mieux assuré. Or, pour atteindre ce but, on a incisé l'estomac et le duodénum de diverses façons. Nous allons décrire les diverses incisions proposées, après quoi nous choisirons celle qui nous paraîtra la meilleure.

1° *Incision oblique ovalaire de Wehr* (1). — L'auteur a cherché à obtenir l'égalisation des deux orifices gastrique et duodénal, sans avoir recours à la fermeture d'une partie de la lumière gastrique. Il taille le duodénum très obliquement de haut en bas et de droite à gauche, et obtient un orifice duodénal de forme ovalaire terminé en bas par un long lambeau angulaire. La taille de l'estomac est faite ainsi, obliquement, dans le même sens, mais moins que celle du duodénum. Les deux calibres se trouvent égalisés de cette façon, et l'abouchement peut se faire, sans avoir besoin de diminuer l'orifice gastrique. Wœlfler (2) ne croit pas qu'on puisse obtenir de cette façon l'égalisation des lumières. Wehr lui fait observer qu'il ne propose son incision que dans les cas où la différence des calibres n'est pas au-dessus du double. Rydygier (3) la croit suffisante aussi dans les cas de différences peu considérables entre les deux orifices, après l'excision de tumeurs de petit volume.

2° *Incision verticale de Billroth.* — Section de l'estomac et du duodénum verticalement, fermeture de l'ouverture gastrique jusqu'à ce qu'elle ait le même diamètre que le duodénum. L'ouverture stomacale peut être fermée en haut ou en bas suivant qu'on veut insérer le duodénum en bas ou en haut. Cette incision est mauvaise, d'abord parce qu'elle ne rétablit pas la forme de l'estomac normal; ensuite, et surtout, parce que, si on insère le duodénum en haut, il reste au-dessous du nouvel orifice gastro-duodénal une poche, un cul-de-sac dans lequel les aliments s'accumulent et ont de la peine à pénétrer dans le duodénum, d'autant plus qu'il se produit, au niveau de la réunion gastro-duodénale, une coudure très prononcée. Billroth (4), après l'avoir employée deux fois, l'a complètement abandonnée. Nous n'en parlerons plus.

(1) V. Wehr. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1882, Bd. XVII, p. 93.
(2) Wœlfler. Loc. cit.
(3) Rydygier. *Volkmann's Sammlung*, 1882, n° 220, p. 1977.
(4) Wœlfler. Loc. cit., 1881.

3° *Incisions obliques.* — On en a proposé trois :

a. *Incision de Rydygier. Oblique-angulaire de l'estomac et verticale du duodénum.* — L'incision de l'estomac est faite suivant deux lignes : une oblique, l'autre verticale; en se rencontrant les deux lignes forment un angle obtus. L'orifice créé par l'incision oblique est fermé, celui répondant à la ligne verticale sert à l'abouchement du duodénum incisé, lui aussi, verticalement. La portion verticale de l'incision aura une étendue égale au calibre du duodénum, elle formera la partie supérieure ou inférieure de l'incision, suivant qu'on veut insérer le duodénum en haut ou en bas. Dans le premier cas, on commence l'incision à la grande courbure, on la fait de bas en haut et de gauche à droite, pour la terminer verticalement à la petite courbure. Par la première partie de l'incision, on a enlevé un lambeau en forme de V de la grande courbure, et après la suture des lèvres de la plaie, l'estomac conserve une forme qui se rapproche de la normale; le cul-de-sac qui existait après l'incision verticale ne se produit plus. Si le duodénum doit être inséré en bas, l'incision commence sur la petite courbure, et est dirigée de haut en bas et de gauche à droite, d'abord, verticalement ensuite. Le lambeau en V est enlevé sur la petite courbure; la forme de l'estomac, après occlusion de la plaie oblique, est très bonne. Ce procédé, communiqué par Rydygier au dixième Congrès de la Société allemande de chirurgie, le 8 avril 1881, ne fut employé par l'auteur qu'en 1883 (1).

b. *Incision de Billroth. Incision oblique directe de l'estomac et du duodénum.* — L'estomac et le duodénum sont incisés obliquement dans la même direction, variable suivant le point où l'on doit insérer le duodénum. Quand on doit l'insérer à la petite courbure, l'incision est dirigée sur l'estomac, de bas en haut et de gauche à droite : la partie inférieure de l'ouverture gastrique est fermée, la supérieure sert à l'insertion du duodénum incisé, lui aussi, obliquement dans la même direction, c'est-à-dire de bas en haut et de gauche à droite. Quand le duodénum doit être inséré à la grande courbure, l'incision gastrique est faite de haut en bas et de gauche à droite, la partie supérieure de l'ouverture gastrique sera fermée, l'inférieure réservée pour l'insertion du duodénum, sectionné obliquement dans la même direction. Cette incision oblique directe, employée par Billroth dans sa troisième opération, est décrite et défendue par Wœlfler (2).

c. *Incision de Wœlfler. Incision en ligne brisée de l'estomac, verticale du duodénum.* — L'incision stomacale présente une triple direction : oblique de haut en bas et de gauche à droite, verticale, et oblique de haut en bas, à la petite ou à la grande courbure, n'importe. Les deux incisions obliques situées, une en haut, l'autre en bas, sont séparées par l'incision verticale moyenne qui les réunit. L'incision verticale doit avoir l'étendue du calibre du duodénum, qui, incisé verticalement, sera inséré à ce niveau. Les deux parties obliques de l'incision sont égales, l'ouverture gastrique est fermée dans toute leur étendue. En somme, l'abouchement du duodénum est fait au centre même de l'ouverture gastrique, fermée en haut et en bas. Wœlfler (3) a préconisé et employé cette incision dans les cas de tumeur étendue sur

(1) Rydygier. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1885, Bd. XXI, p. 546.
(2) Wœlfler. Loc. cit.
(3) Wœlfler. Loc. cit.

les deux courbures en laissant intactes les parois de l'estomac comprises entre les deux courbures.

Choix de l'incision. — Nous avons exécuté sur le cadavre ces différentes incisions pour nous faire une idée exacte de chacune d'elles. L'*incision de Wehr* ne nous a permis une égalisation des lumières qu'alors que nous n'enlevions qu'une petite étendue de la région pylorique de l'estomac (5 à 6 centimètres); de plus, il n'est pas toujours facile de tailler le duodénum et l'estomac de façon à se correspondre sans tiraillement du duodénum. En somme, c'est une méthode d'exception, je dirai même plus, il vaut mieux ne pas la tenter. L'*incision verticale* n'a plus qu'un intérêt historique. L'*incision de Wœlfler* est loin d'être d'une exécution facile : il m'est arrivé, malgré toutes les précautions, de réserver pour l'insertion du duodénum un orifice trop petit ou trop grand; de plus, comme le fait remarquer Rydygier, la ligne de suture gastro-duodénale étant complètement isolée des liens épiploïques, et, par conséquent, des vaisseaux nourriciers, par le fait des deux incisions obliques qui la limitent en haut et en bas, il pourrait survenir une gangrène de la ligne de réunion. Aussi vaut-il mieux enlever le segment gastrique, intermédiaire aux deux courbures, et faire l'incision oblique avec insertion du duodénum en haut ou en bas. Mais si l'étendue de la tumeur ne permet pas la réunion gastro-duodénale, par cette dernière incision, je trouve plus simple de faire l'opération de Billroth : pylorectomie combinée à la gastro-entérostomie dont je parlerai plus loin. Des deux *incisions obliques*, c'est celle de Billroth, oblique directe, qui me semble d'une exécution plus facile. C'est elle que je recommande. Quant à savoir où il est préférable de fixer le duodénum, à la petite ou à la grande courbure, et, par conséquent, quelle direction il faut lui donner, je dirai, avec la grande majorité des opérateurs, que l'*incision de choix* est l'oblique de haut en bas et de gauche à droite, avec insertion du duodénum à la grande courbure. On la fera toutes les fois que les lésions seront également étendues sur les deux courbures, ou qu'elles prédomineront sur la petite. L'incision oblique de bas en haut et de gauche à droite, avec insertion du duodénum à la petite courbure, est un *procédé de nécessité*, auquel on aura recours si la tumeur s'étend plus sur la grande courbure. Je ne sais pas pourquoi certains chirurgiens, comme Trendelenburg (1), emploient de préférence ce dernier procédé, alors qu'avec le premier on obtient une *gastroplastie* véritablement parfaite.

Excision du pylore. — Une fois le choix de l'incision fait, il faut l'exécuter. D'abord, par où faut-il commencer, par le duodénum ou par l'estomac? Kocher (2) commence par le côté duodénal. Lauenstein (3) trouve que ce procédé a un double avantage : 1° dans les cas où l'occlusion instrumentale n'a pu être faite, on retirera le pylore malade de la cavité abdominale et, en le soulevant, on fera tomber le contenu stomacal vers le cardia; de cette façon il ne pourra plus s'écouler au dehors et infecter le champ opératoire; 2° s'il existe des adhérences profondes, en soulevant le pylore on les aura sous les yeux et, au lieu de les détruire à l'aveugle, comme on est obligé de le faire quand on opère sous la tumeur, tenant encore par ses deux extrémités au duodénum et à l'estomac, on verra ce qu'on fait. Billroth (1) agit de cette façon dans les cas de cancers étendus et surtout adhérents au pancréas. Nous dirons plus loin pourquoi nous croyons ce procédé inutile et même nuisible. La grande majorité des opérateurs commencent, au contraire, par l'incision de l'estomac. Mais son exécution varie suivant le mode d'occlusion employé. Tous les chirurgiens coupent l'estomac et le duodénum avec des longs ciseaux à pointes mousses : Rydygier, après avoir placé le compresseur gastrique obliquement à 1 centimètre et demi de la tumeur, coupe les deux parois de l'estomac à trois quarts de centimètre du compresseur, l'aide tourne en dehors l'estomac ainsi séparé avec le compresseur, au-dessus de la paroi abdominale, et en nettoye la lumière avec un tampon; puis il sectionne le duodénum de la même façon; arrête l'hémorrhagie des artères qui donnent dans l'épaisseur des parois sectionnées, en les liant au catgut. La muqueuse se rétractant moins que les autres couches des parois sectionnées, proémine au delà de ces dernières. Rydygier, dans ses premières opérations, réséquait les parties proéminentes des muqueuses au ras des lèvres de la plaie. Mais ultérieurement, il suivit les conseils de Reichel (2), ne réséqua plus les muqueuses, il les sutura ensemble, pour mieux protéger la ligne de suture contre l'action du contenu gastro-duodénal. »

Billroth saisit la tumeur avec une large pince de Museux, qu'il confie à un aide; puis il incise de plusieurs coups de ciseaux (deux ou trois) les deux parois gastriques, jusqu'à ce que la portion restante, non encore sectionnée, de l'estomac corresponde au calibre du duodénum (il commence toujours l'incision par la partie de l'estomac qui doit être fermée). Après chaque coup de ciseaux, il saisit tous les vaisseaux qui donnent (l'hémorrhagie est surtout abondante au niveau de la muqueuse) avec des pinces à verrous et les lie avec de la soie antiseptique. Ensuite il réunit les bords de la plaie stomacale (suture d'occlusion). Ceci fait, il coupe la portion restante, non encore sectionnée, des parois gastriques, ainsi que le duodénum qu'un aide est alors chargé de fixer. Si le duodénum a une certaine tendance à s'échapper, avant de compléter l'incision il le fixe par deux ou trois fils de soie passés à travers sa paroi antérieure. Puis il arrête l'hémorrhagie des parois intestinales coupées. Quelquefois il introduit dans la lumière duodénale une petite éponge; bien entendu si l'occlusion n'a pas été faite par une ligature à la soie ou avec une bande de gaze iodoformée. Dans les cas où la portion à réséquer est étendue, et qu'il faut exercer des tractions sur le duodénum pour l'amener en contact de la lumière gastrique, la tumeur, séparée complètement de l'estomac et seulement sur la moitié postérieure de sa périphérie du duodénum, lui sert de poignée pour amener celui-ci au contact de l'estomac. Ce n'est qu'après avoir réuni les deux organes par une suture séro-musculeuse interne, posée sur leur paroi postérieure, qu'il excise complètement la tumeur. Dans ces cas, il ferme à l'aide des pinces la lumière du pylore pour éviter l'écoulement du suc cancéreux, au cours de ces manœuvres. Baikoff (3) sépare la tumeur du duodénum par petites inci-

(1) Th. Neitzert. Loc. cit., 1889.
(2) Kocher. *Centralbl. f. Chir.*, 1883, n° 45, p. 713, et B. Streit. Loc. cit., 1888.
(3) Lauenstein. XIV° Congrès de la Société allemande de chirurgie, *Centralbl. f. Chir.*, 1885, supplément au n° 24, p. 68.

(1) Von Eiselsberg. Loc. cit., 1889.
(2) Reichel. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, Bd. XIX, Heft. 3 et 4.
(3) Baikoff. *Vratch*, 1883, n° 8, p. 123.

sions partielles, et chaque partie réparée de l'intestin est réunie à l'estomac.

Kocher (1) incise le duodénum d'abord, derrière la pince qui le ferme, de façon à enlever toute la partie de l'organe meurtrie par la compression; si la fermeture duodénale n'a pas été faite par le moyen de pinces, il incise le duodénum en dehors de la pince qui ferme le pylore, fait l'hémostase des parois et le lie avec un fil de soie. L'incision des parois gastriques est faite au ras des pinces qui ferment la cavité gastrique, sans se préoccuper de l'hémostase des parois, elle se trouve faite par les pinces restées en place. Cette section est faite d'abord le long de la grande pince qui ferme la partie de l'orifice gastrique devant être suturée. Ce n'est qu'en dernier lieu qu'il incise le reste de l'estomac.

Voici maintenant le procédé que nous recommandons. — On commence par séparer la tumeur de l'estomac. Inciser d'un seul trait, par deux ou trois coups de ciseaux, les parois gastriques, à 1 centimètre environ des pinces qui les compriment, en commençant de haut en bas ou de bas en haut, peu importe. Faire l'hémostase des lèvres gastriques de la plaie, par quelques ligatures sur les artères qui donnent. La tumeur isolée de l'estomac sera saisie et, par des tractions douces, on cherchera à amener le duodénum vers la plaie abdominale. Fermer le duodénum, comme je l'ai dit, à 1 centimètre de la pince qui ferme la lumière du pylore cancéreux de ce côté. Enfin, inciser les parois duodénales au ras de cette pince. Faire l'hémostase des parois duodénales sectionnées. Je crois qu'il ne faut pas commencer par la section du duodénum, parce que la tumeur, séparée de l'estomac, sert à attirer le duodénum à la plaie abdominale; cette poignée, dont Billroth se sert dans certains cas, me paraît toujours utile. Quant aux arguments donnés par Lauenstein, ils me paraissent peu importants. Si les adhérences profondes sont trop difficiles à détruire, la pylorectomie doit être abandonnée; dans les autres cas, on pourra les détruire sans aller à l'aveugle, en faisant basculer la tumeur, une fois séparée de l'estomac, sur le duodénum, on aura ainsi sous les yeux la face postérieure de la tumeur. Quant au refoulement du contenu gastrique vers le cardia, il sera inutile si on a employé l'occlusion par les pinces; en cas contraire, on pourra l'obtenir tout aussi bien après avoir séparé la tumeur de l'estomac.

Faut-il *vider et nettoyer la cavité gastrique* avant de commencer les sutures? Trendelenburg (2) fait une petite incision à la paroi antérieure de l'estomac, près de la grande courbure, fait sortir le contenu et lave la cavité gastrique. Ceux qui emploient l'occlusion manuelle, après avoir incisé l'estomac, lavent sa cavité à l'eau tiède (Billroth, Nicolaysen, Wœlfler) ou avec une solution salicylée (Berns). D'autres ont évacué l'estomac avec un trocart [Péan (3)] ou aspiré le contenu et nettoyé la cavité avec des éponges montées [Superno (4)]. Rydygier s'élève contre cette pratique qui lui paraît inutile et dangereuse. Inutile quand on a bien aseptisé l'estomac par des lavages préparatoires. Dangereuse, parce que quelques gouttes du liquide retiré de l'estomac peuvent tomber dans la cavité abdominale, pendant le lavage ou en s'égouttant des éponges employées

(1) B. Streit. Loc. cit, 1888.
(2) Th. Neitzert. Loc. cit., 1888.
(3) Péan. *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen*, Paris 1888, p. 517.
(4) Superno. *Raccoglitore medico*, 28 août 1883, n° 10, p. 167.

à nettoyer l'estomac. Du reste l'occlusion parfaite, par le moyen que nous recommandons, rend inutile l'évacuation et le nettoyage de l'estomac pendant l'opération. Nous en dirons autant du tamponnement du duodénum à la gaze iodoformée ou avec une éponge employée par quelques opérateurs (Kocher, Billroth).

Cinquième temps. Gastrorrhaphie et *gastro-duodénorrhaphie.* — Après avoir enlevé le pylore cancéreux, on doit diminuer l'orifice gastrique en suturant les deux parois dans une certaine étendue : *gastrorrhaphie* ou *suture d'occlusion*, et aboucher le duodénum à l'estomac : *gastro-duodénorrhaphie* ou *suture annulaire.* Par laquelle des deux sutures doit-on commencer? Si on emploie la suture interrompue, on commence par fermer l'estomac; si, au contraire, on a recours à la suture continue, on l'applique en même temps sur la suture d'occlusion et l'annulaire.

1° *Gastrorrhaphie.* — Ceux qui employent l'occlusion manuelle des lumières, comme Billroth, ferment l'estomac au fur et à mesure qu'ils l'incisent. Quand on a eu recours à l'occlusion instrumentale, compresseurs ou pinces, on ferme l'estomac, dans l'étendue voulue, après l'avoir complètement séparé de la tumeur, en réunissant la portion des parois qui dépasse l'instrument. Kocher (1) emploie un procédé spécial : derrière la grande pince, il applique une suture de Gely au catgut, puis enlève la pince et invagine la suture de Gely avec les bords écrasés de la plaie, et place par-dessus une double rangée de sutures de Lembert. De cette façon les portions écrasées (par la pince) des parois se trouvent à l'intérieur. Plus tard, Kocher remplaça la suture de Gely par la suture continue de Scheede (2). Lauenstein (3) dit avoir essayé ce procédé dans un cas de cancer pylorique étendu, mais comme l'estomac était peu ectasié et que ce procédé devait faire perdre, par le fait de la pince et de la suture de Gely appliquée derrière elle, un bord de 6 à 7 centimètres de paroi saine, il y renonça.

On a employé pour cette suture, tantôt la *suture interrompue* : une seule rangée de sutures de Lembert (Bardenheuer, Kitajewski, Richter, E. Hahn, Billroth, Caseli, Superno, Mazzuchelli, Ratimof, Mayland, Tansini); deux étages de sutures de Lembert (Trendelenburg); suture à deux étages de Czerny (Rydygier, Billroth, Wœlfler, Berns, Czerny, Mickulicz, Socin, Heinecke, Randolph Winslow, Maurer, Bartolini, Carle, Novaro, Stokes); suture en 8 de chiffre de Gussenbauer (Gussenbauer); suture en plusieurs étages (Saltzmann), — tantôt la *suture continue*, proposée par H. Tilllmans (4) pour abréger la durée de l'opération : une seule rangée séreuse (Rawdon); deux étages, un muqueux, l'autre musculo-séreux (Edgard Kurz); ou enfin trois étages : muqueux, musculo-séreux et séreux (Rydygier, Stokes). La *suture combinée*, suture continue (du pelletier) de la muqueuse interrompue de Czerny pour la musculeuse et la séreuse [Schramm (5)], a été faite aussi. Inutile de décrire ces différentes sutures, elles sont trop connues, on les emploie journellement dans la chirurgie intestinale. Quant à celle qu'on doit préférer, je crois que c'est la suture interrompue classique à deux étages de Czerny.

(1) Kocher. *Centralbl. f. Chir.*, 1883, n° 45, p. 713.
(2) B. Streit. Loc. cit., 1888.
(3) Lauenstein. XIVe Congrès de la Société allemande de chirurgie, *Centralbl. f. Chir.*, 1885, supplément du n° 24, p. 68.
(4) H. Tillmanns. *Berl. Klin. Wochens.*, 26 août 1882, n° 34, p. 520.
(5) Schramm. *Centralbl. f. Chir.*, 19 mars 1889, n° 12, p. 219.

2° *Gastro-duodénorrhaphie.* — Si, pour fermer l'estomac, on peut se contenter de la suture classique de Czerny, voire même de celle de Lembert appliquée à la façon ordinaire, il n'en est pas de même quand il s'agit de fixer le duodénum à l'estomac. Très souvent, cette réunion est longue, difficile à obtenir parfaite, aussi a-t-on proposé divers moyens pour y arriver. Nous rangerons en quatre classes les principales sutures employées : 1° la *suture interrompue ;* 2° la *suture continue ;* 3° la *suture mixte* ou *combinée ;* 4° la *suture à l'aide des plaques d'os décalcifiées.* Enfin nous y ajouterons un procédé de suture proposé, mais non encore exécuté.

a. *Suture interrompue.* — Le procédé le plus employé et le seul que nous décrirons, car les autres lui sont de beaucoup inférieurs, est la suture de Czerny modifiée et à laquelle on ajoute un troisième étage formé par la suture des muqueuses. L'application de la suture de Czerny sur les parois postérieures de l'estomac et du duodénum est difficile à obtenir ; il faut, en effet, tordre l'estomac et le duodénum, de façon à se présenter leurs faces postérieures ; la chose n'est pas toujours commode à faire, quelquefois même elle est impossible. Aussi a-t-on cherché un moyen plus simple pour appliquer les sutures à ce niveau. Au lieu de passer le fil et de le nouer à l'extérieur, on a trouvé plus commode de faire ceci par la cavité gastro-duodénale. On commence donc par suturer les parois postérieures gastro-duodénales, et cela en travaillant par en dedans, les fils sont passés de dedans en dehors et noués en dedans. Voici la première modification apportée à la suture classique de Czerny. De plus, pour avoir une réunion parfaite, on a conseillé de suturer aussi les muqueuses. Donc on ajoute un troisième étage à la suture à deux étages de Czerny. La première modification avait été déjà faite par M. Péan, par Wehr dans ses expériences et par Rydygier, dès sa première opération (1880) ; ce dernier fit même la suture des muqueuses. En somme, Rydygier avait déjà employé la suture à trois étages que nous décrirons plus bas. Pourtant, tout le mérite de ces modifications apportées à la suture de Czerny, pour l'adapter à la réunion gastro-duodénale, est attribué à Wœlfler. Aussi appelle-t-on cette suture ainsi modifiée : *suture interne de Wœlfler.* Je diviserai l'exécution de la suture gastro-duodénale à trois étages, en trois temps.

Premier temps : *Réunion des parois postérieures de l'estomac et du duodénum.* — On applique les points de suture en dedans. On commence par la rangée musculo-séreuse (rangée profonde de Czerny), on passe l'aiguille entre la muqueuse et la musculeuse stomacale, on traverse la musculeuse et la séreuse et on fait ressortir l'aiguille sur cette dernière à 1 centimètre de distance du bord de la plaie ; sur le duodénum, on traverse de nouveau la séreuse et la musculeuse, toujours à 1 centimètre de distance du bord de la plaie correspondante, puis on conduit l'aiguille à travers la musculeuse et la fait ressortir sur le bord de la plaie (duodénale) entre la musculeuse et la muqueuse. On noue les deux chefs du fil du côté de la lumière gastro-duodénale, et on les coupe au ras du nœud. On applique de cette façon un certain nombre de points de suture, réunissant les parois postérieures duodénale et gastrique ; c'est la rangée profonde de la suture de Czerny à fils noués en dedans. Ensuite on réunit dans la même étendue, et toujours en dedans, les lèvres des muqueuses : l'aiguille est passée de dedans en dehors et d'avant en arrière, à travers la muqueuse stomacale, et en sens inverse, à travers la duodénale ; les fils sont noués en dedans. De cette façon, la première rangée de suture se trouve recouverte en dedans et cachée par la suture muqueuse. Le premier temps est terminé, on a fait la suture dite *interne de Wœlfler.*

Deuxième temps : *Réunion des parois antérieures gastrique et duodénale.* — On fait d'abord la suture muqueuse ; le fil, passé d'abord à travers la muqueuse stomacale et ramené ensuite à travers la duodénale, sera noué à l'extérieur. Une fois cette première rangée de sutures faite, on applique pardessus elle une deuxième musculo-séreuse, c'est la rangée profonde de la suture de Czerny, faite, comme à l'ordinaire, avec les fils noués à l'extérieur.

Troisième temps : *Application d'une rangée circulaire de sutures séreuses de Lembert* ou étage superficiel de la suture de Czerny. Tout autour de la ligne de réunion gastro-duodénale, on fait un dernier étage de sutures purement séreuses. Enfin on a soin d'appliquer quelques points de suture supplémentaires à l'endroit de la rencontre de la suture annulaire, que nous venons de décrire, avec la suture d'occlusion qu'on a appliquée tout d'abord, pour fermer l'estomac, car ce point est un véritable lieu de moindre résistance de la suture.

En somme, après avoir accompli les trois temps indiqués, on a sur la ligne de réunion gastro-duodénale trois étages de sutures : 1° muqueux ; 2° musculo-séreux (rangée profonde de la suture de Czerny) ; 3° séreux (rangée superficielle de la suture de Czerny, sutures séreuses de Lembert).

Est-il utile de faire la suture à trois étages ? Wœlfler ne fait pas la rangée séreuse. William Stokes (1) prétend que la suture muqueuse allonge inutilement l'opération, les deux étages de Czerny suffisant. Pourtant, von Eiselsberg (2) nous montre qu'à la clinique de Billroth, toutes les fois que la suture à trois étages a été faite, les malades ont guéri.

b. *Suture continue.* — La suture interrompue demande toujours beaucoup de temps, car il faut appliquer souvent un grand nombre de points de suture [quelquefois plus de 100, Berg (3)]. Aussi a-t-on cherché, pour diminuer la durée de l'opération, facteur important dans les chances de succès, à remplacer la suture interrompue par la suture continue qu'on peut faire beaucoup plus vite. H. Tillmans la conseilla en 1882 ; depuis, Rydygier, Lauenstein, Kurz (de Florence) et d'autres l'ont employée. Nous décrirons deux procédés :

A. *Suture de Rydygier* (4) comporte les temps suivants : 1° *Suture musculo-séreuse des parois postérieures gastro-duodénales.* On la commence en haut pour l'arrêter à l'extrémité inférieure de cette paroi, on l'exécute par en dedans, de la même façon que dans la suture interrompue interne de Wœlfler, seulement par une suture continue. — 2° *Suture muqueuse circulaire et suture muqueuse d'occlusion.* On commence, par en dedans et de haut en bas, la suture des muqueuses gastro-duodénales dans l'étendue de la paroi postérieure, puis arrivé à l'extrémité inférieure de celle-ci, on continue la réunion des muqueuses sur la paroi antérieure, mais en dehors, on atteint le point de départ qui se trouve au niveau de la réunion des sutures annulaire et d'occlusion. On noue le fil de la suture muqueuse continue du pelletier avec une suture entortillée, pour le faire se continuer plus loin, et réunir les parois antérieure et pos-

(1) W. Stokes. *Brit. Med. Journ.*, 3 mai 1890, p. 997.
(2) Von Eiselsberg. *Loc. cit.*
(3) Berg. *Centralbl. f. Chir.*, 25 mai 1889, n° 41, p. 367.
(4) Rydygier. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1885, Bd. XXI.

térieure de l'estomac, sous forme d'étage muqueux de la suture d'occlusion. De cette façon, on a suturé en même temps les muqueuses duodénale et gastrique et celle des parois de ce dernier. Bien entendu, si la ligne d'occlusion de l'estomac se trouve en bas et le duodénum fixé en haut, on fera la suture muqueuse annulaire de bas en haut sur la paroi postérieure d'abord, pour la ramener de haut en bas, en avant, et aller rejoindre en bas la suture d'occlusion. — 3° *Suture musculo-séreuse sur la moitié antérieure de la suture annulaire et sur la suture d'occlusion.* Commencée là où l'on avait arrêté la suture analogue de la paroi postérieure, elle est continuée ensuite sur la moitié antérieure de la suture annulaire et sur l'estomac sous forme de deuxième étage de la suture d'occlusion. Bien entendu, cette suture est externe et faite d'une façon continue.— 4° *Sutures séreuses interrompues sur la partie postérieure de la suture annulaire* : cinq à six points aussi loin que possible, en arrière seulement. En somme, de cette façon, on suture en même temps le duodénum à l'estomac et on ferme l'estomac. De plus, la suture est à deux étages en avant et sur la suture d'occlusion : suture muqueuse et suture musculo-séreuse (répondant à la rangée profonde de la suture de Czerny). Trois étages en arrière, grâce aux quelques points séreux qu'on y applique.

2° *Suture de Edgard Kurz* [de Florence (1)]. — Elle ne comporte que deux rangées de sutures faites de la façon suivante : 1° réunion à partir de la grande courbure, et par en dedans, des surfaces séreuses des parois postérieures duodénale et stomacale, avec une suture de Lembert continue (au catgut) ; 2° avec la suture du pelletier (à la soie), en descendant vers la grande courbure, c'est-à-dire en direction opposée à la précédente, réunion des muqueuses des parois postérieures d'abord, et cela en dedans ; puis celle des parois antérieures (en dehors) ; enfin, en allant vers la petite courbure, on réunit par la même suture la muqueuse des parois gastriques : antérieure et postérieure (suture d'occlusion) ; 3° pour terminer, on applique la suture de Lembert continue (au catgut), c'est-à-dire la deuxième rangée de la suture d'occlusion et de la moitié antérieure de la suture annulaire. On la commence à la petite courbure, on la mène jusqu'à l'endroit où la suture d'occlusion se continue avec la suture de Lembert des parois postérieures. De là, elle réunit les surfaces séreuses des parois antérieures et va, sous forme de suture annulaire antérieure de Lembert, jusqu'à la grande courbure, où elle se rencontre avec le premier point de la suture annulaire postérieure de Lembert faite tout d'abord.

En somme, tandis que Rydygier fait trois étages de sutures, tout au moins en arrière : muqueuse, musculo-séreuse et séreuse, Kurz n'en fait que deux : muqueuse et séreuse.

Lauenstein (2) propose, dans l'application de la suture annulaire, d'interrompre la rangée de suture continue, au bord supérieur et inférieur, par une suture interrompue.

c. *Suture mixte.* — Czerny (3) combine la suture interrompue avec celle du pelletier. La première est employée pour faire la première rangée de suture ou profonde (musculo-séreuse) ; la deuxième rangée ou superficielle est faite par la suture du pelletier. Kocher (1) propose de renforcer sur quelques points la suture continue par des sutures interrompues. La réunion exacte serait faite par la première. Schramm (2) a employé aussi la suture du pelletier pour la réunion des muqueuses, la suture interrompue pour les deux autres étages : musculo-séreux et séreux.

d. *Suture par la méthode de Senn.* — Fred. B. Jessett [de Londres (3)] veut appliquer la suture intestinale de Senn (4) [de Philadelphie] à la gastro-duodénorrhaphie. Voici textuellement le procédé que l'auteur décrit dans une lettre adressée au *British Medical Journal* de 1888 : « On prépare deux anneaux d'os décalcifié de même grandeur, larges d'un quart de pouce et préparés d'après la méthode de Senn, avec trois ou quatre trous doubles séparés d'un pouce ; à travers ces trous, on passe des fils de soie antiseptique et noués de façon à former des anses en arrière. De longs fils de soie carbolisée, en nombre égal aux anses déjà fixées sur les plaques, seront noués sur ces anses. Chaque anneau ayant été adapté avec soin à la muqueuse correspondante, le long des lèvres de la plaie, les fils seront passés à travers toute l'épaisseur des parois stomacales et les bouts tournés en dehors. Les deux os recouverts par les parois stomacales seront juxtaposés avec soin. Les sutures correspondantes des deux os seront alors nouées, celle du centre d'abord, puis celle des extrémités et enfin les intermédiaires. L'extrémité gastrique qui devra servir à l'invagination sera entourée avec un anneau de caoutchouc très doux, anneau obtenu en réunissant les deux extrémités d'une bande de caoutchouc, au moyen de sutures au catgut. L'anneau devra avoir la longueur de la circonférence de l'orifice gastrique et large d'un quart de pouce. Le bord inférieur de l'anneau sera fixé par une suture continue au catgut aux lèvres de l'orifice gastrique, ce qui préviendra le renversement de la muqueuse. Alors quelques sutures au catgut carbolisé seront faites chacune avec deux boucles et seront passées de dedans en dehors, transperçant la portion supérieure de l'anneau (bord libre) de caoutchouc, toute l'épaisseur des parois gastriques, et à égale distance les unes des autres. Tout ceci, bien entendu, a suivi la séparation de la tumeur de l'estomac, premier temps de l'opération.

Ensuite le pylore cancéreux sera séparé du duodénum, et on procède à la réunion gastro-duodénale. Les bouts des fils de catgut qui traversent l'anneau de caoutchouc et l'estomac, seront alors passés à travers les tuniques : séreuse, musculaire et celluleuse du duodénum sur les points correspondants, à environ un tiers de pouce des lèvres de la plaie. Cela fait, un aide tirera également les deux bouts des anses ainsi formées, pendant que l'opérateur aide l'invagination en renversant les bords de l'extrémité du duodénum et en poussant doucement l'extrémité gastrique dans le duodénum. L'invagination une fois faite, les sutures de catgut seront nouées assez solidement pour prévenir la désinvagination si des vomissements survenaient. L'opération est terminée. On ferme le ventre et, après quelques jours, l'anneau de caoutchouc se détache, passe dans l'intestin et les os décalcifiés sont résorbés. »

(1) E. Kurz. *Deuts. Med. Wochens.*, 15 décembre 1887, n° 50, p. 1088.
(2) C. Lauenstein. XIVe Congrès de la Société allemande de chirurgie, *Centralbl. f. Chir.*, 1885, supplément au n° 24, p. 68.
(3) Czerny. Loc. cit., 1884.

(1) B. Streit. Loc. cit., 1888.
(2) Schramm. *Centralbl. f. Chir.*, 1887, n° 12, p. 219.
(3) F.-B. Jesset. *Brit. Med. Journ.*, 5 mai 1888, p. 984.
(4) Senn. *Ann. of Surgery*, 1888, vol. VII, p. 1 et suiv.

H.-G. Rawdon [de Liverpool (1)] employa, l'année dernière, dans une résection du pylore cancéreux, un procédé inspiré aussi de la méthode de Senn, mais beaucoup plus simple que le précédent. Le voici : la suture d'occlusion est faite par des sutures de Lembert, de la petite vers la grande courbure en s'arrêtant à un pouce de celle-ci. L'orifice ainsi réservé au niveau de la grande courbure permettrait l'introduction d'une plaque d'os décalcifiée. Cette plaque (préparée d'après Senn), munie de quatre anses de soie de Chine, est introduite par l'orifice, et trois des quatre anses passées à travers les parois de l'estomac, à un sixième de pouce de la section. Une deuxième plaque semblable fut introduite dans le duodénum et les quatre anses de soie passées à travers les parois de l'intestin, à une courte distance du bord excisé. Les deux plaques osseuses furent juxtaposées, tenues fermement en contact, tandis que chaque paire correspondante d'anses fut nouée en commençant par la plus basse. Les surfaces séreuses stomacale et duodénale étaient ainsi mises en contact immédiat. Les viscères furent épongés et replacés dans le ventre. Le malade guérit.

Je ne m'attarderai pas ni sur les reproches adressés à la méthode de Senn par Reichel (2) et Helferich (3), ni sur les modifications que Willy Sachs (4) lui apporte. Car les unes sont peu justifiées, et les autres peu importantes.

e. *Méthode de suture par invagination de W. Maunsell.* — A la deuxième session de l'*Intercolonial Medical Congress of Australasia*, tenu à Melbourne en 1889, Maunsell décrivit un procédé spécial de suture intestinale par invagination (5), applicable, d'après lui, à la résection du pylore. Le voici : les deux extrémités de l'intestin sont rapprochées par deux ligatures temporaires, une à l'insertion mésentérique, l'autre juste en face. A un pouce de la surface d'incision et parallèlement au grand axe de l'intestin, on ouvre celui-ci par une incision juste suffisante pour produire une invagination de l'intestin. On réussit alors facilement à tirer au dehors, par la fente, la portion inférieure (bout périphérique de l'intestin coupé), par invagination, dans le bout central de l'intestin. On applique circulairement la suture et, par suite, les nœuds se trouvent en dedans. Puis on réduit l'intestin ainsi sorti par la fente et on ferme cette dernière. S'il s'agit de suture du pylore, l'incision longitudinale (la fente) est faite sur la face antérieure de l'estomac.

Choix de la suture à employer. — Faut-il dire que du choix de la suture et de la manière dont on l'a appliquée, dépendra le plus souvent le succès de l'opération. C'est le point le plus délicat de l'acte opératoire. Aussi vais-je dire en quelques mots quel est le procédé qu'on doit préférer. C'est après les avoir répétés sur le cadavre que je suis arrivé aux conclusions suivantes. La suture continue se fait très vite, mais elle est d'une exécution plus difficile, et, de l'aveu de Rydygier lui-même, elle est moins sûre que l'interrompue. La suture interrompue à trois étages, telle que je l'ai décrite, demande beaucoup de temps à l'exécuter. Aussi je crois devoir proposer la suture *interrompue à deux étages :* muqueux et séro-musculaire, telle que la pratique Wœlfler ; de plus, on la renforcera par la *greffe épiploïque de Senn* (1) ; on recouvre de petits lambeaux d'épiploon complètement détachés, larges de un et demi à deux pouces et assez longs pour recouvrir complètement la suture circulaire, et on les fixe aux épiploons par des sutures au catgut. Cette greffe a été déjà employée dans la pylorectomie par le professeur Angerer [de Munich (2)] et par Meinhardt Schmidt [de Cuxhaven (3)]. Dans le premier cas avec succès ; dans le deuxième, elle ne put fermer complètement une petite ouverture laissée dans la ligne de suture, et qui provoqua une péritonite mortelle. La suture de Senn, la seule que je n'aie pas exécuté moi-même, me paraît un procédé merveilleux, rapide et sûr. Des deux méthodes proposées, c'est celle que Rawdon a employée, avec succès du reste, qui me paraît la plus simple et la plus rapide. Je crois, en somme, qu'elle deviendra la méthode de choix, si on peut se procurer les plaques d'os décalcifiées préparées à la manière de Senn.

(1) H.-G. Rawdon. *The Lancet*, 1890, p. 800.
(2) Reichel. *Munch. Med. Woch.*, 1890, n° 11.
(3) Heleerich. XIXe Congrès de la Société allemande de chirurgie, *Centralbl. f. Chir.*, 1890, supplément au n° 25, p. 56.
(4) W. Sachs. *Centralbl. f. Chir.*, 1890, n° 40, p. 753.
(5) Maunsell. *Centralbl. f. Chir.*, 1890, n° 46, p. 890.

Revision de la ligne de suture. — Une fois la suture faite, il faudra l'examiner avec soin pour en découvrir les points faibles et les renforcer par quelques points supplémentaires de Lembert. Mais quelquefois, malgré tous les soins apportés à cette revision, elle reste incomplète et un point faible peut échapper. C'est ce qui arriva à Meinhardt Schmidt dans un cas (4). Aussi ce chirurgien propose de vérifier l'herméticité de la suture par le procédé suivant : introduire par la bouche une sonde gastrique armée d'un ballon de caoutchouc ; enlever le compresseur gastrique ; comprimer la portion initiale du duodénum au delà de la ligne de suture ; insuffler de l'air dans l'estomac jusqu'à ce qu'il soit fortement dilaté et fermer ensuite le tube gastrique en haut. Si l'estomac, fortement ballonné, tend à se déprimer, c'est que la suture est imparfaite. On déterminera le siège de la perméabilité de la suture, en comprimant doucement l'estomac et en cherchant, en même temps, l'endroit par où l'air s'échappe, car il s'accompagne d'un sifflement et les lèvres du petit pertuis vibrent. Ce point trouvé, on laisse sortir l'air de l'estomac.

Matériel de suture. — On a employé tantôt le catgut seul (Rydygier, Kocher, Lauenstein, etc.), tantôt la soie phéniquée seule (Billroth, Czerny, Krœnlein, etc.), tantôt enfin le catgut pour la suture du pelletier des muqueuses, et la soie pour les sutures musculo-séreuse et séreuse (Saltzmann, Kocher, Schramm, Edgard Kurz). Tous les moyens ont donné de bons résultats, et on peut se servir du catgut ou de la soie, pourvu qu'ils soient bien aseptiques. Car, comme le disent Albert (5) et Rydygier, « il importe moins avec quoi on coud, que comment on coud ».

Sixième temps. Replacement des viscères dans la cavité abdominale. — L'opération terminée, on nettoye la ligne de suture avec une éponge ou un tampon imbibé d'une solution antiseptique faible, tiède. Si le contenu gastro-duodénal a souillé le champ opératoire, on le lavera avec la même solution. Après quoi, on replace l'estomac et le duodénum réunis, dans la cavité abdominale et on ferme le ventre.

Septième temps. Occlusion de la plaie abdominale. — L'opération ayant été accomplie en dehors de la cavité péritonéale,

(1) Senn. Loc. cit., 1888.
(2) Angerer. *Langenbeck's Arch.*, 1882, Bd. XXXIX, Heft 1, p. 378.
(3) M. Schmidt. *Centralbl. f. Chir.*, 1890, n° 14, p. 249.
(4) M. Schmidt. Loc. cit., p. 250.
(5) Albert. *Lehrbuch der Chir.*, 2e Aufl., III Bd., p. 370.

le nettoyage du péritoine ne sera nécessaire que si le contenu gastro-duodénal a pu s'échapper et couler dans le ventre. On le nettoyera, dans ces cas, avec des éponges montées sur des longues pinces, comme dans toutes les laparotomies. Mais même dans ces cas, on ne lavera pas la cavité péritonéale, c'est inutile. Quant au drainage de cette cavité, recommandé par Bardenheuer (1), on ne le fera pas. Pourtant, quand on a dû réséquer un segment infiltré de la paroi abdominale, et que la réunion de la plaie est rendue impossible, on pourrait faire comme Trendelenburg (2) : conduire, de la plaie gastrique au dehors, un tampon de gaze iodoformée. Mais dans ces cas, très rares du reste, il vaudrait mieux ne pas intervenir. En somme, l'utilité du drainage à la gaze iodoformée, que Trendelenburg a employé dans ses deux opérations, reste à démontrer, et je crois qu'on ne devra pas l'imiter.

La suture de la plaie abdominale sera faite comme dans toute laparotomie. Billroth emploie une suture à trois étages. On peut faire la suture mixte ou combinée de M. Pozzi (3).

Durée de l'opération. — Elle est très variable, suivant les difficultés rencontrées. Voici le temps qu'il a fallu pour l'accomplir dans les cas où cette mention est faite : en 1 heure (3 fois), 1 h. 1/4 (4 fois), 1 h. 1/2 (3 fois), 1 h. 3/4 (3 fois), 2 h. (9 fois), 2 h. 1/4 (6 fois), 2 h. 1/2 (15 fois), 2 h. 3/4 (3 fois), 3 h. (12 fois), 3 h. 1/4 (2 fois), 3 h. 1/2 (4 fois), 4 h. (8 fois), 4 h. 1/2 (3 fois), 5 h. (2 fois), 6 h. (1 fois), 6 h. 1/2 (1 fois).

En somme, la durée moyenne est de 2 à 3 heures. Plus on raccourcira ce temps, plus les chances de succès augmenteront. Pourtant, je dois dire qu'une opération ayant duré 6 h. 1/2 [Permann (4)] a pu avoir un résultat heureux, mais c'est la rare exception.

Traitement post-opératoire. — Il aura pour but : 1° de combattre la tendance au collapsus : injections hypodermiques d'éther, de cocaïne (Obalinski), lavements de vin et de camphre (Rydygier), transfusions sanguines (Péan); 2° mettre au repos le tube gastro-intestinal : opium à petites doses, prolongées même pendant quinze jours (Heinecke); 3° instituer un régime alimentaire qui soutienne les forces du malade et soit facilement digéré. Ce régime est plus ou moins sévère, suivant les opérateurs. Aussi, vu l'importance qu'il a, vais-je résumer le régime institué dans les principales cliniques où l'on fait ces opérations le plus souvent.

A la clinique de Vienne (5), Billroth procède ainsi : quand la soif est vive, il donne quelques heures après l'opération quelques petits morceaux de glace que le malade laisse fondre dans la bouche. Lavements de vin chaud ou mieux de lait (200 grammes) et peptone, toutes les trois à quatre heures, pendant dix jours. Le soir de l'opération ou le lendemain matin, par la bouche, du lait bouilli froid avec du cognac, du thé au rhum, du sherry (le champagne dilatant l'estomac par son acide carbonique est dangereux pour les sutures encore récentes). Les jours suivants : bouillon avec des œufs. Après six à huit jours : cervelles, œufs, hachis de poulet et ensuite régime ordinaire. Après trois semaines, les malades peuvent quitter le lit.

Rydygier ne permet les premiers aliments liquides par la bouche qu'après les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures.

A la clinique d'Erlangen (1), Heinecke institue le régime plus sévère que voici : le premier jour, lavements nutritifs, continués jusqu'au quatrième jour. Le deuxième jour, toutes les deux heures, une cuillerée à café d'eau sucrée et de thé. Le troisième, alternativement, par cuillerées à café, du lait et de l'eau sucrée. Le cinquième, deux ou trois fois par jour, une tasse de lait ou de jus de viande. Le septième ou huitième, quand tout va bien, soupes faciles à digérer, viandes rôties hachées. Puis peu à peu l'alimentation ordinaire. Si les malades ont une sensation de pesanteur au niveau de l'estomac, surtout dans les premiers jours, il faut le vider avec une sonde gastrique.

Enfin à la clinique de Berne (2), Kocher emploie une diète très sévère. Rien par la bouche pendant deux à quatre jours ou même plus longtemps encore, on les nourrit par des lavements (consommé, œufs, Marsala, etc.). Rien contre la soif même très vive. De cette façon, on empêcherait l'infection possible de la ligne de suture par les aliments et les contractions gastriques que ceux-ci provoquent et qui pourront faire lâcher les sutures récentes.

IV

Pylorectomie combinée avec la gastro-entérostomie. Opération de Billroth. — Billroth communiqua au XIVe Congrès de la Société allemande de chirurgie, en 1885 (3), une nouvelle opération entreprise par lui dans un cas de cancer du pylore trop étendu pour permettre l'abouchement duodéno-gastrique. Voici comment il procéda (4) : il fit d'abord la gastro-entérostomie, d'après la méthode de Wœlfler; puis isola la tumeur pylorique du côté du duodénum, pendant qu'un assistant comprimait ce dernier. Le duodénum fut invaginé dans la lumière et fermé par deux étages de sutures de Lembert. On nettoya l'estomac avec une éponge et on en glissa une dans la portion à réséquer. Puis on fit la séparation du côté de l'estomac, pendant qu'un aide fermait la cavité. Occlusion de la lumière gastrique par la suture de Czerny et par quelques points supplémentaires de Lembert. En 1888 (5), Billroth fit de nouveau cette opération, de la même façon, mais l'occlusion temporaire du duodénum fut assurée par une ligature avec une bande de gaze iodoformée. Tuholske [de Saint-Louis (6)] opéra de la même façon. Tandis que W.-T. Bull [de New-York (7)] fit d'abord la pylorectomie et ensuite la gastro-entérostomie, au moyen des anneaux de catgut de Abbe.

V

Gastrectomie partielle atypique. — Le *cancer limité de la paroi antérieure* sera facilement enlevé par le procédé suivant, que nous recommandons : on saisira la tumeur avec une pince de Museux, on l'isolera du reste de l'estomac par

---

(1) Bardenheuer. Loc. cit., 1881.
(2) T. Neitzert. Loc. cit., 1889, p. 40.
(3) S. Pozzi. *Traité de gynécologie*, Paris 1890. p. 59.
(4) Permann (de Stockholm). *Centralbl. f. Chir.*, 1890, n° 39, p. 750.
(5) Von Eiselsberg. Loc. cit., 1889.

(1) Hermann von Kolb. Beitræge zur Magenresection. *Inaug. Dissert.*, Erlangen 1887, p. 3.
(2) B. Streit. Loc. cit., 1888.
(3) Billroth. *Centralbl. f. Chir.*, 1885, supplément au n° 24.
(4) Von Hacker. *Langenbeck's Arch.*, 1885, Bd. XXXII, Heft 3, p. 616.
(5) Von Eiselsberg. Loc. cit., 1889.
(6) Tuholske. *Med. News*, 10 mai 1890, et *Centralbl. f. Chir.*, 1890, n° 44, p. 845.
(7) W.-T. Bull. *Brit. Med. Journ.*, 10 mai 1890, p. 1090.

une ou deux longues pinces courbes, à branches recouvertes de tubes de caoutchouc ou de gaze iodoformée, dont l'application détermine un pli de la paroi gastrique comprenant la tumeur et une zone de parties saines. De cette façon, on a fermé la cavité stomacale, dont le contenu ne pourra pas faire issue après la résection de la tumeur. On coupe le segment de paroi ainsi pincé à 1 centimètre environ des pinces. On fait l'hémostase des lèvres de la plaie gastrique. Enfin on ferme cette dernière par la suture à deux étages de Czerny. Si le *cancer* siège sur une des *courbures*, il faudra, avant de pincer les parois gastriques, détacher, dans l'étendue de la portion qu'on veut réséquer, l'épiploon (petit ou ligament gastro-colique) qui s'y insère. Après quoi, on procédera à la résection. Si le cancer siège sur la *paroi postérieure de l'estomac*, il faudra rendre accessible celle-ci, à l'aide d'une ouverture faite dans un endroit avasculaire du ligament gastro-colique, en l'effondrant avec une sonde cannelée, comme je l'ai déjà dit. Après quoi, on fera basculer l'estomac en haut. Si cette fenêtre épiploïque donne assez de jour pour faire l'opération, on s'en contentera, sinon on ouvrira largement l'arrière-cavité des épiploons, en sectionnant transversalement, à une certaine distance de la grande courbure de l'estomac, l'épiploon gastro-colique. Cette section sera faite de la même façon que lors du détachement des liens épiploïques du pylore cancéreux, inutile d'y revenir. La face postérieure de l'estomac sous les yeux, on enlèvera, de la même façon que sur la paroi antérieure, la partie malade.

Si le cancer est étendu à toute une paroi, faut-il enlever cette dernière ? H. Fischer [de Breslau (1)] communiqua au XVII[e] Congrès de la Société allemande de chirurgie un cas de résection gastrique atypique : il s'agissait d'un vaste cancer ulcéré de presque toute la paroi antérieure de l'estomac communiquant à l'ombilic avec une tumeur cancéreuse de la grosseur du poing, ulcérée, et avec le colon transverse, par une fistule de la largeur du doigt. Fischer réséqua toute la portion malade de la paroi gastrique antérieure et toute la partie malade du colon transverse, ferma la plaie gastrique en fixant la courbure inférieure à la supérieure par des sutures de Lembert et introduisit un coin du duodénum dans la suture gastrique. Enfin, il fixa les deux bouts du colon réséqué dans la plaie abdominale. La malade guérit de l'opération, mais succomba peu après d'un cancer du foie déjà constaté pendant l'opération. Ce cas nous prouve la bénignité des gastrectomies partielles atypiques, même très étendues, et répond à notre question.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

20. M. Lamic. Contribution à l'étude de l'intoxication oxycarbonée. — 21. M. Lacombe. Quelques considérations sur la gale et le traitement par le naphtol. — 22. M. Glérant. Quelques cas d'anévrysmes chirurgicaux, observés à l'hôpital maritime de Brest; leur traitement. — 23. M. Hamon. Contribution à l'étude des ruptures du ligament rotulien. — 24. M. L'Eost. Essai sur les affections oculaires liées à la diathèse rhumatismale. — 25. M. Patriarche. Des exostoses ostéogéniques. — 26. M. Jeanty. De l'empyème latent de l'antre d'Highmore, étude accompagnée de vingt-deux cas inédits de cette affection. — 27. M. Lièvre. Contribution à la géographie médicale, notes et observations recueillies au Rio-Nunez (1887-1888). — 28. M. Le Port. De l'appendicite et de son traitement. — 29. M. Raulin. Étude critique sur le traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau. Supériorité de la résection de ses branches sur leur élongation et l'extirpation du ganglion de Gasser. — 30. M. Royer-Collard. Alcoolisme, coma alcoolique. Responsabilité légale des alcooliques. — 31. M. Espéron-Lacaze de Sardac. Incontinence nocturne d'urine chez les enfants; revue étiologique et thérapeutique. — 32. M. Cassaigneau. Des abcès froids ossifluents de l'os coxal dans leurs rapports avec la coxalgie ou pseudo-coxalgies d'origine iliaque.

(1) H. Fischer. *Centr. f. chir.*, 1888, supplément au n° 21, p. 47.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Lejars et Potherat.

— Par décret, en date du 17 mai 1891, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Meunier (de Pau).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Garabuau (d'Aubin), Lagarde (de Montauban), Rême (de Montréjeau), Cénac (d'Argelès), Dejeanne (de Bagnères-de-Bigorre), Lasserre (de Bayonne), Gobert (de Mont-de-Marsan), M[me] Desclaux de Latanée, supérieure de l'hospice de Pau.

— Par décret, en date du 27 mai 1891, M. le docteur Louis Catat a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par divers arrêtés ministériels, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Chénieux (de Limoges), Lemoine (de Reims), Paquelin (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Balhadère (de Pissos), Cazalas (de Bagnères-de-Bigorre), Descourtis (de Paris), Escorre (de Saint-Yrieix), Hayem, médecin de la marine; Lachaux (de Brives), Lafont (de Pau), Marini (de Colomiers-Lasplanes), Mora (de Dax).

— Le concours de l'internat de Saint-Lazare s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Arnaud, Richard, Lévy, Théraud, Rémond et Bouteille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur l'épididymite syphilitique secondaire, par le docteur Jean Cuilleret. 1 vol. in-8° de 270 pages avec tableaux hors texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Des déformations ostéo-articulaires consécutives à des maladies de l'appareil pleuro-pulmonaire, par le docteur Lefebvre. 1 vol. in-8° de 156 pages (1891). — Prix : 4 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

ÉMULSION DEFRESNE
D'HUILE DE FOIE DE MORUE
IODO-PHOSPHATÉE
RENDUE ASSIMILABLE PAR LA PANCRÉATINE
aussi agréable à prendre que le lait

L'Émulsion Defresne, à faible dose, est plus efficace que l'Huile de foie de morue naturelle; elle est plus riche que celle-ci en principes reconstituants, stimulants et altérants (*Iode, Phosphore, Acides gras libres*); elle est agréable à prendre.

L'Émulsion Defresne contient :
45 gr. Huile modifiée par la Pancréatine;
5 gr. Acides gras libres;
0,20 centigr. Phosphore;
0,10 centigr. Iode;
50 gr. Eau et Glycérine.

L'Émulsion Defresne est héroïque dans :
RACHITISME, SCROFULE, | LYMPHATISME, DÉBILITÉ, | ANÉMIE, CONSOMPTION.

L'Émulsion Defresne *est toujours assimilée : Dose de 2 à 6 cuillerées à café par jour.*

PRIX : **2 francs.**

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine** et de la **Peptone**. 4, quai du Marché-Neuf;
DÉTAIL : Pharmacie, 2, rue des Lombards.

50

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER
Au Phosphate de chaux gélatineux.
Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.
Huile phosphorée titrée pour frictions.
Phie VIRENQUE, 8, place de la Madeleine, et phies.

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS
Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.

Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.
Exiger Timbre de l'Etat. — Toutes pharmacies.

41

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ
AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les **Pâles couleurs**, pour fortifier les **Constitutions lymphatiques** et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'**Appauvrissement du sang.**

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

7

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF
Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

109

RHUMATISMES. GUÉRISON
par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

79

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE
prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.
DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées du Dr Clin** « au **Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique* et un « *hypnotique* des plus efficaces. » (*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées du Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.* »

Chaque Capsule du Dr Clin renfme 0.20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renfme 0,10 } Camphre pur

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

241

VIANDE ET QUINA

VIN AROUD AU QUINQUINA
ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Aliment-médicament d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, pour 30 grammes : 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.

DOSES : 2 cuillerées à bouche avant chaque repas.
Prix : 5 francs.

Se vend chez FERRÉ, pharmacien à Paris, 102, rue de Richelieu, successeur de AROUD, et dans toutes les pharmacies de France et de l'Etranger.

60

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux à trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

75

PILULES, SOLUTION, SIROP,
VIN DE ROBIQUET
Au Pyrophosphate de Fer
APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule*, etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le FER et le PHOSPHORE trop rapidement éliminés par les sécrétions.
Exiger sr l'étiquette la SIGNATURE **E. ROBIQUET.**
A Paris, DETHAN, phien, et ttes les pharmacies.

72

VIN DE VIAL
au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux**, du **quina** et de la **viande crue**. Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

43

BANDAGE MEYRIGNAC

Ce bandage, expérimenté dans les hôpitaux de Paris, a été présenté à la Société de chirurgie, dans sa séance du 22 avril 1891. Il a été accepté après un rapport des plus favorables.

Ce bandage supprime le ressort du dos et maintient sans aucune douleur les hernies les plus volumineuses.

Meyrignac, fabricant, 229, rue Saint-Honoré, Paris.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'ACONITINE et au QUINIUM calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles, ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales*, *douloureuses* et *inflammatoires*.

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

DOSE : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

38

LA PAPAÏNE TROUETTE-PERRET
(Pepsine végétale *tirée du* Carica-Papaya)
LE PLUS PUISSANT DIGESTIF CONNU
Se trouve dans toutes les bonnes Pharmacies sous les formes suivantes :

Le **Sirop Trouette-Perret** à la *Papaïne* (une cuillerée à bouche après chaque repas).
L'Elixir Trouette-Perret à la *Papaïne* (un verre à liqueur après chaque repas).
Les **Cachets Trouette-Perret** à la *Papaïne* (deux cachets après chaque repas).

CONTRE LES
Maladies d'estomac, Gastralgies, Gastrites, Dyspepsies.

Gros : E. TROUETTE, 15, r. ds Immeubles-Industriels.

94

SUSPENSOIR HORAND
Spécial pour le traitement de l'ORCHITE par la méthode ouato-caoutchoutée.
PHARMACIE HORAND,
LYON, 97, rue de l'Hôtel-de-Ville, 97, LYON.
Dépôt à Paris : PHARMACIE CENTRALE, 7, rue de Jouy, et principales pharmacies.

99

SALICOL DUSAULE
SALICYLATE DE MÉTHYLE (WINTER GREEN)

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant, possède une odeur agréable, n'est ni caustique, ni vénéneux. S'emploie pur en *pulvérisations* ou additionné d'eau en *compresses, lavages*, etc.
Le flacon, 2 fr. **Pulvérisateur Dusaule**, 6 fr.
DÉPOT : 105, rue de Rennes, Paris, et les Phies.

80

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO.
viande crue, Alcool, Ec. d'orange sam.
Phthisie, anémie, convalescence.
Paris, 20, place des Vosges.

22

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

SIROP ET GRANULES CROSNIER MINÉRAL-SULFUREUX
au goudron et monosulfure de sodium inaltérable
Affections des voies respiratoires.
Maladies de la peau.
E. NITOT, 21, r. Vieille-du-Temple, Paris, et phies.

23

CÉRÉBRINE (COCA-THÉINE ANALGÉSIQUE PAUSODUN)

Migraines, Névralgies *faciales, intercostales et sciatiques, Zona, Vertige stomacal.* **Névroses** et toutes formes de l'*Hystérie*, de l'*Epilepsie* et de l'*Ataxie*.— CEREBRINE BROMÉE ou IODÉE : Névralgies diathésiques ou symptomatiques.
Eug. FOURNIER, pharm., *Issy-Paris*, et ttes phies.

184

VINS TITRÉS D'OSSIAN HENRY
Membre de l'Académie de médecine, etc.

Vin de quinquina titré simple : Tonique, fortifiant. — **Vin de quinquina ferrugineux :** Chlorose, anémie, longues convalescences, etc.
Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

86

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE
Approbation de l'Académie de médecine.
MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle** et **Quevenne** (1) qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose p'jour Granules (1 à 3).— Solution pr us. int. (10 à 30 gttes.

(1) A cause des *imitations impures*, formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**

Phie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris, et ttes phies.

N° 64. — MARDI 2 JUIN 1891. 64e ANNÉE. MARDI 2 JUIN 1891. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL NECKER. Deux cas d'infection pneumococcique à localisation particulière (angine et méningite à pneumocoques). — HÔPITAL SAINT-ANTOINE. Prolapsus récidivé du rectum; rectopexie postérieure; guérison. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 1er juin 1891.

M. le professeur Bouchard, qui exerce les fonctions d'inspecteur général de l'enseignement supérieur près des Facultés de médecine, s'est vivement ému des modifications que l'on propose de toutes parts de faire subir à notre enseignement médical parisien; et, dans la dernière assemblée des professeurs, il a fait inscrire à l'ordre du jour la question suivante : *Des réformes à introduire dans la scolarité et dans l'enseignement médical.* Cette question doit être discutée dans l'assemblée plénière des professeurs : c'est dire que l'on comprend enfin les nécessités des réformes que nous avons tant de fois réclamées dans ce journal.

Ce n'est pas seulement l'enseignement clinique qui est insuffisant à la Faculté de Paris, c'est la base même de tout l'enseignement médical qu'il faut remanier. La science a marché depuis qu'existent les règlements en vigueur; et ceux-ci sont devenus depuis longtemps défectueux. Il faut donc féliciter M. le professeur Bouchard de sa courageuse initiative.

La Faculté a une double mission : créer des praticiens d'abord, et faire progresser la science médicale. Du côté scientifique, nous n'avons rien à dire. La Faculté de Paris tient bien et honorablement son rang; mais remplit-elle tout son devoir vis-à-vis des étudiants? Évidemment non. Et, cependant, elle a en main tous les éléments pour bien faire. Regardons ce qui se passe pour l'anatomie et la médecine opératoire; les élèves ont, pour cet enseignement, près de trente professeurs entre lesquels ils sont répartis : professeur d'anatomie, chef des travaux anatomiques, prosecteurs, aides d'anatomie, etc. Avant d'apprendre à un élève la texture du bulbe rachidien, on lui montre les rudiments de la science anatomique, on le guide, on le dirige, on l'instruit en un mot. Pour l'obstétrique, qui était jusqu'ici si peu enseignée aux élèves, les professeurs titulaires ont essayé de faire ce que fait leur collègue d'anatomie. Ils ont avec eux chefs de cliniques, aides de cliniques, moniteurs d'obstétrique, etc., et répartissent l'enseignement de façon à en faire un tout complet, avec un début, un milieu et une fin. Rien de semblable en médecine et en chirurgie. En dehors du professeur, rien, plus d'enseignement : la leçon clinique hebdomadaire, souvent bi-hebdomadaire, et c'est tout. Mais l'élève, qu'on va sacrer docteur, a-t-il jamais tenu un spéculum entre ses mains? A-t-il jamais placé une attelle, roulé une bande, appliqué un appareil plâtré, toutes choses qui ne seront que la menue monnaie de sa pratique future? Il est triste de dire que le stagiaire, c'est-à-dire l'élève de la Faculté, n'a été initié à aucune de ces choses. Et ce serait folie que d'exiger, avec l'organisation actuelle de notre enseignement, que le professeur de clinique soit parvenu au grade élevé où l'ont élevé ses éminentes qualités, pour enseigner aux élèves comment on pose un sinapisme ou comment se donne une injection. Le rôle du professeur de clinique est tout autre. Mais il n'en est pas moins vrai que l'élève a besoin de ces rudiments indispensables et qu'ils ne lui sont nulle part enseignés.

Pour remédier à ce mal, si patent qu'il a fini par émouvoir les professeurs eux-mêmes, on propose d'adjoindre à la Faculté vingt à trente médecins et chirurgiens des hôpitaux, qui participeront à l'enseignement clinique. Mais alors, ce sera vingt ou trente fois la même chose, et l'élève ne sera pas davantage instruit de l'*a b c* de son métier. Il faut faire, pour la clinique médico-chirurgicale, ce qui se fait avec tant de succès pour l'anatomie; il faut multiplier les enseigneurs subalternes; il faut faire apprendre les éléments par des jeunes, par de tout jeunes, qui peuvent encore se livrer à cet enseignement aride et ingrat de la propédeutique. En un mot, dans l'armée universitaire, l'état-major est suffisant, trop nombreux peut-être, ce sont les sous-officiers qui manquent.

HOPITAL NECKER. — M. RENDU.

Deux cas d'infection pneumococcique à localisation particulière (angine et méningite à pneumocoques).

(Communication faite par MM. H. RENDU et P. BOULLOCHE à la Société médicale des hôpitaux.)

L'épidémie de grippe que nous traversons permet d'observer une foule d'états pathologiques aigus, à déterminations organiques variées, qui semblent constituer autant d'états morbides différents, et qui, néanmoins, relèvent d'une origine commune. Je ne parle pas seulement des multiples variétés d'affections pulmonaires, dont on peut

suivre tous les développements, depuis la bronchite jusqu'à la pneumonie lobaire et la broncho-pneumonie, en passant par la congestion pulmonaire; ceci commence à être bien connu, et, cliniquement, on entrevoit la possibilité de diagnostiquer les diverses manifestations pulmonaires de l'infection pneumococcique. Il est d'autres localisations du pneumocoque, moins connues peut-être, et très probablement fort communes, qui, malgré leur siège différent, affectent un certain air de famille et me semblent pouvoir être diagnostiquées, au moins dans les cas typiques : je veux parler des angines qui constituent parfois la seule expression clinique de la présence du pneumocoque, et dont je viens de voir un exemple caractéristique.

Le 12 mars dernier, on amène dans mon service (salle Delpech, nº 14) une jeune femme de vingt-quatre ans, infirmière à l'hôpital des Enfants. Cette fille, bien portante et d'une constitution vigoureuse, avait été prise la veille de frissons erratiques, de céphalalgie et d'une courbature générale avec douleurs des membres. Toute la nuit, elle avait eu une fièvre ardente, à 40 degrés, et n'avait pu fermer l'œil à cause de l'intensité de son mal de tête.

Lors de son arrivée, elle présentait l'aspect suivant : teint vultueux, facies animé, soif vive et prostration générale, comme au début d'une fièvre typhoïde. Le thermomètre marquait 40°3, le pouls battait 120, plutôt mou que dur. La respiration était un peu anxieuse, pourtant peu fréquente (24 respirations). A première vue, il semblait qu'on dût avoir affaire à un début de pneumonie ou de fièvre typhoïde.

L'inspection des divers appareils n'indiquait cependant aucune lésion. Il n'existait pas de diarrhée ni de troubles abdominaux; la toux était nulle et l'auscultation ne révélait aucun désordre pulmonaire; la respiration s'entendait partout parfaitement pure, sans souffle ni râles.

La seule lésion constatable siégeait à la gorge. Le voile du palais était d'un rouge vif, vernissé, les piliers injectés, mais non œdémateux, les amygdales peu volumineuses, rouges et comme dépolies, sans exsudation épithéliale ni pultacée. La déglutition était moyennement douloureuse. Les ganglions sous-maxillaires ne paraissaient pas hypertrophiés; la pression à l'angle de la mâchoire déterminait seulement un peu de sensibilité. En somme, il s'agissait d'une angine érythémateuse des plus légères en apparence, sans participation du pharynx ni des fosses nasales à la congestion, sans détermination laryngée concomitante, hors de proportion avec l'intensité des phénomènes fébriles et la prostration de la malade.

Cette contradiction entre les signes locaux et les symptômes généraux devait faire soupçonner qu'il s'agissait d'une maladie infectieuse à localisation angineuse. Il ne semblait pas probable que ce fût un érysipèle commençant, car, en pareil cas, la douleur de l'angle de la mâchoire est d'ordinaire bien plus intense, et la muqueuse pharyngée participe presque toujours à l'inflammation. On pouvait plutôt songer à une angine rhumatismale, à cause de la courbature générale et des douleurs des membres : de fait, le peu d'intensité des symptômes locaux amygdaliens correspondait assez exactement à la description classique de l'angine rhumatismale, quoique la déglutition fût loin d'être douloureuse chez notre malade, comme elle l'est d'ordinaire au cours du rhumatisme pharyngé.

Je songeai à la possibilité d'une angine à pneumocoques, d'après des raisons purement étiologiques. La malade, comme je l'ai dit, était infirmière à l'hôpital des Enfants, et couchait dans un dortoir commun avec les autres filles du service. Or, depuis huit jours, trois de ses compagnes, successivement atteintes de pneumonie, avaient été envoyées dans mon service : deux avaient une pneumonie franche, la troisième une broncho-pneumonie grippale, et, dans les trois cas, mon interne, M. Boulloche, avait reconnu la présence du pneumocoque dans la salive et les crachats pulmonaires. Il n'était pas irrationnel de supposer que, par contagion, la malade eût été infectée, mais à un degré moindre et avec une localisation anatomique différente.

Une petite quantité de la salive de cette femme fut recueillie avec une pipette stérilisée, quelques gouttes de ce liquide furent inoculées à une souris, qui mourut en dix-huit heures. M. Boulloche trouva le sang et les différents viscères de l'animal farcis de pneumocoques; les jours suivants, les cultures sur l'agar du sang de la souris donnèrent une pullulation du même microbe des plus évidentes.

Au point de vue clinique, cette angine à pneumocoques se comporta de la façon la plus bénigne. Au bout de trente-six heures, sous l'influence d'une dose de 3 grammes d'antipyrine associée à 10 centigrammes d'extrait thébaïque, la fièvre tomba brusquement à 37 degrés, par une défervescence subite absolument semblable à celle d'une pneumonie légitime. Pour compléter l'analogie, la chute thermique coïncida avec une diaphorèse considérable et une diurèse très accentuée. Localement, le traitement consista en gargarismes boriqués. Une fois la fièvre tombée, les signes locaux de l'angine allèrent en s'atténuant, et, au bout de quatre jours, l'apparence du pharynx était redevenue normale.

Voilà donc un fait qui montre, avec une netteté singulière, l'évolution très caractéristique de l'angine à pneumocoques. Début brusque par un frisson, avec le cortège des symptômes annonçant une infection générale, mal de tête, courbature énorme des membres et rachialgie; à peine si, à cette période, les symptômes gutturaux attirent l'attention de la malade, tant ils sont peu accentués et masqués par l'intensité de la fièvre. Ces phénomènes durent deux ou trois jours, puis disparaissent brusquement, en se jugeant par une crise sudorale. Tout rentre alors dans l'ordre : la fièvre tombe et les signes de l'angine rétrocèdent d'autant plus rapidement qu'ils n'ont pas été au delà d'une simple rougeur érythémateuse.

A quelques jours de là, un cas presque identique s'est développé dans la même salle, à deux lits de distance, très probablement par voie de contagion. Il s'agit d'une femme qui était entrée dans le service pour une roséole syphilitique, avec rougeur érythémateuse du pharynx et plaques muqueuses opalines des amygdales. Cette femme, du fait de sa syphilis, était donc prédisposée à contracter le germe d'une nouvelle infection sur la gorge, quand, le 20 mars, elle fut, comme la précédente, et sans cause connue appréciable, prise de frisson, d'élévation de température et de courbature générale. Localement, l'angine fut un peu plus accentuée que dans le cas précédent, en ce sens qu'à la rougeur du pharynx s'ajouta un gonflement très appréciable des piliers du voile du palais et des amygdales; l'adénopathie concomitante fut également plus marquée. Mais, malgré ces différences, les deux cas évoluèrent de même, et l'état local fut complètement en désaccord avec les phénomènes généraux. Le quatrième jour, une défervescence

brusque ramena le thermomètre de 39°8 à 37 degrés, avec crise sudorale.

Ma conviction est que, chez cette seconde malade, le pneumocoque a été également la cause pathogénique de l'angine, mais je n'en ai pas la preuve démonstrative, car les cultures, qui avaient été commencées par mon interne, M. Boulloche, ont dû être interrompues malheureusement, mon cher collaborateur étant tombé malade; néanmoins, la similitude absolue d'allures et d'évolution, jointe à la fréquence actuelle des maladies à pneumocoques, me portent à croire qu'il s'agit bien là d'une variété clinique bien définie d'angine, dont le diagnostic deviendra peut-être facile dès que l'attention sera portée sur ce point.

Je prévois l'objection qu'on me fera sans doute. La présence du pneumocoque dans la salive est assez fréquente, en effet, pour que l'on ait le droit de se demander si, dans un cas d'angine, sa constatation a une valeur pathogénique décisive. Assurément, c'est un argument important; je crois cependant qu'il n'infirme pas la manière de voir que je cherche à soutenir. En effet, si fréquent que soit le pneumocoque, il ne se rencontre pas dans toutes les bouches et ne fait point partie intégrante de toutes les salives. Par comparaison, M. Boulloche a inoculé des souris avec la salive d'autres malades pris indistinctement dans la salle, et il n'a obtenu aucun effet toxique. En second lieu, les cultures faites avec les salives qui renferment normalement des pneumocoques, sont loin d'être aussi virulentes que celles faites avec la salive des pneumoniques. Or, chez notre première malade, l'inoculation de la salive a déterminé chez la souris une septicémie diffuse à marche extrêmement rapide, qui l'a tuée en dix-huit heures, comme après les inoculations de pneumonie légitime. Il y a donc lieu, je crois, de maintenir l'analogie et de considérer, dans ces cas, l'angine comme la conséquence de l'infection pneumococcique.

Ces faits me semblent intéressants, parce que le groupe des angines fébriles, à type érythémateux, est évidemment en clinique totalement à remanier. Nous pouvons dès maintenant affirmer que le pharynx est la région par excellence où germent les microbes introduits par la respiration, et poser en principe que toutes les angines aiguës sont d'origine microbienne. Le moment est venu de rechercher si, cliniquement, la détermination des micro-organismes pathogènes peut être soupçonnée ou affirmée, et c'est ce qui m'a engagé à publier ces faits, dont le premier, singulièrement net, me semble propre à entraîner la conviction.

A côté de ces faits d'angine pneumococcique, voici un cas de méningite à pneumocoques qui vient s'ajouter à ceux décrits déjà par notre collègue M. Netter.

L'histoire clinique de ce malade est malheureusement incomplète, en ce sens qu'il a été amené à l'hôpital l'avant-veille de sa mort et que les débuts de la maladie nous ont forcément échappé. Mais l'évolution finale du cas et les détails de l'autopsie sont absolument démonstratifs.

Il s'agit d'un individu, âgé de quarante-trois ans, qui, dans les derniers jours de mars, vint demander un lit à l'hôpital Necker. Quand il se présenta à la consultation, il pouvait encore marcher, mais avec un certain degré d'hésitation, et il était obligé de s'appuyer au bras de sa femme. Ses réponses étaient embarrassées; il y avait de la lenteur et de l'incertitude dans sa parole, un léger tremblement des lèvres et de la langue, et de la contraction pupillaire. Sa femme nous donna les renseignements suivants. Depuis trois semaines, il avait une bronchite, et il avait toussé considérablement pendant une quinzaine de jours; puis la toux avait cessé presque complètement, et le malade était devenu triste, somnolent, rêvassant la nuit par intervalles. Finalement, depuis deux jours, il se sentait très faible et divaguait de plus en plus. Jamais il n'avait eu de vomissements, mais il était constipé.

Cette histoire ressemblait, par ses principaux traits, à celle d'une méningite tuberculeuse survenue au cours d'une bronchite, et ce fut le diagnostic que je portai à première vue. Cette impression fut confirmée le lendemain par l'état dans lequel je trouvai le malade, bien que l'auscultation pulmonaire ne révélât que des lésions insignifiantes. Pendant la nuit, les phénomènes cérébraux s'étaient accentués : le malade ne répondait plus aux questions et ne semblait plus les comprendre, il était comateux, insensible à tout ce qui l'entourait. Le bras droit était manifestement parésié et retombait inerte quand on le soulevait, la parole était supprimée; la jambe droite, au contraire, semblait se mouvoir, dans le lit, à peu près comme la gauche, et la paralysie affectait plutôt les allures d'une monoplégie brachiale que d'une hémiplégie. Le cou présentait une certaine raideur et les pupilles étaient dilatées.

La mort survint dans la nuit, sans que le malade eût recouvré sa connaissance.

L'autopsie révéla des lésions inattendues. Il y avait bien de la méningite, mais ses caractères étaient tout différents de ceux que nous soupçonnions. Les deux hémisphères cérébraux présentaient, sur leur convexité, des exsudats purulents répartis par îlots, et localisés surtout au voisinage de la scissure médiane longitudinale. La pie-mère était rouge, dépolie et poisseuse : entre elle et les circonvolutions se voyaient des nappes pseudo-membraneuses, d'un jaune verdâtre, manifestement purulentes, sans traces de tubercules. Les méninges basilaires, ainsi que la scissure de Sylvius, étaient complètement indemnes.

Les points principaux où se rencontraient, sur la convexité des hémisphères, les exsudats purulents, étaient les suivants :

Sur l'hémisphère droit, ils régnaient tout le long de la scissure interhémisphérique, dans la région frontale et pariétale. Les exsudats commençaient environ au tiers supérieur de la première circonvolution frontale, gagnaient de là l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando, et venaient se terminer sur le haut de la pariétale ascendante, en respectant le lobule paracentral. Trois autres îlots purulents occupaient la pariétale supérieure, et les deux premières frontales vers leur tiers antérieur.

Sur l'hémisphère gauche, les lésions, moins diffuses, étaient également cantonnées autour de la scissure interhémisphérique. Le maximum de la nappe purulente siégeait à la partie supérieure de la zone rolandique et le long de la frontale supérieure : un second îlot, assez étendu, occupait le pied de la seconde circonvolution frontale; mais, contrairement à ce que l'on eût pu supposer, en raison de l'aphasie du malade, la circonvolution de Broca parut saine.

Le tissu encéphalique proprement dit était ferme et avait sa consistance normale : il était seulement congestionné et présentait de la dilatation vasculaire. Dans l'hémisphère gauche, on trouva un petit foyer de ramollissement circonscrit, du volume d'une lentille, au niveau de la région préfrontale.

Les poumons présentaient des lésions congestives aux deux bases, mais sans traces de tubercules. Il y avait dans les grosses bronches quelques exsudats puriformes, sans noyaux de broncho-pneumonie.

Le cœur était volumineux, manifestement hypertrophié et scléreux, sans lésions valvulaires.

L'aorte était dilatée, et sur une des valvules sigmoïdes se voyait une végétation verruqueuse sanguinolente de formation récente.

Le pus de l'exsudat méningé, recueilli antiseptiquement et cultivé sur l'agar, a donné lieu à de nombreuses colonies de pneumocoques.

Il s'agissait donc, dans ce cas, d'une méningite à pneumocoques, survenue au cours d'une affection grippale, sans pneumonie antérieure ni concomitante. Il est regrettable que l'examen des exsudats bronchiques n'ait pas été fait concurremment : probablement on eût trouvé également la présence du pneumocoque dans les bronches, malgré le peu d'intensité des lésions pulmonaires.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Ricard.

Prolapsus récidivé du rectum; rectopexie postérieure; guérison (1).

Le traitement du prolapsus du rectum est encore, à l'heure actuelle, un des problèmes difficiles de la thérapeutique chirurgicale.

Une intéressante Revue, parue récemment (2) dans ce journal, a tenté de poser les indications qui doivent guider le chirurgien. Faut-il recourir à la cautérisation de la portion prolabée? Doit-on en pratiquer l'extirpation? Enfin, ne vaut-il pas mieux s'adresser à des procédés de fixation par la suture, soit que l'on ait recours au procédé de M. Jeannel, par la colopexie iliaque, soit au procédé de rectopexie postérieure de M. Verneuil?

La cautérisation, par le fer rouge ou les acides, n'est guère recommandable que pour les prolapsus légers, et souvent la récidive vient prouver l'inefficacité de la méthode. L'extirpation ne nous paraît indiquée que tout à fait exceptionnellement, car en supprimant la portion d'intestin prolabée, elle ne saurait s'opposer à un prolapsus nouveau des parties situées au-dessus; cette intervention nous paraît à la fois dangereuse et inefficace. Restent donc les différentes méthodes de fixation rectale, ayant pour but de maintenir le rectum après l'avoir réduit.

C'est à M. Verneuil que l'on doit ces opérations nouvelles, dont nos lecteurs trouveront la description dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* et dans la Revue que nous avons signalée plus haut. A la fixation du rectum en arrière M. G. Marchant a ajouté le raccourcissement du rectum par une série de plis transversaux suturés au catgut. C'est à ce procédé que nous avons eu recours dans le cas suivant où nous avons pu enregistrer un succès complet et qui paraît définitif. M. Verneuil a pratiqué deux fois son procédé; M. G. Marchant n'a encore qu'une seule observation, la rareté des faits nous a engagé à publier le cas qui nous est personnel.

(1) Observation rédigée d'après les notes de M. Artus, interne du service.

(2) J.-A. Gauthier. Indications opératoires et traitement des prolapsus du rectum, *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 481.

Le nommé Auguste L..., exerçant la profession de puisatier entre à l'hôpital Saint-Antoine le 25 mars 1891; il est couché au n° 7 de la salle Broca. C'est un garçon de trente-deux ans, plutôt petit, mais de bonne constitution et de bonne santé générale. Il y a un an, ce malade a déjà été soigné par M. Delens pour un prolapsus considérable du rectum. On a eu recours à la cautérisation par les acides. La guérison fut de courte durée, et, quelques semaines après sa sortie de l'hôpital, le malade vit reparaître peu à peu son prolapsus. Aujourd'hui, la portion du rectum qui sort par l'anus présente à peu près le volume et la forme du poing. Ce prolapsus est facilement réductible; mais, au moindre effort, à la moindre tentative de défécation, le prolapsus se reproduit. La muqueuse rectale présente une coloration rouge vineuse, mais nulle part on ne constate d'ulcération. Le sphincter anal, très dilaté, laisse, après réduction de la tumeur, pénétrer facilement deux doigts.

L'opération est pratiquée le 28 mars. Après anesthésie chloroformique, le malade est placé dans le décubitus latéral droit, la jambe droite allongée sur le lit, le membre gauche fléchi sur l'abdomen. Le rectum est réduit par un aide, et une incision médiane part de l'anus pour remonter jusqu'à la moitié de la hauteur du sacrum. Les lèvres de l'incision étant disséquées, le coccyx et l'extrémité inférieure du sacrum isolés, on découvre facilement le rectum, qui est mobilisé. Quatre plis transversaux sont alors faits à la surface extérieure du rectum et assujettis avec du catgut; le cylindre rectal se trouve ainsi raccourci et épaissi. C'est dans ces conditions que, à l'aide de nouvelles anses de catgut, le rectum est soulevé et fixé aux tissus fibreux des bords latéraux du sacrum et du coccyx, à droite comme à gauche.

Pendant tout cet acte opératoire, la perte de sang a été minime. Aucun point de suture ne paraît avoir perforé toute l'épaisseur des parois et pénétré dans la cavité rectale.

La peau est suturée au crin de Florence, dont quelques anses profondes rétrécissent la partie postérieure de l'anus. Une mèche de gaze iodoformée est maintenue dans la plaie. Pansement iodoformé.

Le soir, rétention d'urine; cathétérisme avec la sonde n° 17. La rétention persiste quarante-huit heures. L'opium est administré à la dose de 10 centigrammes par jour jusqu'au 4 avril, puis à 5 centigrammes seulement à partir du sixième jour après l'opération. Le 8 avril, dix jours après l'opération, le malade a eu une première selle très abondante. Le rectum n'a pas bougé.

A partir de ce jour, les selles s'établissent régulièrement; la fixation paraît définitive.

Il faut noter qu'une suppuration très légère s'est manifestée dans la plaie le deuxième jour qui suivit l'opération. Le malade, tourmenté par des gaz, et craignant d'aller à la selle, avait défait son pansement. Aussi, le troisième jour, la température atteignit 38°4 pour redevenir normale aussitôt après le premier pansement.

Le malade fut tenu en observation jusqu'au 13 mai, bien qu'il fût guéri depuis longtemps déjà. A aucun moment, le prolapsus ne s'est reproduit.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mai 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

Péri-arthrite scapulo-humérale à pneumocoques. — M. Schwartz a observé un homme de trente-cinq ans, qui, quelques jours après une pneumonie aiguë, fut pris d'un gonflement douloureux dans la région scapulo-humérale; il s'agissait d'une volumineuse collection purulente entourant l'articulation. L'incision donna issue à du pus visqueux, verdâtre, on fit des lavages antiseptiques et après quelques jours la cicatrisation était obtenue.

Un mois plus tard apparaissait chez ce malade un œdème du bras, par thrombose de la veine axillaire, qui dura quatre ou cinq semaines.

Le pus retiré de la collection péri-articulaire a été examiné au microscope : il contenait une grande quantité de pneumocoques. On fit, d'ailleurs, des cultures et des inoculations qui ont donné des résultats positifs.

Thyroïdite infectieuse. — M. KIRMISSON a eu l'occasion de traiter une femme qui, à la suite d'accidents puerpéraux, présenta une suppuration du corps thyroïde. L'incision, le drainage et les lavages de la poche amenèrent rapidement la guérison de cette thyroïdite suppurée. Ce fait est à rapprocher de ceux qui ont été communiqués dans la dernière séance.

Fracture ancienne de la rotule, mobilisation de la tubérosité antérieure du tibia et suture. — M. PONCET (de Lyon) a traité une fracture ancienne de la rotule par le procédé opératoire qu'il a communiqué au Congrès de chirurgie, à l'occasion d'une rupture du tendon d'Achille, qu'il avait traité, par la mobilisation du bout inférieur. Chez ce dernier malade, le rapprochement des fragments rotuliens par la suture ordinaire était impossible par suite de la rétraction du tendon rotulien; c'est pourquoi il a eu recours à l'opération suivante :

Après avoir mis à nu l'articulation par une incision parallèle à l'axe du membre, il l'a débarrassée de quelques caillots anciens qu'elle contenait, et des débris de tissu fibreux déchirés; puis, pour pouvoir mettre en contact les fragments rotuliens, qui ne pouvaient être rapprochés l'un de l'autre, à cause de la rétraction qu'avait subie le tendon rotulien, réduit à une longueur de 3 centimètres et demi, il a détaché la tubérosité antérieure du tibia au moyen d'une scie fine passée au-dessous du ligament et, à l'aide d'une cheville d'ivoire, il l'a fixée plus haut à l'extrémité articulaire. Cela fait, pour établir le contact des fragments osseux, il s'est servi d'un fil de soie, solidement noué, après l'avoir fait passer à travers le tendon rotulien et le tendon du droit antérieur; avec ce mode de rapprochement on est moins exposé à voir les fils couper et céder. Cette opération étant encore toute récente, on ne saurait se prononcer sur le résultat thérapeutique.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer qu'il n'est pas nécessaire, dans les fractures itératives de la rotule, que les deux fragments soient en contact, pour que les fonctions du membre s'accomplissent. Il croit qu'il n'y a pas lieu de craindre que les fils coupent les fragments osseux. Il a vu, dans deux cas, ces fils se casser sans avoir produit de section; dans l'un de ces cas il a remis un fil plus gros et le malade est sorti en marchant bien. Pour cette opération, il est nécessaire d'employer de gros fils d'argent.

M. SCHWARTZ, à l'appui de l'opinion émise par M. Lucas-Championnière, cite un fait de fracture de la rotule, auquel il a appliqué une suture primitive. Bien que le fragment supérieur fût très court et ne mesurât qu'un centimètre au plus, il a été possible, avec un gros fil d'argent, de rapprocher les fragments, et la guérison a été obtenue sans section de l'os.

M. PONCET n'attache pas une très grande importance à tel ou tel moyen de fixation pourvu que le contact soit parfait et persiste; mais il croit qu'on a plus de chances de réussir en agissant sur les tissus fibreux, suivant le procédé qu'il a employé, surtout s'il s'agit d'une fracture ancienne avec rétraction du tendon rotulien.

Cure radicale de la hernie inguinale chez la femme. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait une communication sur ce sujet. La hernie inguinale chez la jeune fille est une tare, et peut devenir plus tard, à l'occasion des grossesses, une source d'accidents.

Le plus souvent elle est due à la persistance du canal de Nück et est par conséquent congénitale, ainsi que le prouvent l'existence du ligament rond dans la paroi du sac, la fusion de la séreuse et des fibres du ligament, et la présence de petits kystes au-dessous de la cavité herniaire proprement dite.

De même que la hernie congénitale de l'homme, celle de la femme constitue plutôt un trou dans la paroi qu'une paroi profondément défectueuse, ce qui est une bonne condition pour la cure radicale. Mais il y a une ombre au tableau. De même que chez l'homme, on voit certaines hernies congénitales coïncider avec des développements incomplets des testicules, de même chez la femme on voit des hernies inguinales avec un développement incomplet des organes génitaux. Mais ce sont des cas exceptionnels et le plus souvent ils présentent un développement normal.

Chez un certain nombre de femmes, le développement considérable de la hernie a coïncidé avec la suite d'une grossesse.

Mais dans la plupart des cas, le volume de la hernie n'était pas très considérable. Cette hernie est pénible plutôt par d'autres caractères. Elle est douloureuse et partiellement irréductible. Cette irréductibilité peut tenir à des causes diverses : épiploon adhérent, annexes adhérentes ou profondément modifiées. Si elle est si douloureuse, cela tient aux rapports qu'elle a avec les organes génitaux internes. La masse herniée constituée par l'ovaire est tout naturellement douloureuse; mais, en outre, les tiraillements exercés sur l'ovaire et sur la trompe sont bien de nature à occasionner des douleurs ; beaucoup de malades ne peuvent supporter le bandage, ou, quand elles le supportent, elles en souffrent assez pour réclamer une intervention.

Pour pratiquer l'opération de la cure radicale, l'incision est à peu près la même que pour la hernie inguinale de l'homme. Si la hernie est volumineuse, la découverte du sac est assez facile. Si elle est petite, cette recherche peut être difficile. Il faut aller droit au canal inguinal et rechercher ce sac beaucoup plus de haut en bas que de bas en haut. Il ne faut pas compter toujours trouver un sac large, facile à isoler; la fusion de la paroi et du ligament rond est telle, en effet, qu'il en est souvent impossible de les séparer.

M. Lucas-Championnière en raison de ces dispositions anatomo-pathologiques attaque primitivement le ligament rond. Il va d'abord le détacher du fond de la grande lèvre, puis il dissèque de bas en haut en allant vers l'orifice inguinal externe et il rencontre le sac s'il n'est pas assez grand pour descendre lui-même dans la grande lèvre.

La dissection du sac doit être portée très loin. Il faut, avant tout, reconnaître les parois du sac jusqu'à une grande hauteur. Le doigt introduit dans le ventre permet seul de faire cette exploration et d'apprécier les connexions de la hernie avec les annexes. Ceci fait, on place une ligature en chaîne, et on résèque le ligament rond et le sac.

L'ovaire est tantôt normal, tantôt dégénéré et dans ce dernier cas il faut l'enlever.

Pour apprécier l'état de ces organes, il faut introduire le doigt dans l'orifice herniaire, en suivant le ligament jusque sur l'ovaire. Si le moindre doute existe, il faut l'attirer au dehors et constater son état par la vue.

S'il existait des adhérences viscérales dans le sac, en particulier des adhérences épiploïques, il faudrait préalablement les rompre.

Lorsque la séreuse a été réséquée très haut, il reste une large surface cruentée qui permet de prendre beaucoup de tissus pour refermer le canal.

Les résultats de ces opérations sont surtout remarquables au point de vue de la douleur, parce que les causes de ces douleurs, c'est-à-dire les adhérences viscérales, la présence de l'ovaire dans la hernie ou le voisinage de cet organe et de l'orifice du sac ont été supprimées.

On peut craindre, pour la récidive, l'évolution d'une grossesse. Mais il ne faut pas exagérer ces chances de récidive.

M. Lucas-Championnière cite l'exemple d'une femme opérée depuis dix ans qui a pu franchir sans accidents deux grossesses dans de très mauvaises conditions.

Pour ces hernies des femmes, le port d'un bandage est moins nécessaire que chez l'homme. Les conditions qui peuvent favoriser la production d'un nouveau trajet herniaire sont bien loin d'être aussi puissantes que chez l'homme.

M. PONCET, relativement aux suites de cette opération, signale deux cas de sa pratiques datant de dix et de cinq mois, dans lesquels les opérées sont restées guéries sans port de bandage.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Ostéome. — **M. SCHMITT** (de Versailles) présente un cuirassier atteint d'un ostéome du moyen adducteur, développé à la suite d'une contusion. Il fait, à ce propos, une communication qui est renvoyée à l'examen d'une commission. (Comm. MM. Terrier, Delens et Jalaguier.)

Fracture de la clavicule. — **M. POIRIER** présente un malade auquel il a pratiqué, pour une fracture comminutive de la clavicule, une résection partielle suivie de suture des fragments. (Comm. M. Jalaguier.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 28 mai 1891, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les docteurs Lorieux, Degrenand et Carion, médecins auxiliaires de deuxième classe.

— Par décret, en date du 29 mai 1891, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Iman, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret, en date du 29 mai 1891, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Loro, Van Gelder, Muller, Salva, Kinzelbach, Bénard, Bloch, Gayot, Richard, Soueix, Leblanc, Perrin, Reynaud, Leriche, Bellouard, Butte, Mabille, Chevallier, Larquier, Compagnon, Olivier, Ducloux et Bontemps.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Massaloux-Lamonnerie, Mandinaud, Leviste, Dupasquier, Nidergand, Beaudouin, Gœury, Cassin, Rattel, Boucher, Flordin, Guidon, Mercier, Gral, Pichencourt, Boyer, Jouanaud, Vignon, Jubineau, Curé, Guenebaud, Bouyer, Maschat, Garraud, Bouvard, Mallié, Baux, Lebrun, Boulinguez, Diverneresse, Authenac, Amiot, Charles, Folliot, Audic, Beuve, Chotier, Gœthals, Rolland, Bessière et Mondon.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Guéridaud, Gonnard, Bartibas, Montagu et Pautauberge.

— Par décision ministérielle, en date du 30 mai 1891, le nombre des candidats à admettre cette année, à l'École du service de santé militaire de Lyon, a été fixé à cinquante-cinq.

— M. le docteur H. Ricard a été élu hier député de la Côte-d'Or pour l'arrondissement de Beaune.

— A la suite de la mise en adjudication, à Bruxelles, des « Annales d'oculistique », ce journal, fondé en 1837 par Florent Cunier et continué par Warlomont, est passé entre les mains de notre confrère le docteur Valude, médecin-adjoint de la Clinique des Quinze-Vingts.

Ce journal, pour être transporté de Bruxelles à Paris, n'en perdra point son caractère, et le nouveau directeur, en s'associant des collaborateurs de Suisse et de Belgique, lui conservera sa destination d'être l'organe ophthalmologique des pays de langue française.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1890-1891 sera ouvert le mercredi 24 juin 1891, et clos le samedi 18 juillet à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Les inscriptions de première année, les mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26 et samedi 27 juin 1891. — 2° Les inscriptions de deuxième année de doctorat, les jeudi 2, vendredi 3 et samedi 4 juillet 1891. — 3° Les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 8, jeudi 9, vendredi 10, samedi 11, mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17 et samedi 18 juillet 1891.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté. Ils sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième année de doctorat, et de deuxième, de troisième et de quatrième année d'officiat, soumises au stage, ne seront distribués qu'à partir du mardi 7 juillet 1891.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le troisième trimestre de l'année scolaire 1890-1891. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont absolument de rigueur: les inscriptions seront refusées aux élèves internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir. Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la neuvième inscription de doctorat et de la cinquième d'officiat ; il se continuera sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Les inscriptions pour le stage sont reçues, à partir du 15 octobre, à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscription.

Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : premier trimestre, novembre et décembre, cinquante-six jours; deuxième trimestre, janvier, février et mars, quatre-vingt-six jours; troisième trimestre, avril, mai et juin, quatre-vingt-six jours; quatrième trimestre, juillet à octobre, cinquante-six jours.

Consignations. — 1° Les élèves ajournés, à la session de novembre 1890, au premier examen de doctorat et aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (officiat), devront consigner les mercredi 10 et jeudi 11 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 22 au 27 juin.

2° Les élèves de première année, qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances, devront consigner les mercredi 17 et jeudi 18 juin. (Ils prendront la quatrième inscription du 24 au 27 juin inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 29 juin.) Ceux qui ne consigneront pas aux dates cidessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils consigneront en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté.

3° En cas d'ajournement au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de première année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 19 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 12 ou le mardi 13 octobre 1891, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves-doc-

teurs de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

Ostéologie. — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 19 octobre 1891. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'officiat devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2). A cet effet, le bureau sera ouvert tous les jours de midi à trois heures, pendant la période des examens : avant les vacances, à partir du 22 juin ; et à la session d'automne, du 19 au 31 octobre.

— On demande, pour trois mois, un assistant dans ville d'eaux. — S'adresser à M. le docteur Madef, rue de l'Arbre-Sec, 47.

— *Remplacement.* — Un externe des hôpitaux, ayant passé le quatrième examen de doctorat, accepterait de faire un remplacement de médecin à partir du 1er juillet. — Écrire KZ, Faculté de médecine de Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 65. — JEUDI 4 JUIN 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 4 JUIN 1891. — N° 65.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. Amputations du sein. — Thèses de Paris. — Thérapeutique. Nourriture complémentaire de l'enfant pendant l'allaitement; préparation au sevrage. — Académie de Médecine. — Variétés. Souvenirs d'Algérie : Les oiseaux. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le professeur Germain Sée a fait une communication dans laquelle il a exposé ses idées personnelles sur le mécanisme des maladies du cœur et sur l'action physiologique des médicaments cardiaques. Pour M. G. Sée, ce qui constitue surtout la maladie du cœur, c'est la distension de ses cavités beaucoup plus que les lésions du myocarde, auxquelles, au point de vue clinique, il n'attache qu'une importance tout à fait secondaire. Partant de ce principe, M. G. Sée étudie les médicaments cardiaques, non plus au point de vue de leur action sur la pression vasculaire, sur les battements du cœur, ni de leur pouvoir diurétique, mais bien au point de vue de leur influence sur les changements de volume du cœur.

M. Dujardin-Beaumetz a cherché à rendre au muscle cardiaque toute sa valeur physiologique et clinique. On trouvera au compte rendu les conclusions du travail de M. Sée et la petite discussion à laquelle il a donné lieu.

On n'a pas oublié la discussion qui a eu lieu, l'année dernière, sur les accidents produits par le chloroforme, discussion qui avait eu pour point de départ une importante communication de M. Laborde. La plupart des chirurgiens de l'Académie avaient pris la parole et, il faut bien le dire, avaient assez malmené les prétentions de la physiologie au point de vue du traitement préventif et curatif des accidents chloroformiques. M. Laborde a répondu aujourd'hui aux diverses objections de ses collègues et, pour bien leur prouver de nouveau l'utilité de l'expérimentation physiologique, a terminé sa communication en présentant un appareil dont la construction est basée sur cette expérimentation, et qui est destiné à pratiquer chez l'homme la respiration artificielle, le moyen curatif le plus efficace contre les accidents produits par le chloroforme.

Nous publions ci-après une clinique dont nous laissons toute la responsabilité à son auteur.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

Amputations du sein.

Voici l'histoire de cinq malades, non choisies, opérées pendant le mois de février, et toutes pansées de la même manière par les procédés anciens et toutes guéries.

Ces cinq malades ont été les seules opérées de ce genre, c'est tout ce qu'il y a eu d'amputé du sein dans le service, du 28 janvier 1891 au 4 mars.

I. *Squirrhe du sein droit ulcéré adhérent au muscle grand pectoral. Rhumatisme articulaire chronique. Palpitations.* — La nommée F... (Marie), âgée de cinquante-trois ans, journalière, entre salle J.-L. Petit, lit n° 3, le 14 janvier 1891.

Le début de la tumeur remonte à cinq ans.

Il s'agissait d'un squirrhe atrophique ulcéré, adhérent manifestement à la poitrine, mais un peu mobile, avec deux petits ganglions axillaires non adhérents et liés à l'inflammation.

M. Després, après avoir préparé la malade à l'opération, fait l'ablation le 28 janvier avec le chloroforme. Il dépasse largement les limites du mal, enlève, par conséquent, du muscle adhérent et dénude une côte.

Il n'est pas fait de réunion. Pansement à plat avec un gâteau de charpie imbibé d'alcool camphré, linge troué enduit de cérat et charpie à l'eau alcoolisée.

Le soir de l'opération aucune fièvre.

Le lendemain, 29 janvier, voici quelle est la température : matin, 37°2 ; soir, 37°4.

Le jour qui suit, la température se maintient à peu près à la normale.

Le 31 janvier, elle monte le soir à 38°6, pour rester ensuite aux environs de 38 degrés jusqu'au 3 février, où elle atteint le soir 39 degrés et redescend le jour suivant à 38 degrés.

Du 12 février au 19 du même mois, elle oscille vers 37 degrés. A partir de ce moment, la malade n'ayant plus de fièvre, on cesse de prendre la température.

Elle sort de l'hôpital le 26 mars, entièrement guérie, après avoir présenté une nouvelle et légère atteinte de rhumatisme.

II. *Sarcome végétant ulcéré du sein gauche.* — La nommée L... (Rosalie), âgée de soixante-quatorze ans, journalière, entre salle J.-L. Petit, lit n° 9, le 28 janvier 1891.

On avait déjà, paraît-il, refusé plusieurs fois de l'opérer.

La tumeur, en effet, était constituée par un gros champignon, du volume d'une tête d'enfant, de tissu sarcomateux végétant et ayant produit des hémorrhagies à répétition et avec suppuration sanieuse qui avait épuisé la malade. Celle-ci, du reste, était infiltrée et avait de l'œdème des deux jambes. Mais la tumeur était mobile sur le thorax et il n'y avait pas de ganglions axillaires.

Le 31 janvier, M. Desprès fait l'opération sous le chloroforme : il enlève la mamelle, un peu de muscle adhérent à la tumeur avec une large portion de la peau.

Pas de réunion immédiate, un point seulement pour rapprocher les bords de la plaie du côté de l'aisselle.

Pansement : charpie, trempée dans l'alcool camphré pur, appliquée sur la plaie, par-dessus linge troué enduit de cérat, puis gâteau de charpie imbibé d'eau et d'alcool camphré, toile gommée, compresse et bandage de corps.

Le soir de l'opération pas de fièvre.

1er février. Température : matin, 37°4 ; soir, 38°4.

Le pansement est changé, seule la charpie en contact avec la plaie est laissée en place.

2 février. Nouveau pansement qui est fait ainsi tous les jours. La température le soir monte à 39 degrés. Le 3 au matin elle redescend à la normale.

5 février. Température normale le matin; le soir, 38°6. A partir de cette époque la température ne dépasse pas 37°2.

24 février. Petit abcès ouvert au bistouri, un peu au-dessus de la cicatrice et au niveau du point où avait passé le fil d'argent de la suture. Cataplasmes.

17 mars. La malade sort de l'hôpital, la plaie complètement cicatrisée.

III. *Squirrhe de la peau du sein gauche. Érysipèle de la plaie et de la face à répétition.* — La nommée B... (Zoé), âgée de cinquante-neuf ans, coupeuse, entre dans la salle J.-L. Petit, lit n° 5, le 6 février 1891.

Il y a trois ans que le mal a débuté.

La malade est une femme maigre et sèche, mais bien portante. La tumeur, de la grosseur d'une mandarine, n'est pas ulcérée, mais elle adhère fortement aux muscles sous-jacents et à la peau. Elle se prolonge de plus vers l'aisselle, où l'on sent plusieurs ganglions engorgés, et s'étend sur le bras.

L'opération est faite le 11 février. M. Desprès, après avoir circonscrit la tumeur, enlève une grande partie du grand pectoral, arrive presque sur les côtes et prolonge son incision jusque dans l'aisselle pour y énucléer les ganglions malades et une portion du muscle grand pectoral.

Un point de suture au fil d'argent au niveau de l'aisselle pour rapprocher les lèvres de la plaie. Quelques ligatures de vaisseaux avec du fil de lin ciré et pansement habituel.

Le soir de l'opération, température axillaire, 37 degrés.

Le 12 février. Température : matin, 38 degrés ; soir, 39 degrés.

Les jours suivants jusqu'au 18 février, la température oscille aux environs de 38 degrés.

Le 19 février au soir, 39°2. Un peu de rougeur des bords de la plaie. Quelques frissons.

Le lendemain matin 39 degrés ; l'érythème est plus accentué.

Le soir la température est de 39°6.

On constate un érysipèle qui s'étend un peu vers l'aisselle, puis vers le bras, en s'éteignant à son point de départ.

Poudre d'amidon sur l'érysipèle.

Les jours qui suivent la température redescend pour remonter le 25 à 39°4 et 39°6, puis enfin redescendre graduellement jusqu'à 37 degrés.

Le 3 mars. Sous l'influence d'une croisée ouverte, la malade prend froid. Nouveaux frissons et nouvelle élévation de la température à 39°2. Elle fait un deuxième érysipèle, cette fois sur la face, qui débute au niveau du grand angle de l'œil gauche.

Compresses d'eau de sureau.

Les 4, 5 et 6 mars. La température se maintient à 39 degrés, puis alors redescend, l'érysipèle s'éteignant peu à peu.

Légère écorchure au niveau du sacrum.

Les 8 et 9 mars. La température est de 37°2 et 37°4.

Le 9 mars au soir. Nouvel érysipèle, manifestement ambulant, s'étendant du bras au tronc, au dos.

Compresses d'eau de sureau sur la face. Poudre d'amidon.

La température atteint le soir 40 degrés. Les jours suivants elle oscille aux environs de 39 degrés avec légère rémission matinale à 38 degrés.

La rougeur érysipélateuse s'éteint progressivement. La plaie bourgeonne abondamment.

A partir du 16 mars, la température est normale le matin, fièvre légère le soir (suppuration). Même pansement.

Après l'application de quelques cataplasmes, pour nettoyer la cicatrice, la malade quitte l'hôpital, sa plaie guérie, le 25 avril.

IV. *Adénome kystique du sein droit.* — La nommée B... (Lucie), âgée de vingt-sept ans, blanchisseuse, entre salle J.-L. Petit, lit n° 14, le 21 février.

Il y a deux ans qu'elle porte une tumeur qui offre le volume d'une noix. Cette tumeur est entièrement comprise dans la glande mammaire et n'adhère nullement aux muscles. Pas d'engorgement ganglionnaire.

M. Desprès pratique une incision pour enlever cet adénome, et résèque même un peu du tissu de la glande.

Dans la tumeur se trouvait un petit kyste suppuré.

Pas de réunion. Interposition, entre les lèvres de la plaie, de charpie imbibée d'alcool camphré, puis pansement. Température le soir, 37°6.

26 février. Température : matin, 37°4 ; soir, 37°2.

27 février. Température : matin, 37 degrés ; soir, 38 degrés.

28 février. Température : matin, 37°2 ; soir, 37°6.

La température reste à la normale jusqu'au 10 mars, moment où l'on cesse de la prendre.

Le 4 avril la malade quitte la salle et s'en va guérie.

V. *Squirrhe du sein droit avec ganglions dans l'aisselle.* — La nommée A... (Louise), giletière, entre le 25 février, lit n° 12, salle J.-L. Petit.

Il y a huit mois, dit-elle, qu'elle a vu débuter son mal, mal limité au volume approximatif d'une pomme.

La tumeur, adhérente à la peau, ne glisse pas non plus sur les muscles, mais fait corps avec eux. De plus, on sent très nettement dans l'aisselle un ou deux ganglions malades.

L'opération est pratiquée le 4 mars. Par suite de l'adhérence au muscle, M. Desprès enlève une partie du grand pectoral, et fait une large perte de substance depuis le sternum jusqu'à l'aisselle. La tumeur est suivie jusqu'aux ganglions malades.

Pas de réunion ; seulement un point de suture pour rapprocher la peau au niveau du sternum. Pansement. Le soir température axillaire, 37°4.

5 mars. Température : matin, 38 degrés ; soir, 38°4.

Les 6 et 7 mars. La température reste au-dessous de 38 degrés.

8 mars. Elle atteint 38°2 et 38°6, puis redescend insensiblement aux environs de 37 degrés, qu'elle dépasse à peine de quelques dixièmes le soir.

Suppuration bleue pendant un jour.

On ne prend plus la température à partir du 19 mars.

La cicatrisation est assez longue à cause de l'étendue de la plaie. Bourgeonnement souvent réprimé par le crayon au nitrate d'argent.

Dans les derniers jours, cataplasmes. Enfin, la malade sort guérie le 20 avril et, comme les quatre autres opérées, en état de reprendre immédiatement ses occupations et son travail.

M. Desprès disait à l'occasion de ces cinq malades :

« Si les théories mystiques, aujourd'hui en vogue, étaient vraies, ces malades eussent dû mourir ou au moins présenter de graves complications. Il n'en a rien été, et la température des malades est là pour montrer que les pansements anciens ont tenu ce que l'on est en droit d'attendre des pansements les plus vantés aujourd'hui.

Ces cinq malades présentaient : l'une, un petit adénosarcome simple ; une autre malade était dans des conditions de santé peu favorables et avait un squirrhe ulcéré

adhérent; une autre avait un squirrhe ulcéré qui avait envahi le grand pectoral, et il a fallu aller couper le muscle jusqu'à son insertion dans la coulisse bicipitale. La quatrième était une malade épuisée par les pertes de sang provenant d'un gros sarcome végétant du sein; la malade était infiltrée et considérée comme perdue. Enfin, la cinquième avait un squirrhe du sein adhérent à l'aponévrose du pectoral avec nombreux ganglions axillaires.

Toutes les variétés de tumeurs du sein, dont deux graves à cause de l'état général de la malade, une grave en raison des adhérences et des ganglions axillaires, sont comprises ici.

Toutes ces tumeurs ont été enlevées largement; il n'y a pas été tenté de réunion immédiate; dans trois cas, un ou deux points de suture métallique ont été placés à l'extrémité interne de la plaie pour en diminuer l'étendue; un gâteau de charpie imbibée d'alcool camphré a été placé dans la plaie et laissé à demeure neuf jours; le tout recouvert d'un pansement humide.

Le neuvième jour, le gâteau de charpie rempli de pus, renfermant tous les microbes connus et inconnus, est tombé et la plaie bourgeonnante, donnant du pus bien lié et de bonne nature, a commencé à se cicatriser. C'est le vieux pansement de Pibrac, à cela près que l'on mouille la charpie avec l'alcool camphré pour faire l'hémostase complète et cautériser un peu la plaie le premier jour.

Une seule malade, celle dont la plaie était la plus difficile à panser, puisqu'il fallait panser à la fois le bras et la poitrine, a présenté une complication : un érysipèle erratique, dont elle a, du reste, parfaitement guéri, et sans le communiquer aux quatre autres opérées.

Cet érysipèle, au surplus, rentre maintenant dans la règle. Lorsque j'avais des sœurs à l'hôpital de la Charité, j'avais environ un érysipèle sur trente opérations du sein; depuis que l'on m'a privé de leur service, j'ai un érysipèle sur cinq ou six. La surveillance des opérées en dehors des heures de ma présence à l'hôpital, le soin d'éviter les refroidissements, me paraissent et m'ont toujours paru ce qu'il y avait de mieux pour prévenir l'érysipèle, car ce sont ces vieux préceptes que le temps a consacrés que je mets encore en usage.

On a, tout le public médical le sait, critiqué avec malice, parfois avec aigreur, cette manière de traiter et de panser les plaies. Les vieux pansements, comme les vieux maîtres disparus, ont été accablés d'épigrammes : qu'il me soit donc permis d'user ici de représailles.

Je possède le compte moral des hôpitaux de Paris pour trois années : 1839, 1845 et 1885, et je les tiens à la disposition des incrédules : il y a pour les années 1838, 1844 et pour 1884 (le dernier compte moral publié, l'administration ne se presse pas sur ce point), un relevé de la mortalité générale dans les services de chirurgie des hôpitaux.

Dans ces recueils, la mortalité est calculée pour tous les hôpitaux et tous les chirurgiens de la manière la plus honnête et toujours la même. On divise le nombre des malades existants le 1er janvier et de ceux entrés dans l'année, par le nombre des morts, et cela donne la mortalité aussi exacte que possible, qu'il y ait eu 12 ou 20 000 malades dans les services réunis. Eh bien! voici le piquant :

En 1839, services de chirurgie réunis :

Mortalité avec les anciens pansements : Hommes, 1 décès sur 22,82; Femmes, 1 décès sur 25,51.

En 1845, services de chirurgie réunis :

Mortalité, avec les anciens pansements : Hommes, 1 décès sur 24,83; Femmes, 1 décès sur 21,09.

Ici l'on voit que la mortalité pour les femmes a été plus grande, mais il y a une explication : il y avait à l'Hôtel-Dieu un brillant opérateur qui en abusait. Roux avait chargé la mortalité de l'Hôtel-Dieu qui perdait alors 1 malade sur 16, tandis qu'en 1839 on ne perdait à cet hôpital qu'une malade femme sur 23.

En 1885, au dernier compte moral connu, page 22, on trouve, services de chirurgie réunis :

Mortalité avec les nouveaux pansements : Hommes, 1 décès sur 17,45; Femmes, 1 décès sur 14,61.

Il y avait des hôpitaux où la mortalité femmes était de 1 sur 6,67 et 1 sur 3,78.

Ces chiffres se passent de commentaires; avec les prétendus progrès, on perd aujourd'hui dans les hôpitaux *plus de malades* qu'on n'en perdait il y a quarante ans. On opère plus, dit-on, et on perd moins de malades; cela serait à démontrer. Mais à supposer que cela soit rigoureusement exact, alors, on perdrait plus de malades atteints d'affections chirurgicales ordinaires qu'on n'en perdait autrefois. On invoquera sans doute la statistique de Malgaigne concernant les amputations et établissant que l'on perdait plus de 60 p. 100 des amputés; mais il ne faudrait pas oublier qu'à cette époque les chirurgiens ne coupaient les membres que quand ils ne pouvaient pas faire autrement, tandis qu'aujourd'hui, un peu partout, l'on fait des amputations et des résections à des malades qui auraient pu guérir autrement avec le temps.

Il y a un peu plus d'un siècle, l'Académie de chirurgie a donné comme sujet de concours pour ses prix : « De l'abus des onguents et des emplâtres dans le traitement des plaies. » L'heure viendra peut-être bientôt où l'on jugera de même les nombreuses préparations dites « antiseptiques », et les vieux maîtres de la chirurgie, s'ils en ont besoin, seront assez vengés. »

THÈSES DE PARIS

Contribution à l'étude de la chirurgie du cerveau basée sur la connaissance des localisations, par M. Eugène Decressac. — L'étude des localisations cérébrales corticales fournit à la clinique de précieux renseignements pour établir le diagnostic des affections intra-craniennes. On doit cependant songer à la possibilité d'une erreur causée par l'existence de pseudo-symptômes de localisation.

L'intervention est justifiée, lorsqu'il existe une lésion matérielle, abcès, épanchement, tumeur, etc.; elle est discutée si aucune lésion, visible à l'œil nu, ne répond aux signes d'irritation locale fournis par la clinique. L'opération doit être basée sur un diagnostic précis, et faite avec une antisepsie rigoureuse. Dans ces conditions, la trépanation n'a que la gravité de la lésion qu'elle veut combattre; par elle-même, elle est d'une bénignité comparable à celle des petites opérations chirurgicales.

Les résultats donnés par l'intervention sont satisfaisants, et autorisent le chirurgien à persévérer dans cette voie.

La laryngotomie chez l'adulte, par M. Charles Hélie. — L'espace intercrico-thyroïdien est suffisant, chez l'adulte, pour recevoir une canule. Parfois, cependant, quand les cartilages sont ankylosés, il faut faire la section du cartilage cricoïde. On doit se servir, à moins d'échec presque certain, de la canule à bec de Krishaber.

La laryngotomie intercrico-thyroïdienne est une opération bénigne, facile et rapide, qualités que n'a pas le plus souvent la trachéotomie. Aussi, dans la grande majorité des cas, doit-on faire la laryngotomie de préférence à la trachéotomie, qui est toujours aléatoire.

Il n'y a que certains cas rares de cancer où la région sous-glottique est envahie par des bourgeonnements néoplasiques ou tuberculeux, où les cartilages sont enflammés et suppurent déjà, dans lesquels il semble préférable de faire la trachéotomie.

THÉRAPEUTIQUE

Nourriture complémentaire de l'enfant pendant l'allaitement; préparation au sevrage.

Par M. le docteur De Vaugenare.

L'alimentation domine l'hygiène de la première enfance comme la digestion domine et règle en quelque sorte toutes les fonctions à cet âge. Point n'est besoin de démontrer que, bien dirigée, elle rend les enfants forts et vigoureux; mal conduite, elle amène leur dépérissement et détermine souvent leur mort. Nous nous occuperons, dans les considérations qui vont suivre, non du régime, mais de l'aliment lui-même et de certaines préparations qui jouent un rôle complémentaire dans l'alimentation, en laissant de côté tout ce qui est relatif à l'histoire naturelle et physiologique des aliments.

Lorsque, pour une cause quelconque, le lait maternel vient à faire défaut, on lui substitue le lait de vache, mais la caséine qu'il contient n'est pas de même nature que celle du lait de femme qui, dans le suc gastrique, se coagule en petits filaments, tandis que la caséine du lait de vache forme un caillot compact; elle est d'ailleurs trop abondante et le lait de vache ne convient qu'à un enfant de huit à dix mois; le coupage dont il est l'objet pour les jeunes nourrissons, tout en ramenant la caséine dans de justes limites, n'amende pas la nature de sa coagulation et présente l'inconvénient de diminuer de moitié sa richesse en beurre, sucre et phosphates. Il vaudrait mieux, dans ce dernier cas, recourir au lait de poule composé de jaune d'œuf étendu d'eau sucrée.

L'œuf, en effet, constitue un aliment complet au même titre que le lait, puisque, sous sa mince enveloppe calcaire, il renferme tous les matériaux nécessaires à l'existence du nouvel individu qui puise dans le jaune la substance de ses muscles et de ses os.

La valeur alimentaire du jaune d'œuf est sept fois plus grande, mais le sucre de lait y fait complètement défaut; toutefois, si on ajoute 600 grammes d'eau bouillie contenant 40 de lactose ou de maltose, on obtient un lait qui vaut le lait maternel pour l'alimentation.

Mais quand le nourrisson a pris des dents et que ses muscles se sont développés, il arrive un moment où le lait maternel et le lait de poule sont insuffisants; il faut alors à l'enfant une alimentation plus azotée, plus condensée, contenant moins d'eau, mais aussi riche en phosphate de chaux, en éléments hydrocarbonés que le lait lui-même.

Jusqu'en ces derniers temps, aucune préparation alimentaire ne pouvait prétendre résoudre ce problème. En effet, toutes les farines, fécules et semoules présentent ce grand inconvénient de donner à la cuisson une masse d'empois trop lourde pour l'estomac de l'enfant et de ne renfermer qu'une proportion insuffisante de phosphate de chaux.

C'est alors que l'on peut recourir, avec avantage, à l'usage d'aliments tels que le malt et le jaune d'œuf qui, par leur composition, peuvent être assimilés au lait maternel. D'une part, le *blé* malté, où se transforment pendant la germination les aliments destinés à nourrir la jeune plante, fournit à l'enfant un sucre spécial et un gluten très divisé tout préparé pour développer ses membres; d'autre part, le jaune d'œuf procure au nourrisson les aliments gras nécessaires à l'entretien de sa chaleur, le phosphate de chaux utile à ses os et une albumine qui se précipite en filaments légers.

Dans le jaune d'œuf, les corps gras, la protéine et le phosphate de chaux se trouvent dans un état plus parfait que dans le lait lui-même, puisque, sans digestion préalable, ces éléments se métamorphosent spontanément chez le jeune oiseau en muscles, en graisse et en os.

MM. les docteurs Bouchut et Blache sont très partisans de cette association du malt et du jaune d'œuf et c'est après avoir entendu parler ces savants praticiens sur ce sujet, que M. Defresne, dont la compétence sur la digestion et la digestibilité des aliments est incontestable, prépara sous le nom de *Farine Maltée* un mélange de jaune d'œuf frais et de malt de blé, dans des conditions telles que les éléments azotés, hydrocarbonés et minéraux, sont entièrement dans le même rapport que dans le lait maternel.

Nous avons sevré notre enfant avec cette *Farine Maltée* et nous l'avons employée, avec succès, dans des circonstances difficiles.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de rapporter ici quelques observations cliniques dont la lecture fera encore mieux ressortir les qualités de la *Farine Maltée* comme nourriture complémentaire de l'enfance.

Première observation. — Le jeune B... est nourri au biberon depuis sa naissance; il avait onze mois quand je le vis, pour la première fois en 1890, pendant les chaleurs caniculaires. Il présentait un aspect assez chétif; une diarrhée verte le minait depuis plusieurs semaines; il était, en outre, aux prises avec le travail de la dentition; ses plaintes continuelles trahissaient ses souffrances. Je conseillai à la mère de lui donner la *Farine Maltée* dont les résultats, dans d'autres cas, étaient si encourageants. Pour combattre la diarrhée, je lui donnai des pincées de magnésie calcinée et du rhum vieux coupé d'eau de Vichy. Le résultat ne se fit pas longtemps attendre : douze jours après, la diarrhée avait complètement disparu, et deux incisives avaient percé. La *Farine Maltée* fut continuée d'une manière régulière. Je revis le petit malade quelques mois plus tard; il était alors âgé de vingt et un mois; il n'avait plus eu aucun des accidents qui ont failli compromettre son existence; il a marché à treize mois. Sa bonne mine me donna la curiosité de le faire peser; la balance accusa près de trente livres! — C'était assez démonstratif.

Deuxième observation. — Deux familles créoles des Antilles arrivèrent l'automne dernier à Paris; chacune avait un enfant en bas âge. Ces deux enfants, contrairement à la règle des pays chauds, n'avaient pas de dents, bien qu'ils fussent âgés l'un de sept mois, l'autre de dix mois. Ils mangeaient tous les deux une farine de provenance américaine, le *Corn Starch* (farine de froment). Le changement de climat ne tarda pas à altérer leur santé et une diarrhée inquiétante accompagnée de vomissements menaçait de les emporter. La *Farine Maltée* de Defresne me parut tout indiquée. J'ai eu lieu de m'en féliciter : aujourd'hui les deux enfants se portent à merveille; ils ont pu passer leur premier hiver malgré sa rigueur excessive sans rien présenter de particulier; ils marchent et la dentition se fait régulièrement. L'un de ces enfants, âgé aujourd'hui de quinze mois révolus, pèse plus de 26 livres; je n'ai pas eu occasion de peser l'autre.

Grâce à la *Farine Maltée Defresne*, nous évitons la transition brusque de l'alimentation au sein à l'alimentation ordinaire; nous préparons l'enfant au sevrage qui ne présente plus désormais aucun danger; les enfants ne connaissent ni la diarrhée, ni les rougeurs aux fesses; nous dirons même plus, ceux qui étaient débilités par la diarrhée verte, se sont améliorés très rapidement par la substitution de la *Farine Maltée* au lait de vache. Ils sont, en outre, remarquables par la fraîcheur et la fermeté des chairs, la gaieté et la vivacité de leur allure. La poussée des dents se fait régulièrement et jamais nous n'avons constaté aucune déviation de la taille, accident auquel sont exposés les enfants nourris avec les fécules ou autres aliments incomplets.

Il n'y a même pas à hésiter à substituer la *Farine Maltée* au lait maternel dès les premiers mois de la vie, quand l'enfant

vient mal au sein ou lorsqu'il est prudent de ne pas compromettre la santé d'une nourrice mercenaire. Dans ce dernier cas, un de mes confrères, voyant un nourrisson de deux mois atteint d'entérite occasionnée par le lait de vache, lui substitua, avec succès, l'élevage à la *Farine Maltée* prise au biberon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juin 1891. — Présidence de M. TARNIER.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° Une note de M. Crié (de Rennes), sur les verticillium dans leurs rapports avec la santé publique ; 2° Des plis cachetés adressés par MM. Danion et Marage (acceptés); 3° Une demande d'ouverture d'un pli cacheté, déposé par M. Abeille, en 1890, sur les inhalations microbicides dans la diphthérie et la tuberculose pulmonaire.

RAPPORTS

M. CONSTANTIN PAUL lit un rapport sur un travail de M. le docteur Barth (de Sandfort) relatif à l'emploi des boues de Dax.

M. BUDIN fait un rapport sur un mémoire de MM. Ledru et Nivet, relatif à la construction d'une Maternité.

COMMUNICATIONS

De la distension ou dilatation du cœur; de l'action des médicaments cardiaques. — M. GERMAIN SÉE a fait de nouvelles recherches à l'aide du stéthoscope de M. Constantin Paul, et de sa méthode de percussion par transmission des bruits du cœur aux surfaces osseuses. Ces recherches l'ont conduit aux conclusions suivantes :

La matité absolue ou petite matité du cœur n'existe pas au point de vue clinique, c'est-à-dire qu'elle ne se distingue pas de la matité générale appelée submatité.

Si le cœur est sujet à de nombreuses variations de volume qui se traduisent par l'augmentation mobile de la matité et par la persistance de celle-ci pendant quelque temps, c'est qu'il y a là de nombreuses causes d'erreur de diagnostic; j'ai vu beaucoup de malades traités pendant longtemps pour une dilatation simple ou hypertrophique des parois, qui n'avaient aucune espèce de lésion; on les avait pris au moment de la distension temporaire, sans répéter plus tard l'examen.

Au point de vue du pronostic des cardiopathies on a, dans ces derniers temps, attaché la plus grande importance à l'état du myocarde; il faut dire maintenant à l'état de distension ou de dilatation ou d'hypertrophie du cœur.

La plupart des lésions du myocarde, telles que les dégénérescences, les différentes altérations, les états scléreux, peuvent exister sans entraîner la moindre modification morbide; au point de vue clinique, on peut dire dans ces cas qu'il n'y a point de maladie du cœur, celle-ci ne se manifeste que s'il y a distension. Une deuxième catégorie de faits est absolument opposée : des manifestations chroniques se produisent avec tous les symptômes habituels de la cardiopathie, sans qu'il y ait la moindre lésion anatomique du muscle.

La clef de toutes ces anomalies paradoxales est dans la distension des cavités du cœur, surtout du ventricule gauche; si celle-ci est permanente, c'est-à-dire constatable dans toute circonstance, ce sera la véritable maladie du cœur.

Dans ces cas, il y aura encore un départ à faire entre l'hypertrophie qui peut être favorable, surtout quand elle est véritable, c'est-à-dire quand elle résulte d'une multiplication des fibres-cellules musculaires, et la dilatation permanente qui est le plus souvent l'indice de la fatigue fonctionnelle ou de l'amincissement des parois.

Ces considérations ont un certain intérêt pratique. On n'a jamais songé à concevoir les agents cardiaques, autrement que par leur pouvoir d'augmenter ou de diminuer la pression vasculaire, par leurs propriétés diurétiques, par leur faculté de ralentir ou d'accélérer les battements du cœur, etc. Ce que devient le cœur lui-même, sa force, son volume, sa forme, on ne peut guère le soupçonner que par la percussion, car la palpation et l'auscultation elles-mêmes ne nous fournissent que des données vagues et aléatoires sur la dynamique et la puissance de l'organe. Or, en mesurant le cœur et en traçant sa forme sous l'influence ou sous l'impulsion des remèdes principaux tonifiants ou régulateurs ou dépresseurs, on arrive aux remarques ci-dessous :

1° La spartéine est le remède qui diminue le plus et le plus promptement les dimensions du cœur; c'est lui qui fortifie le mieux le muscle cardiaque, en augmente la tonicité; par d'autres procédés, divers observateurs modernes, entre autres Lewaschef, Ferrannini et Rammo, sont arrivés aux mêmes résultats : ils ont constaté, comme nous, l'absence de diurèse;

2° La digitaline diminue également le volume du cœur, mais elle agit principalement sur les cavités droites, et elle ne paraît avoir d'action que si ces cavités sont préalablement dilatées, donc seulement dans un état pathologique défini;

3° L'iodure de potassium diminue également le volume du cœur, mais cet effet est moins prononcé que par la spartéine;

4° L'antipyrine augmente le volume total, sans influer en quoi que ce soit sur la pression artérielle;

5° Le bromure de potassium est dans le même cas que l'antipyrine, et dans un cas opposé à l'iodure de potassium; il dilate le cœur dans sa totalité, peut-être plus le cœur droit.

Restent les médicaments sans portée efficace sur le cœur : par exemple, la caféine, qui n'agit nullement sur le muscle cardiaque, et le laisse dans l'indifférence absolue.

DISCUSSION

M. CONSTANTIN PAUL fait observer que les variations du cœur ne peuvent se constater que par l'expérimentation *de visu* sur les animaux ou la mensuration clinique de l'organe. Il ajoute que dans sa communication M. Sée n'a peut-être pas assez tenu compte de l'influence des variations de volume de l'estomac sur les déplacements du cœur et les changements survenus dans sa matité.

M. G. SÉE répond qu'il s'est efforcé d'éliminer cette cause d'erreur.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ est frappé de ce fait que M. G. Sée paraît faire dépendre l'élasticité du cœur d'un autre élément que le muscle cardiaque lui-même; c'est là une conception nouvelle qui ne repose sur aucune donnée anatomique ou physiologique. Il considère, quant à lui, l'élasticité du cœur comme étant étroitement liée à l'intégrité du muscle cardiaque. Il importe peu, par conséquent, au point de vue pratique, qu'il y ait ou non du souffle; le point important est que le cœur ait conservé sa résistance. Tous les médicaments susceptibles d'agir sur la fibre cardiaque sont donc indiqués dans les cardiopathies; mais, ce que M. Dujardin-Beaumetz ne saurait admettre avec M. G. Sée, c'est qu'un médicament, comme la digitaline, puisse agir seulement sur le cœur droit sans agir sur le cœur gauche; si les deux cœurs sont modifiés différemment par ce médicament, cela s'explique par la différence d'épaisseur de la couche musculaire du cœur droit et de celle du cœur gauche.

M. Dujardin-Beaumetz n'admet pas davantage que certains médicaments agissent exclusivement sur le cœur, et d'autres exclusivement sur les vaisseaux. Ils agissent tous à la fois sur la fibre musculaire du cœur et sur la fibre musculaire artérielle; mais, pour que cette action se produise, il faut que cette fibre musculaire soit intacte. Enfin, parmi ces médicaments, il en est qui augmentent la contractilité de la fibre cardiaque, et d'autres qui la diminuent.

M. LABORDE fait observer à M. Dujardin-Beaumetz qu'il faut tenir compte aussi des modifications volumétriques du cœur sous l'influence des variations de l'ondée sanguine.

Des accidents de la chloroformisation; traitement préventif et curatif. — M. LABORDE résume la discussion qui a eu lieu sur ce sujet et répond successivement aux objections et

aux critiques qui ont été formulées par MM. Le Fort, Verneuil, Alph. Guérin et Labbé. Il rappelle l'accord parfait existant entre lui et M. Franck et termine par les conclusions suivantes :

1° Tant qu'il y aura mort ou danger de mort par le chloroforme et la chloroformisation, encore bien que ce danger et sa réalisation puissent être, dans certains cas, inévitables et au-dessus des ressources de la science et de l'art, il y a lieu de rechercher les meilleurs moyens de conjurer et de combattre ce danger.

2° Cette question étant essentiellement une question de toxicologie, et, par conséquent, du domaine physiologique et expérimental, c'est à la physiologie et à l'expérimentation qu'il appartient de déterminer le mécanisme pathogénique des accidents, d'où doivent être déduits rationnellement les indications et les moyens de prévention et de traitement;

3° Cette détermination et les connaissances qui en découlent sont aujourd'hui assez avancées et assez positives, pour permettre à la clinique d'en bénéficier, par l'essai et l'application des moyens et des procédés démontrés efficaces par l'expérimentation, et qu'elle n'a pas le droit de répudier;

4° En l'état actuel, les moyens préventifs suggérés et indiqués par le double mécanisme du réflexe d'arrêt fonctionnel primitif ou secondaire et de l'action toxique par imprégnation générale, résident essentiellement :

a. D'une part, dans l'adjonction préalable et systématisée des analgésiques généraux et locaux à l'anesthésique en vapeur.

b. D'autre part, dans le dosage et le titrage le plus exact possible de la substance anesthésique; cette exactitude ne peut, à l'heure actuelle, être obtenue que par l'emploi de la méthode des mélanges titrés, basée sur la recherche et l'analyse expérimentales;

5° Les moyens curatifs peuvent être ramenés et se résument en tous ceux qui sont capables de ranimer les phénomènes mécaniques de la fonction respiratoire, éteinte ou près de s'éteindre, cette extinction constituant le mécanisme essentiel de l'action toxique propre du chloroforme. Or, de tous ces moyens, celui qui doit prédominer et prévaloir, comme le plus rationnel, conséquemment le plus efficace. et, il est permis de le dire, souverain, c'est la respiration artificielle, à la condition d'être réalisée selon les indications expresses de l'expérimentation, c'est-à-dire par le procédé de l'insufflation, transporté et adapté à la pratique chirurgicale.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Souvenirs d'Algérie : Les oiseaux (1).

Par M. le docteur Badour,

Médecin principal de première classe.

VII

Si l'homme se plait à reconnaître des qualités chez les animaux au point de les traiter en modèles, il est à noter qu'en général il n'y réussit guère à propos des oiseaux.

Et cette remarque que la chouette provoque, me rappelle un de mes maîtres dans les hôpitaux de Paris qui, se distinguant par une parfaite correction de tenue et d'attitude, très expert, d'ailleurs, en psores et en plaques muqueuses, avait la singulière manie, à la moindre observation dans le service des femmes, de laisser échapper l'appellation *bécasse.*

Franchement, est-ce que la femme a quelque chose de commun avec la bécasse et, quand la bécasse jacasse, n'est-elle pas dominée par quelque esprit de suite?

On dit bête comme une oie, parce que l'oie se laisse plumer sans crier. Mais êtes-vous bien sûrs qu'elle ne crie pas en dedans et qu'elle n'est pas comme le dindon, qui partage avec elle, et avec beaucoup d'autres, le déplaisir de qualifier les bêtises humaines? Si celui-ci ne parle pas comme le perroquet, le paysan vous dira qu'il n'en pense pas moins.

Et le serin? Vous avez eu, vous avez ou vous aurez des serins. Fût-il jamais plus ravissant créaturin? Et quelle insondable logique, si vous l'étudiez, mène ses appétits? Nous en possédons un qui n'a qu'une patte, ayant perdu l'autre par accident et en ayant guéri comme nous ne guérissons pas; il ne chante pas moins admirablement et se repose et couche dans un nid qu'il a bien vite apprécié.

L'étourneau vit par bandes, en Afrique, et sa chair que d'aucuns prétendent désagréable, n'est que trop recherchée en certaine saison, au détriment des cultures. M'expliqueriez-vous ce qu'il peut y avoir d'inconsidéré dans les allures de ce sociable et affectueux oiseau?

Enfin, les bêtes sont bien bêtes, c'est entendu. N'en est-il pas moins vrai qu'en maintes occasions nous leur rendons des points par notre ignorance et notre sauvagerie à leur égard?

VIII

Et maintenant, quiconque remarquera qu'à parler des oiseaux je ne suis pas sorti du domaine terrestre, voudra bien m'accorder que si la mer a les siens, on cherche vainement à quoi ils sont utiles. S'ils épurent les rivages, il faut avouer qu'il n'en est guère besoin, et ils ne sont pas mangeables, à moins qu'on ne soit sur les dents. Pourquoi les tuer aussi?

En décembre 1855, le *Phlégéton* était ancré sur la glace à l'embouchure du Dniéper. Nous étions à la portion congrue, celle des navires qui n'ont plus de vivres frais. Et les goëlands tournoyaient autour de la corvette pour happer les détritus du bord. Quelques coups de fusil adroitement tirés nous permirent de constater que, si la faim est mauvaise conseillère, elle assaisonne bien des mets invraisemblables.

A la même époque et dans les mêmes parages, doublant toujours le cap Fayol, nous eûmes sous la main des nids de cormorans. C'était dans un îlot du nom de Bérézan, aux bords coupés à pic, à la terre argileuse, ainsi que se présente, d'ailleurs, toute cette côte de la Russie méridionale.

Sur sa surface plane, où jamais être humain ne va que par hasard, il y avait un de ces nids que je ne saurais mieux comparer qu'à des fascines pleines, disposées en lignes tortueuses sur d'étroites ruelles et qui paraissent constituer des refuges permanents.

Et il nous fut facile de saisir des sujets dont nous nous régalâmes. N'étions-nous pas à l'âge où l'on trouve du goût à la vache enragée? Car c'en était de la vache enragée.

Sur la côte algérienne, où rien n'est plus commun que la mouette criarde, est-ce que le Maltais besoigneux s'occupe de savoir si c'est un aliment? On la tue pour la tuer, pour s'exercer au tir, et on la dédaigne, la blanche mouette, dont le vol capricieux, les plongeons verticaux et le balancement sur les flots agités sont l'ornement des ports.

IX

Et puis, c'est tout; et je finis comme j'ai commencé, joignant ainsi les deux bouts de l'article par un retour aux choses de la mer, de cette mer Méditerranée en particulier, à propos de laquelle une idée me poursuit que je vais vous soumettre (*stultâ loquacitate*).

Pour l'avoir longtemps fréquentée, je la connais à fond, cette mer intérieure qui devrait être exclusivent gréco-latine, si ses riverains du nord étaient frères par la pensée et par les sentiments, comme ils le sont par l'origine.

Aux rares moments perdus où la folle du logis erre dans l'utopie, il est doux, en effet, à notre patriotisme de prévoir les conséquences heureuses qu'aurait le rapprochement des peuples latins, au premier rang desquels, par la force des choses, se place le peuple grec (*majores nostri*).

Leur situation réciproque, au point de vue de l'indépendance nationale, est si nette par le fait de la configuration géographique, leurs intérêts communs sont si évidents pour cause de

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 577.

voisinage, et leur mutuel accord constituerait un si parfait ensemble en assurant à ces intérêts une prompte et facile satisfaction, que leur glorieux passé nous semble devoir renaître dans des conditions conformes à l'histoire moderne.

Réfléchissez un peu : si ces peuples se retrouvaient dans leurs traditions, s'ils scellaient d'une franche amitié leur alliance naturelle du sang et du génie, quelle force prévaudrait contre l'union qui les ferait maîtres chez eux et aux rivages maures, qu'il faudrait nettoyer ?

Ainsi, quelque valeur qu'ait présentement un avis semblable, pourraient raisonner ceux qui pensent que l'on ne doit pas s'arrêter, même devant un changement profond, pour établir le droit, se rappelant la réponse de Bacon aux timorés de son siècle :

« Si l'on s'étonne de mon audace, je m'étonnerai bien plus de leur faiblesse, et qu'il ne se trouve pas une âme assez vigoureuse pour rendre la raison à la vérité et l'homme à la nature. »

Ah ! si en notre qualité de médecin, le mal étant indiqué, nous osions prescrire le remède, si l'esprit qui nous anime à cet égard était dans le courant d'idées vraies, qui peut-être s'établira plus tard dans les sphères dirigeantes, quel bonheur nous aurions à formuler, par des expressions saisissantes, notre rêve du lac latin !

Hæc metuo equidem ne sint insomnia !

Et vivent les oiseaux !

— M. le professeur Tissier (de Lyon) vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie impériale de Saint-Pétersbourg.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Michel Rondet (de Miribel).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les coxalgies hystériques, par M. le docteur A.-F. PLICQUE, ancien interne des hôpitaux. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE. Angine streptococcienne; fusée purulente rétro-pharyngo-œsophagienne s'ouvrant dans la cavité pleurale droite; pleurésie purulente à streptocoques; empyème; mort. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

REVUE GÉNÉRALE

Les coxalgies hystériques.

Par M. le docteur A.-F. PLICQUE, ancien interne des hôpitaux.

Les contractures musculaires jouent, dans la symptomatologie des arthrites, un rôle prépondérant. Ce sont elles qui produisent les attitudes vicieuses caractéristiques, ce sont elles qui causent, pour la plus large part, au moins au début, la raideur de l'articulation. Aussi quand ces contractures existent sans lésions articulaires, survenant sous la seule influence d'un trouble nerveux, constituent-elles toujours — tant l'esprit est habitué à associer leur présence à l'idée d'arthrite — une véritable difficulté pour le diagnostic. C'est au genou, et bien plus encore à la hanche, que se rencontre le plus souvent cette difficulté. Brodie (1), le premier, a décrit, sous le nom de coxalgie hystérique, ces pseudo-arthrites sans lésions, mais qui, par la douleur, l'attitude du membre, l'impotence fonctionnelle, la raideur, simulent les arthrites aux lésions les plus graves. Il a insisté sur leur fréquence et, pour lui, parmi les plus hautes classes de la société, les quatre cinquièmes des femmes malades, que l'on suppose communément atteintes d'affections articulaires, sont atteintes simplement d'hystérie. Dans la classe pauvre, parmi les malades d'hôpital, M. Paget (2) estime que ces pseudo-arthrites nerveuses constituent encore près du cinquième des cas rencontrés. Il s'agit donc là d'une affection fréquente, d'observation presque journalière; son importance pratique est d'autant plus grande, que son pronostic et son traitement diffèrent du tout au tout de ceux des arthrites ordinaires; une confusion dans le diagnostic expose aux erreurs les plus graves dans les indications thérapeutiques. Depuis Brodie, la coxalgie hystérique a été souvent étudiée, en particulier par MM. Paget, Verneuil (1), Charcot (2), Blum (3), Wernher (4). C'est d'après ces études qu'il est possible de retracer la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de cette singulière affection.

(1) BRODIE. Local nervous affection, trad. française de Douglas Aigre, *Progrès médical*, 1880, p. 512 et suiv.
(2) PAGET. *Leçons de clinique chirurgicale*, trad. française de L.-H. Petit, Paris 1877, p. 246 et suiv.

I

Le début de la coxalgie hystérique est presque toujours brusque. A la suite d'un coup, d'une fatigue, d'une émotion, une jeune fille se plaint de douleurs violentes dans la hanche. La marche est complètement impossible, ou ne se fait qu'avec une excessive claudication. Le membre se place rapidement en attitude vicieuse ; la rotation en dedans et l'adduction sont les attitudes les plus communes au début; un peu plus tard, la flexion finit par prédominer. La moindre pression sur la jointure, le moindre mouvement qu'on essaye de lui imprimer, provoquent des cris déchirants. Cette situation se prolonge des semaines, des mois, des années même, sans que, malgré la douleur et l'impotence fonctionnelle, on voie survenir des troubles locaux, empâtement, abcès, atrophie. L'état général lui-même, en dehors des troubles nerveux, reste, malgré l'absence d'exercice, moins mauvais qu'on ne pourrait le redouter. Si la durée est très longue, la terminaison est souvent favorable et tous les troubles morbides peuvent disparaître, sans laisser de trace, aussi brusquement qu'ils sont venus. Toutefois, l'hystérie est une névrose trop protéiforme, pour que ce tableau général de la maladie ne soit pas sujet à de nombreuses modifications particulières. Il nous faut donc reprendre en détail l'étude de chacun de ses éléments.

1° La brusquerie du début est un des caractères les plus constants de la coxalgie hystérique. Parfois la période de début manque complètement et tous les symptômes arrivent d'emblée à leur maximum. Presque toujours cette période est extrêmement courte et, en quelques jours, l'évolution de la coxalgie hystérique réalise des symptômes qui ne se produisent dans la coxalgie tuberculeuse qu'après des mois de maladie.

(1) VERNEUIL. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1865, p. 37, et *Gazette hebdomadaire*, 10 août 1877.
(2) CHARCOT. *Leçons cliniques*, t. III, 1887, leçons XXIII, XXIV.
(3) BLUM. *Archives générales de médecine*, 1874, t. I, p. 291 (trad. du mémoire de M. Berger), et Thèse d'agrégation de chirurgie, Paris 1875.
(4) WERNHER. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, vol. I, pp. 8-72.

Les causes occasionnelles qui font naître les premiers accidents sont extrêmement nombreuses. Les unes, émotions, contrariétés, attaque convulsive, affections diverses de l'utérus, de la vessie, de l'estomac, semblent plutôt exercer leur action sur le système nerveux général, soit qu'elles l'aient affaibli à la longue, soit qu'elles l'atteignent directement par un véritable « nervous shock ». Parmi ces causes, une des plus curieuses est, sans contredit, l'imitation. C'est ainsi que, dans une observation de M. Paget, le frère de la malade avait une affection réelle de la hanche déjà fort avancée. D'autres causes, fatigue, traumatisme, ont une action plus locale sur l'articulation. Chez des sujets nerveux, il est facile de comprendre comment la faible douleur, produite par une marche prolongée, une contusion de la hanche, peut amener des contractures. M. Charcot, d'ailleurs, chez des malades hypnotisables, a pu provoquer par suggestion les symptômes de la coxalgie hystérique; il suffisait d'affirmer aux malades endormies qu'elles avaient reçu un coup sur la hanche et elles en souffraient au réveil. Ce traumatisme imaginaire suffisait à éveiller tous les symptômes : douleurs, attitudes vicieuses, claudication.

2° La douleur, dans la coxalgie hystérique, offre quelques caractères spéciaux. C'est rarement cette douleur profonde, sourde, mais supportable de la coxo-tuberculose. C'est presque toujours une douleur aiguë, atroce, excessive. Le siège et les irradiations paraissent, à première vue, les mêmes que dans la coxo-tuberculose. Pourtant le point de douleur maximum à la pression serait plus souvent au-dessus qu'au-dessous de l'arcade de Fallope. De plus — et c'est là un signe de haute importance auquel Brodie a attaché son nom — la pression la plus superficielle, un simple pincement de la peau suffit à provoquer une souffrance insupportable, plus vive que celle que provoque une pression profonde. Dans la douleur des mouvements provoqués, on observe une différence analogue. Tandis que, dans les arthrites vraies, les mouvements sont rarement tout à fait impossibles, que la souffrance n'apparaît qu'après que la cuisse a effectué une excursion, parfois assez étendue, dans la coxalgie hystérique, les cris commencent au moment même où commmence le mouvement. Parfois même, comme dans l'observation de M. Charcot, l'exploration amène une anxiété extrême, avec constriction épigastrique, mouvements inconscients, yeux hagards, en tout analogue à l'aura de l'attaque d'hystérie. A toutes ces nuances distinctives, vient s'ajouter encore la différence d'action de la douleur sur le sommeil. Les malades atteints de coxalgie hystérique peuvent voir le moment où ils s'endorment retardé par la souffrance, mais une fois endormis, ils n'ont pas les réveils en sursaut, les brusques secousses nocturnes des coxalgiques vraies.

Les attitudes vicieuses peuvent être, dans la coxalgie hystérique, entièrement les mêmes que dans la coxalgie vraie. Mais il arrive assez souvent qu'elles offrent diverses anomalies. Au début, l'adduction avec rotation en dedans est plus commune que l'abduction avec rotation en dehors de la coxo-tuberculose. D'autres fois, elles sont excessives, la flexion, par exemple, peut être telle que le genou vient s'appliquer au tronc ; parfois, malgré l'intensité des phénomènes douloureux, la position est restée à peu près normale, parfois, enfin, l'attitude vicieuse est réduite à une adduction extrême, sans flexion concomitante ; souvent aussi, la position présente des variations et n'a pas la fixité de la coxo-tuberculose. Un autre caractère des plus importants est que, presque toujours, les contractures ne sont pas limitées à la hanche; elles s'étendent d'ordinaire au genou et même au cou-de-pied. Le membre entier se trouve transformé en un tout rigide, pouvant offrir la dureté du bois. Ces contractures éloignées apparaissent assez souvent sous l'influence d'une constriction, un appareil un peu serré par exemple. Ce détail est important au point de vue thérapeutique; il ne l'est pas moins au point de vue du diagnostic et ces contractures, provoquées par la constriction, constituent un des stigmates les plus caractéristiques de l'hystérie.

La claudication (1) n'offre pas dans la coxalgie hystérique la même importance que dans la coxo-tuberculose. En effet, dans la plupart des cas, l'impotence fonctionnelle se trouve d'emblée complète ; les malades restent confinés au lit sans passer par une période de boiterie plus ou moins longue. Rien n'est plus difficile que de les décider à se lever pour essayer de faire quelques pas. Chez ceux qui continuent à marcher pendant un certain temps, on observe la même exagération dans la claudication que dans les autres symptômes. Celle-ci est d'emblée très marquée, avec de brusques saccades, des menaces de chute continuelle. L'irrégularité des saccades peut même constituer un type de boiterie, auquel M. Paget a donné le nom expressif de boiterie choréiforme, type particulier à la coxalgie nerveuse. Mais, en général, la claudication est reléguée au second plan, bien en arrière des autres symptômes, douleur et contractures.

3° L'examen direct de l'articulation est, d'ordinaire, rendu fort difficile par les cris que provoquent le plus léger attouchement, le moindre mouvement. Les résultats de la palpation sont entièrement négatifs ; on ne constate ni adénopathie, ni abcès, ni empâtement profond. Une légère cause d'erreur doit être signalée à l'égard de l'empâtement. Il arrive fréquemment que des applications révulsives antérieures (vésicatoires, teinture d'iode, etc.) ont produit un certain épaississement de la peau, qu'on ne doit pas confondre avec un empâtement vrai. La température locale, et c'est un signe auquel M. Paget attache une grande importance, reste normale, tandis que, dans une arthrite vraie, aussi douloureuse, l'élévation serait très perceptible à la main. Cette recherche, pour être bien concluante, devra être faite, par comparaison, sur les deux côtés ; il sera bon de la répéter à diverses reprises ; on tiendra compte des modifications accidentelles, élévation momentanée de la température d'un côté, par le décubitus latéral ou l'enveloppement dans un appareil ouaté ; mais avec ces précautions, elle fournira un signe des plus précieux.

Les mouvements de l'articulation sont presque toujours complètement limités. Il est bien plus rare de les voir garder une certaine liberté. Le fait est cependant possible, surtout lorsqu'on réussit à distraire l'attention du malade pendant l'examen. Cette liberté fait, en ce cas, contraste avec la violence prétendue des douleurs. Les variations de raideur d'un jour à l'autre constituent un autre signe important.

Si longue qu'ait été la maladie, l'articulation ne présente pas de subluxation, les mouvements n'amènent pas de cra-

(1) Voir Broussole. *La claudication chez l'enfant*, Thèse de Paris, 1885-1886, p. 64.

quement, l'atrophie est extrêmement rare ; le membre maigrit un peu par le repos absolu auquel il est condamné, mais dans la coxalgie hystérique, sans lésions nerveuses vraies, l'atrophie ne se produit pas. En revanche, il est commun d'observer d'autres troubles : anesthésie, refroidissement, coloration violacée, s'étendant non seulement à l'articulation atteinte, mais au reste du membre, noyaux congestifs analogues à des lésions d'urticaire. Il est fréquent aussi d'observer diverses déformations tenant uniquement à l'attitude, mais qui peuvent, si l'on n'est prévenu, être une cause d'erreur. Dans l'observation de M. Charcot, par exemple, la fesse du côté malade était large, aplatie, flasque, déprimée. On pouvait donc penser, à première vue, soit à une atrophie, soit à une luxation. Mais M. Charcot parvint, en plaçant à côté du malade un sujet sain qui imita complètement son attitude, à montrer que, si prononcée qu'elle fût, cette différence d'aspect n'était due qu'à la position. Brodie a également insisté sur le raccourcissement apparent tenant à l'élévation du bassin du côté contracturé. Ce raccourcissement, si prononcé parfois que, lorsque le malade est debout, la pointe du pied touche à peine la terre, ne se retrouve pas quand on fait la mensuration.

Cette absence de lésions est un des éléments importants du diagnostic de la coxalgie hystérique. Ne peut-on cependant rencontrer quelques exceptions. Au cours d'affections très anciennes, on a parfois signalé quelques troubles trophiques : atrophies et même rétractions musculaires, dégénérescence graisseuse des os, dépolissement des surfaces articulaires. inflammation et même suppuration au niveau des épiphyses. Ces observations exceptionnelles appartiennent-elles bien à la coxalgie hystérique ? Ne devrait-on pas les ranger plutôt les unes dans les ostéites épiphysaires, les autres dans les arthropathies par lésions nerveuses vraies (névromes, myélites). Parfois aussi, il s'agit d'une affection mixte. Dans une observation très intéressante de coxalgie hystérique avec atrophie, présentée par M. Ballet (1) à la Société médicale des hôpitaux, il y avait simultanément hystérie et alcoolisme et la coxalgie n'était que le reliquat d'une hémiplégie survenue sous l'influence de ces deux facteurs morbides. Malgré ces quelques exceptions, l'absence d'atrophie reste la règle ou l'atrophie est tout au moins infiniment plus tardive que dans les arthrites vraies.

L'examen de l'articulation sous le chloroforme fournit, pour bien constater cette absence de lésions articulaires, un moyen précieux, mais malheureusement les résultats qu'il fournit n'acquièrent toute leur valeur qu'à une période un peu avancée de la maladie. Une fois que la contracture musculaire a disparu par la résolution chloroformique, cet examen permet de reconnaître, sans être gêné par la douleur, la liberté complète de tous les mouvements, l'absence totale de craquements, de subluxation, d'empâtement. Or, dans une coxo-tuberculose un peu ancienne, il serait plus qu'exceptionnel de rencontrer une intégrité absolue de l'articulation. On rencontre toujours, même pendant l'anesthésie, soit un peu de rétraction musculaire limitant surtout les mouvements d'abduction, soit un certain degré d'empâtement profond. A côté de cette différence capitale, MM. Paget et Charcot ont signalé deux signes différentiels accessoires. Quand on laisse réveiller le malade, la contracture reparaît très vite dans les coxalgies avec lésion ; elle est plus lente à se reproduire dans la coxalgie hystérique. Dans la coxalgie vraie, la douleur profonde, produite par la percussion du trochanter du talon, est la première qu'on puisse constater quand cessent les effets du chloroforme ; dans la coxalgie hystérique, cette douleur manque, alors qu'a déjà reparu l'hyperesthésie cutanée.

(1) Ballet. *Gazette des hôpitaux*, 2 juillet 1889.

4° L'étude de l'état général offre enfin la plus haute importance. On peut constater chez la malade tous les degrés de la neurasthénie. Il ne faut pas s'attendre à trouver toujours en elle une hystérique avec attaques, stigmates caractéristiques des anesthésies localisées, de la perte du réflexe palatin, du rétrécissement papillaire. Le plus souvent rien, ni dans les affections antérieures, ni dans les symptômes actuels, ne semble même indiquer la neurasthénie. M. Paget a merveilleusement indiqué les éléments divers qui permettent de dépister le névrosisme caché. Tantôt ce seront les antécédents héréditaires : hystérie, épilepsie, alcoolisme et, en particulier, l'aliénation mentale. Ce seront certains traits du caractère, sensibilité trop vive soit pour le plaisir, soit pour la douleur, esprit sortant de l'ordinaire et offrant quelque chose de remarquable soit en bon, soit en mauvais. La façon même dont les malades supportent leur infirmité devient un indice. Elle est pour eux comme chez les hypochondriaques une préoccupation perpétuelle, mais au lieu de tomber dans la tristesse noire des hypochondriaques, ils semblent plutôt contents et fiers de devenir un sujet d'intérêt. A première vue ils paraissent donc supporter leur maladie avec un véritable courage. Mais dès qu'il s'agit de faire le plus léger effort pour supporter les souffrances d'un examen, pour tenter de marcher quelques pas, toute cette énergie disparaît. Cette faiblesse pour tout ce qui touche à la maladie offre un véritable contraste avec le stoïcisme ordinaire des rhumatisants ou des tuberculeux, et même avec la volonté d'ordinaire si prononcée des neurasthéniques. Parmi les antécédents d'ordre physique, M. Paget signale particulièrement la sensation de fatigue extrême après le plus léger exercice, les névralgies, les souffrances vagues et multipliées, les troubles réflexes excessifs développés par la moindre indisposition. Il signale aussi le refroidissement ordinaire des extrémités, refroidissement d'autant plus remarquable que la circulation offre plutôt une augmentation d'activité et que le pouls est d'ordinaire très fréquent. Dans cet examen de l'état général, il est enfin indispensable de rechercher s'il n'existe pas d'affection viscérale même légère : métrite, dyspepsie, constipation, gravelle, etc. On verra plus loin que ces affections coexistantes, élément accessoire d'irritation pour le système nerveux, fournissent souvent au traitement d'utiles indications.

5° La durée de la coxalgie hystérique peut être très longue et se prolonger pendant des années. Son influence sur l'état général peut, par le manque d'exercice auquel elle condamne la malade, devenir extrêmement fâcheuse. Si peu marqués que soient d'ordinaire les troubles qu'elle apporte à la nutrition du membre, on peut cependant observer, dans ces cas d'une durée exceptionnelle, un affaiblissement extrême d'autant plus sérieux qu'il persiste souvent après même que la guérison de la contracture a été obtenue. Cet affaiblissement tient, soit à une dégénérescence musculaire, soit à la dégénérescence graisseuse du tissu osseux, qui a été signalée dans quelques observations ; la distension

de la capsule articulaire sur quelques points peut également y contribuer.

La guérison de la coxalgie hystérique, si ancienne qu'elle soit, se fait d'ordinaire brusquement. Sous l'influence d'une émotion, d'un traitement inspirant confiance, les contractures cèdent. Les circonstances dans lesquelles survient cette amélioration subite sont parfois assez singulières. M. Crolay (1) rapporte l'histoire d'une religieuse guérie miraculeusement à la fin d'une neuvaine, d'une jeune fille qui n'eut pas une guérison moins subite, alors que les médecins qui la soignaient prirent rendez-vous pour lui appliquer un appareil. Assez souvent aussi la coxalgie cède en même temps qu'apparaissent d'autres manifestations nerveuses, en particulier des attaques d'hystérie.

La guérison est loin d'être toujours durable et la coxalgie hystérique est, par excellence, une maladie à intermittences, à rémissions, à recrudescences, à récidives. L'influence du moindre traumatisme sur les récidives est, en particulier, très marquée ; on devra donc veiller avec grand soin à prévenir les chutes dans les premiers temps où la malade recommence à marcher d'une façon toujours assez incertaine. Comme symptôme devant faire craindre une guérison incomplète et momentanée, M. Peugniez (2) indique la persistance de l'exagération du réflexe rotulien. Il est donc utile de rechercher ce symptôme tant au point de vue du pronostic qu'au point de vue de la rigueur des précautions nécessaires.

II

Le diagnostic des coxalgies hystériques offre trois ordres de difficultés. Il est toujours délicat de séparer ces arthralgies nerveuses des arthrites vraies tuberculeuses, rhumatismales, blennorrhagiques, etc. Un certain nombre de signes différentiels permettent pourtant de vaincre ce premier ordre de difficultés. Mais les difficultés du second ordre sont plus grandes encore. C'est qu'en effet à côté des arthralgies sans lésions qu'ils peuvent présenter, les sujets hystériques ne sont pas à l'abri des arthrites vraies. Ces arthrites prennent chez eux une forme spéciale, mélange de lésions réelles et de contractures purement nerveuses, différant de la coxalgie hystérique par leur point de départ réel, différant des coxalgies ordinaires par l'exagération de tous leurs symptômes. Enfin, comme dans toutes les affections hystériques, il faut toujours, et c'est là un troisième point particulièrement épineux du diagnostic, songer à la possibilité d'une simulation.

1° Un très grand nombre d'affections soit de la hanche, soit de son voisinage, peuvent simuler la coxalgie hystérique ou être simulées par elle. Parmi les affections de la hanche à la période de début, ce sont surtout, par suite de la brusquerie et de l'acuité des symptômes, les arthrites aiguës, traumatiques, rhumatismales, blennorrhagiques, etc., qui prêtent à la confusion. Parmi les symptômes locaux, le signe différentiel le plus important est assurément l'état de la température de la région. Dans une arthrite aiguë qui serait aussi douloureuse que l'est la coxalgie hystérique, on constaterait certainement une élévation très marquée de la chaleur locale. En se mettant, au contraire, à l'abri des diverses causes d'erreurs qui ont été signalées à l'étude des symptômes, on trouve, au contraire, dans la coxalgie hystérique, une température entièrement normale. La constatation d'un empâtement, d'une résistance profonde, aurait également une grande valeur, mais cette recherche, toujours difficile à la hanche, l'est davantage encore dans ces arthrites très douloureuses. La fièvre, enfin, constitue un symptôme non moins important que la température locale. Sans doute, les hystériques présentent assez facilement des frissons, de légères élévations de température pour les causes les plus légères. Mais ces élévations sont passagères, irrégulières et restent souvent minimes. Dans bien des cas, d'ailleurs, d'arthrites hystériques, la fièvre sera tout à fait absente et cette absence offrira une grande valeur diagnostique par contraste avec l'intensité des symptômes locaux.

A mesure que l'affection se prolonge ou quand exceptionnellement elle débute par la forme lente, c'est la coxo-tuberculose qui constitue la principale difficulté du diagnostic. Peu de diagnostics différentiels ont, au point de vue pratique, autant d'importance ; aussi, bien que l'opposition entre les signes des coxalgies hystériques et ceux des coxo-tuberculoses ait été déjà signalée en partie à l'étude des symptômes, faut-il rappeler encore les quatre différences principales. La douleur dans la coxalgie hystérique est plus superficielle que profonde ; elle n'amène pas de réveils et de soubresauts brusques pendant le sommeil. Les contractures s'étendent souvent au genou et même au cou-de-pied, les attitudes vicieuses qu'elles déterminent sont assez irrégulières. L'intégrité anatomique reste absolue ; il n'existe ni empâtement, ni adénopathies, ni atrophie. Le chloroforme, en amenant la résolution musculaire, permet de constater l'intégrité des mouvements et l'absence de craquements à des périodes déjà anciennes de la maladie. En outre des nuances nombreuses qui varient pour chaque cas clinique, c'est à la constatation nette et précise de ces quatre symptômes différentiels qu'il faut avant tout s'attacher.

La luxation congénitale de la hanche ne présente en elle-même aucun symptôme commun avec la coxalgie hystérique. Mais dans ces articulations mal conformées (1), les inflammations rhumatismales traumatiques sont fréquentes, la tuberculose elle-même est assez commune. Ces affections mixtes prennent souvent, dès le début, un caractère d'acuité spéciale. Dans la tuberculose, en particulier, les contractures douloureuses, la fixité des membres sont remarquablement précoces. Cette intensité anormale de certains symptômes rappellerait donc l'hystérie, mais les commémoratifs, l'examen direct établiront facilement l'existence de la luxation congénitale.

Les affections de voisinage qui peuvent simuler la coxalgie hystérique sont très nombreuses. Les ostéites du fémur ou de l'os iliaque, les ostéo-sarcomes, les adénites inflammatoires ou chroniques, la sacro-coxalgie, le psoïtis offrent à côté de quelques symptômes communs des différences assez profondes. Un examen local attentif, fait au besoin sous le chloroforme, permettra facilement de les constater.

2° Les principales difficultés du diagnostic tiennent aux formes mixtes, aux arthrites vraies à symptômes aggravés par l'état nerveux du sujet. Souvent les lésions sont encore insignifiantes et ne donnent pas lieu à des symptômes locaux.

(1) Crolay. Thèse de Montpellier, 1865.
(2) Peugniez. *L'hystérie chez l'enfant*, Thèse de Paris, 1885, p. 112.

(1) Lannelongue. Loc. cit., p. 110.

Elles ne suffisent pas moins, par suite de l'excitabilité du sujet, à amener des contractures et des souffrances excessives. En théorie ces faits sont bien, par la disproportion des symptômes avec la lésion locale, des faits de coxalgies hystériques. En pratique, il y a le plus grand intérêt à les en séparer. L'élément important, en effet, ce n'est point, dans ces cas, la douleur et la contracture, c'est la lésion anatomique, le foyer tuberculeux, par exemple, si minime qu'il soit. Toute confusion conduit à des erreurs de pronostic, parfois même à des erreurs de traitement (marche, mouvements forcés) singulièrement graves. On ne pourra les éviter qu'en attachant la plus grande importance au moindre signe d'empâtement, de douleur profonde réelle, d'adénopathie, de rétraction musculaire. Dans le doute, il faut réserver le diagnostic. L'extension continue fournit d'ailleurs, comme on le verra plus loin, un moyen de traitement à indications mixtes, particulièrement précieux dans ces cas embarrassants.

A côté des formes mixtes par lésions tuberculeuses de la hanche chez des sujets nerveux, M. Cazin (1) a bien voulu nous signaler une autre forme dont le diagnostic n'est pas moins difficile. Dans cette forme, il existe déjà une arthrite ou une ostéite tuberculeuse d'un point éloigné du membre inférieur, le pied le plus ordinairement, quand apparaissent les contractures et les douleurs de la hanche. L'idée la plus naturelle, celle d'une coxo-tuberculose surajoutée à la lésion tuberculeuse préexistante, est loin d'être toujours vraie. Bien souvent, il ne s'agit que d'une action réflexe produite sur la hanche par la lésion éloignée et que M. Cazin compare très justement à l'action réflexe de certains traumatismes. C'est dans ces cas surtout que le chloroforme doit intervenir en y joignant un examen local approfondi.

Lorsque le diagnostic reste suspendu, que peut-on répondre aux questions acharnées des familles? M. Paget donne le très sage conseil de bannir dans tous les cas, si l'on peut, le terme d'hystérie. « Aux malades et à leurs amis, écrit-il, on peut dire que ces maladies sont dues à une sensibilité excessive, ou, s'ils préfèrent du grec, nous pouvons les appeler affections hyperesthésiques. » Il est de fait que le diagnostic de coxalgie hystérique aurait quelque chance d'être aussi bien accueilli par les familles que celui de coxalgie scrofuleuse. En réservant donc soigneusement le pronostic et surtout les moyens de traitement pour qu'ils ne puissent, en cas d'incertitude, être jamais nuisibles, il n'y a donc qu'à se contenter de réponses vagues, aussi bien quand le diagnostic de coxalgie hystérique reste discutable, que lorsqu'il est à peu près démontré.

3° Quand le médecin soupçonne la simulation, la réserve de son diagnostic doit être plus grande encore. Il est certain que celle-ci joue souvent un rôle dans la coxalgie comme dans les autres affections hystériques. Dans les coxalgies hystériques, suites de traumatismes, en particulier, où sont en jeu des questions d'indemnités et de responsabilités pécuniaires, l'intensité ordinaire des symptômes est rarement pure de tout calcul. Mais, d'autre part, cette puissance de simulation devient elle-même une marque d'hystérie. Les contractures, voulues d'abord, peuvent fort bien être devenues plus tard réelles. La simulation peut donc être soupçonnée; il est rare, étant donné l'adresse ordinaire des hystériques et le mélange des symptômes vrais qui s'associent chez elles aux symptômes imaginaires, qu'elle puisse être complètement établie.

La simulation — en dehors de ces questions de médecine légale — est assez rare et ne doit point être recherchée avec trop de rigueur. On n'oubliera pas qu'à côté de quelques exemples de coxalgies simulées, on trouve un bien plus grand nombre de coxalgies dissimulées. Par des reproches, par des soupçons injustifiés, on risque d'amener des malades, réellement atteints, à marcher quand même pour le plus grand détriment de leur lésion.

III

1° Dans le traitement de la coxalgie hystérique, le traitement moral joue peut-être le principal rôle. Les chances de guérison dépendent surtout : d'abord de la confiance que le médecin inspire à sa malade et de l'ascendant qu'il prend sur elle, puis des conditions de milieu dans lesquelles celle-ci se trouve placée. Pour peu qu'elle reste oisive et sans distractions, en proie à des contrariétés et à des idées tristes, entourée d'indifférents ou, circonstance plus mauvaise encore, de sujets nerveux comme elle, sa maladie court grand risque de se prolonger indéfiniment. Mais, à côté de ces règles générales, rien ne variera plus que les moyens moraux qui donneront le succès dans chaque cas particulier; chez telle malade, le médecin ne réussira qu'au prix de prodiges de douceur et de patience; chez telle autre, il devra savoir user d'autorité.

Au fond, ce traitement moral et peut-être la majeure partie du traitement médical proprement dit, n'agissent que par suggestion indirecte. L'idée d'arriver plus rapidement au but par la suggestion directe, soit à l'état de veille, soit après avoir provoqué le sommeil hypnotique, semble donc naturelle et justifiée. Mais on ne saurait apporter trop de réserve à l'emploi de ces pratiques très capables de guérir l'infirmité locale, très susceptibles aussi d'achever le détraquement du système nerveux général. M. Paget, avec sa merveilleuse sagacité, avait, à une époque où l'on ne parlait guère encore de suggestion, montré le danger d'exposer ces sujets nerveux à l'action d'une volonté trop ferme et trop rude. « Les conséquences de pareils traitements, écrit-il, peuvent être aussi fâcheuses que la maladie. » C'est donc aux suggestions indirectes, en insistant sur l'efficacité que doit présenter tel moyen du traitement local ou général, qu'il faudra se contenter d'avoir recours.

2° Les moyens de traitement local sont extrêmement multiples. On a tour à tour employé l'électrisation sous forme de courants faradiques ou continus, les aimants, la métallothérapie, les onctions belladonées ou même l'emploi des solutions d'atropine par la voie hypodermique, le massage. Tous ces moyens, à côté de succès brillants, ont donné des insuccès complets. Les applications froides, les révulsifs énergiques appliqués sur la jointure, ont toujours paru plus nuisibles qu'utiles. Les divers appareils d'immobilisation ont été, d'ordinaire, assez mal supportés. Il faut, quand on les applique après avoir pratiqué le redressement sous le chloroforme, leur donner, pour lutter contre le retou des contractures, une solidité extrême. Celles-ci se reproduisent parfois sur le pied et la jambe, si ces parties du membre ne sont pas, elles-mêmes, immobilisées. Les dou-

(1) Lettre du 9 octobre 1890.

leurs sont souvent très vives. M. Le Fort (1), dans un cas, a cependant obtenu un succès au moyen d'un appareil plâtré renforcé par des attelles métalliques et fixant non seulement le bassin et la cuisse, mais la jambe et le pied. Tœlken a recommandé, dans un article récent (2), ces appareils immobilisateurs appliqués pendant l'anesthésie chloroformique. Ces appareils, qui doivent faire étroitement corps avec le membre et immobiliser parfaitement le bassin, sont maintenus pendant dix-sept jours au moins. La marche, quand on les enlève, ne doit être reprise que d'une façon progressive. Malgré les succès obtenus par Tœlken, M. Charcot (3) continue à se défier des appareils inamovibles. Il les regarde comme pernicieux dans la majorité des cas et croit que, souvent, ils rendent l'affection plus tenace et plus durable.

Quand le diagnostic de coxalgie hystérique est certain, presque tous les auteurs recommandent, après Brodie, d'éviter l'immobilité et le repos. « Il est rare, écrit Brodie, qu'une amélioration se produise tant que la malade reste étendue sur son sopha. » De plus, d'après lui, les coxalgies hystériques traitées par le repos exposeraient bien davantage à l'affaiblissement du membre persistant après la guérison. M. Paget n'insiste pas moins sur l'utilité d'un exercice journalier, si minime et si court qu'il soit. Quand la malade se refuse à tout exercice actif et direct, l'électrisation, les frictions, le massage constituent d'excellents agents d'exercice passif. M. Paget signale même l'utilité que peuvent avoir les mouvements forcés imprimés à l'articulation. C'est par ces mouvements forcés que s'explique l'utilité thérapeutique que paraît avoir quelquefois l'examen sous le chloroforme. La contracture ne reparaît que partiellement, et Trélat (4) a rapporté une observation où une amélioration notable fut observée après les mouvements exécutés pendant l'anesthésie. Gosselin (5) a même obtenu sous cette influence une guérison complète.

Mais, pour peu que le moindre doute d'arthrite vraie subsiste dans le diagnostic, le repos devient une nécessité absolue. Heureusement, l'extension continue fournit un moyen qui offre presque autant de valeur dans l'une et l'autre de ces affections. Wernher même la regarde comme le traitement de choix de la coxalgie hystérique. Il rapporte des faits de contractures, durant depuis des années, guéries en quelques jours, en quelques heures même, par l'extension continue. On devra avoir soin d'employer, au début, des poids très faibles. Wernher ne dépasse pas 5 à 6 livres. Les douleurs sont le premier symptôme à disparaître, les attitudes vicieuses quelles qu'elles soient se corrigent. Seule l'impotence des muscles longs de la cuisse est lente à améliorer, et, il est bon d'avoir de plus recours à la faradisation. Quand la malade commence à se lever et à marcher le jour, il est utile de la soumettre de nouveau la nuit à l'extension.

Les interventions chirurgicales, amputations et résections, faites dans la coxalgie hystérique, ont été d'ordinaire le résultat d'une erreur de diagnostic. Dans un cas pourtant, Bœckel, voyant la maladie se prolonger depuis six ans et le dépérissement augmenter chaque jour, fit de propos délibéré la désarticulation. Il existait une atrophie très marquée des os et du cartilage avec dégénérescence graisseuse. Le résultat thérapeutique de cette intervention semble avoir été peu satisfaisant. Hancock a proposé comme moyen de suggestion indirecte de faire des opérations simulées. M. Charcot se montre, avec raison, peu partisan de cette pratique qui, si elle échoue, laisse le médecin dans une situation singulièrement fausse.

(1) Blum. Thèse d'agrégation, p. 91.
(2) Tœlken. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1890, supplément Heft, p. 171.
(3) Charcot. *Progrès médical*, 1890, vol. II, , p. 264.
(4) Trélat. *Gazette des hôpitaux*, 1880, p. 1033.
(5) Gosselin. *Gazette des hôpitaux*, juin 1862.

3° Le traitement général comporte, tout d'abord, les divers moyens de la médication tonique et antispasmodique. Le fer, le quinquina, l'iode, l'huile de foie de morue, d'une part; la valériane et les bromures, d'autre part, en constituent les principaux agents. Brodie recommande particulièrement le sulfate de cuivre à doses faibles et longtemps prolongées; le sulfate de quinine, dans certaines formes à symptômes intermittents, rendrait aussi de grands services. M. Paget, à côté des médicaments, insiste beaucoup sur les moyens hygiéniques. La nourriture sera abondante et variée, on combattra énergiquement la tendance qu'ont souvent les malades à se contenter d'aliments purement liquides; le sommeil devra être prolongé; à côté du sommeil de la nuit, on conseillera une sieste de quelques heures pendant le jour. Mais à tout prix et malgré les douleurs, on évitera l'emploi des narcotiques. La chaleur, soit localement autour de l'articulation, soit, en général, par les vêtements, le chauffage, le choix du climat, sera très favorable. Les douches froides, au contraire, sont assez souvent mal supportées. Le séjour au bord de la mer, nous écrivait M. Cazin, est, dans la coxalgie hystérique, le plus souvent indifférent, sans influence nocive comme sans effet favorable.

A côté de ces moyens généraux, il faudra rechercher avec grand soin les affections surajoutées qui jouent parfois le principal rôle. La gravelle, les affections utérines, la constipation, les affections gastriques, les rétrécissements uréthraux contribuent souvent soit par action réflexe directe, soit par la dépression du système nerveux qu'ils amènent, à la production des contractures. Leur traitement a suffi dans plusieurs cas pour obtenir la guérison.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Hanot.

Angine streptococcienne; fusée purulente rétro-pharyngo-œsophagienne s'ouvrant dans la cavité pleurale droite; pleurésie purulente à streptocoques; empyème; mort.

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.)

On admet aujourd'hui qu'un certain nombre d'angines sont d'origine microbienne, mais les documents précis sur la matière ne permettent pas encore d'établir une classification nouvelle satisfaisante. Voici pourquoi j'ai cru devoir présenter à la Société l'observation suivante. Il s'agit d'une angine à streptocoques dont l'évolution montre qu'une telle angine peut offrir le cachet de l'infection la plus profonde et entraîner les complications les plus graves.

X..., âgée de dix-neuf ans, entrée le 7 mars 1889, salle Rostan, lit n° 16.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien d'intéressant à noter. Variole à sept ans. Pas de manifestations scrofuleuses dans l'enfance. La menstruation s'est établie à quatorze ans et a toujours été régulière.

La malade est à Paris depuis cinq mois, et sert comme domestique chez un marchand de vin.

Elle a été prise, le 23 février, d'un violent mal de gorge avec lassitude générale, anorexie, fièvre, abattement. Depuis lors, elle a toujours gardé le lit. Dans la nuit du 3 au 4 mars, elle a ressenti à droite un point de côté d'une grande violence. De plus en plus souffrante, elle entre à l'hôpital le 7 mars.

A son entrée dans le service, elle est prostrée, abattue et répond péniblement aux questions qu'on lui pose. Son teint est pâle, ses membres sont un peu amaigris.

Elle se plaint immédiatement de la gorge. La langue est tremblante, recouverte d'un enduit blanchâtre, rouge sur la pointe et les bords. Toute la muqueuse pharyngienne est uniformément rouge. Les amygdales ne semblent pas augmentées de volume; aucune fausse membrane ne les recouvre; elles sont douloureuses au toucher. Pas d'adénopathie sous-maxillaire ni cervicale.

Ni épistaxis, ni vomissements. Anorexie absolue. Constipation légère. Le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt.

L'urine, légèrement urobilique, contient un nuage d'albumine.

La dyspnée est vive. Le côté gauche de la poitrine ne fait entendre aucun bruit anormal; les vibrations sont perçues; la sonorité est normale. A droite, la respiration est faible, la tonalité plus élevée au sommet. Dans les deux tiers inférieurs, absence de murmure vésiculaire, matité, dilatation légère du thorax, souffle en *e* au niveau de la fosse sous-épineuse.

Le pouls bat quatre-vingt-dix fois par minute; les battements du cœur ne s'accompagnent d'aucun souffle.

La température, qui atteint ce matin 37°6, s'élevait hier soir à 38°2.

Diagnostic : pleurésie infectieuse d'origine pharyngée.

Traitement : lait, bouillon. Sulfate de quinine, 1 gramme. Gargarisme boriqué.

11 mars. La malade est tout aussi prostrée qu'à son entrée dans le service. Elle a cinq à six selles liquides dans les vingt-quatre heures. Elle se plaint toujours de mal de gorge et de dysphagie.

Une ponction de la plèvre droite, faite avec la seringue de Pravaz, donne issue à un peu de liquide trouble louche floconneux. Des lamelles préparées avec ce liquide, et colorées avec le violet de gentiane, montrent de nombreux streptocoques.

A l'aide de l'appareil Potain, on retire 300 grammes de liquide.

Le 13 mars. La diarrhée persiste. La percussion du côté droit est douloureuse; on entend des frottements à la hauteur de la fosse sous-épineuse; plus bas, le silence respiratoire est complet.

T. m. 39°8; s. 39°2. — P. 124. — R. 38.

Le 21 mars. L'état général ne s'est pas modifié, mêmes signes thoraciques. Nouvelle ponction qui permet de retirer 500 grammes de liquide purulent.

T. m. 39°2; s. 39°4. — P. 138. — R. 50.

Le 25 mars. On pratique l'empyème au lieu d'élection. Un litre de pus s'échappe par l'incision. Lavage de la cavité pleurale avec une solution de chlorure de zinc à 2 p. 100 et une solution boriquée à 4 p. 100. Nettoyage de la paroi thoracique avant et après l'opération avec le savon et l'eau phéniquée. Application d'un gros drain dans la plaie. Pansement avec la gaze salolée et le coton salicylé.

T. m. 39°4; s. 40°2. — P. 138. — R. 42.

La température, qui, le matin, était à 39°4, loin de tomber, comme dans les cas heureux, s'élève à 40°2. Les causes d'infection n'avaient donc pas été supprimées par l'empyème. Le pronostic restait donc des plus fâcheux.

Le 26 mars. Nouveau lavage suivi d'un pansement identique au précédent.

T. m. 39°8; s. 40°2. — P. 150.

Le 28 mars. Un peu d'albumine dans l'urine. Cavité pharyngienne rouge et un peu douloureuse, mais pas de tuméfaction notable des amygdales ni de la muqueuse. Mal de gorge. Dysphagie. Anorexie complète. La malade prend un peu de bouillon et de lait. État général toujours mauvais. Pas d'adénite cervicale.

Le 3 avril. Stupeur. Insomnie. Langue humide, blanchâtre. Pouls très difficile à compter, très rapide et petit.

On a fait hier le pansement; de la plèvre est sorti un liquide teinté de sang.

On entend dans toute la poitrine, à droite comme à gauche, des râles sous-crépitants.

T. m. 39°4; s. 39°6.

Le 12 avril. La malade est très amaigrie, la peau est sèche, le visage a une teinte terreuse. Insomnie persistante. Douleurs du côté droit.

T. m. 39 degrés; s. 39°2. — P. 148. — R. 46.

On est obligé actuellement de renouveler le pansement chaque jour. Un liquide séro-purulent s'écoule par l'incision.

Le 21 avril. Du 12 au 21, aucun changement notable dans la situation de la malade qui est comme momifiée dans son lit et présente au maximum le cachet de l'infection. Les muscles ont littéralement fondu; la peau est collée sur les os. Son teint est pâle, blafard. Elle geint presque sans discontinuer et refuse de prendre un peu de lait ou de bouillon. Sa faiblesse est extrême. Du pus s'écoule en assez grande quantité par la plaie intercostale. Les bords de l'incision sont décollés, de mauvais aspect. L'état du pharynx ne s'est pas modifié.

La malade meurt le 24 avril dans l'adynamie la plus complète.

Autopsie. — Le cœur pèse 170 grammes. Aspect normal. Péricarde et endocarde sains. — Le foie pèse 1,150 grammes, sa surface est lisse, son tissu est gras. — Rein gauche : 100 grammes; droit : 95 grammes. La veine rénale droite contient un caillot. La capsule s'enlève facilement. La substance corticale est pâle.

L'intestin est injecté dans la plus grande partie de sa longueur.

Les amygdales, à peine plus volumineuses que normalement, contiennent de petits abcès de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Le tissu cellulaire rétro-pharyngo-œsophagien est le siège d'une fusée purulente bien limitée latéralement, de 1 centimètre et demi de largeur, qui se dirige vers la droite à partir du sommet de la cage thoracique. Là, décollant la plèvre pariétale de la paroi thoracique, elle descend jusqu'au niveau du tiers inférieur de la poitrine, où elle débouche dans l'intérieur de la séreuse. La cavité pleurale droite ne contient pas de liquide; ses parois sont tapissées de fausses membranes grisâtres, peu épaisses. Le poumon droit est congestionné et non hépatisé dans ses deux tiers supérieurs, atélectasié dans son tiers inférieur. Pas de tubercules.

Le poumon gauche est congestionné dans toute la hauteur.

La fusée purulente rétro-pharyngo-œsophagienne contenait des streptocoques. Les mêmes micro-organismes ont été retrouvés dans les abcès amygdaliens.

M. le professeur Cornil a déjà signalé la présence des streptocoques dans des abcès amygdaliens (1). « On observe quelquefois, dit-il, au niveau de l'amygdale ou de l'un des piliers antérieurs du voile du palais, de petits abcès superficiels, chroniques, situés au-dessous de la muqueuse et faisant une saillie un peu aplatie. Incisés, ils laissent échapper un liquide jaunâtre épais, dans lequel on trouve très peu ou pas du tout de globules de pus et, en revanche, une quantité colossale de bactéries allongées, mobiles, saprogènes et des chaînettes de streptococcus. La culture de ces derniers sur la gélose et la gélatine peptone donne des colonies qui ne dissolvent pas cette dernière et qui poussent lentement.

Ce streptocoque est formé d'articles volumineux, inégaux, de 1 μ de millimètre environ; certaines cellules sont plus petites, ovoïdes, terminées parfois en pointes; d'autres

(1) Cornil et Babès. *Les bactéries*, 3e édit., t. I, p. 144.

fois, les cellules sont aplaties l'une contre l'autre, comme deux disques, et disposées deux par deux. Il n'est pas pathogène pour le cobaye et pour le lapin. »

Dans notre observation, les petits abcès amygdaliens contenaient beaucoup de globules de pus et presque exclusivement des streptocoques en grand nombre. Il en était de même pour le liquide de la fusée rétro-pharyngo-œsophagienne et de la pleurésie consécutive. Mais on a vu qu'il est question dans ce fait, non pas d'angine chronique, mais d'une angine aiguë où l'agent pathogène s'est montré doué d'un haut pouvoir de virulence.

Nous rappellerons qu'une observation presque identique a été publiée par Frænkel (1).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juin 1891. — Présidence de M. Terrier.

CORRESPONDANCE

Traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystérectomie. — **M. le Secrétaire général** donne lecture d'une note de M. le docteur Chenieux (de Limoges), relative au traitement intra-péritonéal du pédicule dans les hystérectomies abdominales. Depuis 1885, M. Chenieux a toujours procédé pour l'hystérectomie comme pour l'ovariotomie, c'est-à-dire qu'il a toujours réduit le pédicule, après section de toutes les adhérences entre deux ligatures.

COMMUNICATIONS

Cure radicale de la hernie inguinale chez la femme. — **M. Berger**, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Lucas-Championnière, fait quelques remarques sur le procédé qu'il emploie dans la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme. Il divise ces hernies en deux variétés :

1° Les hernies inguinales manifestement acquises, avec sac libre d'adhérences et pour lesquelles, par conséquent, il est inutile de s'arrêter à un décollement minutieux, comme chez l'homme ;

2° Les hernies dans lesquelles le sac est intimement adhérent au ligament rond. Dans ces cas, ce que l'on parvient à séparer du ligament rond est, pour ainsi dire, une parcelle de baudruche d'une extrême minceur, se déchirant très facilement, ce qui rend la dissection très laborieuse. Il importe peu, d'ailleurs, qu'on enlève ou non le ligament rond. M. Berger, dans ses opérations, n'a jamais vu l'ovaire ; il a vu parfois la trompe, qu'il a refoulée dans le ventre. Voici comment il procède : Il fait la suture du péritoine aussi près que possible de l'endroit où il se détache de la trompe et fait en sorte d'isoler et de pédiculiser le sac aussi haut que possible. Une fois la pédiculisation faite, il introduit le doigt dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et lie aussi loin qu'il peut. En étreignant cette ligature, il attire le pédicule du sac à la partie supérieure et le fixe en le suturant à la paroi abdominale. M. Berger considère comme une nécessité de premier ordre, dans la cure radicale de ces hernies chez la femme, d'ouvrir toute la paroi antérieure du canal inguinal. Après la pédiculisation, le trajet inguinal est encore recouvert par le petit oblique ; il faut le faire récliner en haut avec un crochet ; alors on peut voir l'anneau inguinal profond. En résumé, M. Berger s'applique à reconstituer le canal inguinal. Pour cette réfection du canal inguinal et la reconstitution de la paroi abdominale profonde, M. Berger préfère les fils de soie au catgut, dont il craint la résorption trop rapide. Il préfère ce procédé à celui de M. Lucas-Championnière comme donnant plus de sécurité au point de vue de la solidité. Il insiste tout particulièrement sur les avantages de ce procédé de reconstitution de la paroi abdominale et du trajet inguinal.

M. Lucas-Championnière ne croit pas très exacte la distinction établie par M. Berger entre les cas où le sac est libre d'adhérences et ceux où il existe des adhérences. Celles-ci existent dans la grande majorité des cas. Sur les 14 cas qu'il a opérés, M. Lucas-Championnière en a trouvé 12 dans lesquels le sac était absolument inséparable du ligament rond. Toute séparation était impossible dans ces cas. C'est pourquoi il conseille de disséquer le sac et le ligament rond en allant aussi haut que possible.

Contrairement à M. Berger, M. Lucas-Championnière croit qu'il y a grand intérêt à examiner les annexes, à cause des relations qui existent si fréquemment entre ces hernies inguinales et les lésions de ces annexes. Il faut donc toujours y regarder, sauf à les réduire si on n'y trouve rien.

M. Lucas-Championnière ne croit pas qu'il soit aussi nécessaire que le pense M. Berger d'aller fixer le moignon dans la cavité abdominale et de reconstituer complètement le canal inguinal par le procédé qu'il a décrit. Il reste au-dessous une surface largement cruentée qui, réunie, donnera lieu à une cicatrice suffisamment solide et résistante. Enfin, M. Lucas-Championnière préfère le catgut à la soie, le catgut ne se résorbant pas aussi vite qu'on le croit et donnant plus de sécurité que la soie qui a plus de chances de couper les tissus. Il passe en revue les divers procédés de cure radicale décrits à l'étranger. Il ne croit pas qu'il soit nécessaire de faire la suture méthodique des deux parois du canal. Grâce à la large fente qu'il fait sur ce canal et qu'il porte très haut, il obtient une large surface cruentée assurant une cicatrice parfaitement solide et résistante. C'est là le fait capital.

M. Berger, sur 7 observations dans lesquelles il est intervenu pour faire la cure radicale chez des femmes, a rencontré trois hernies congénitales et quatre acquises dans lesquelles le sac a pu être dissocié avec la plus grande facilité. Dans les trois hernies congénitales, il n'a rencontré de difficultés sérieuses à l'égard du ligament rond que dans un seul cas. Il a eu beaucoup de peine à l'isoler du sac, mais il y est parvenu et a fini par avoir un collet parfaitement constitué.

M. Berger n'attache pas autrement d'importance à la fixation du pédicule à l'intérieur du ventre ; cependant, il croit qu'il y a avantage à le faire. Une bonne fixation du pédicule est une garantie de plus qui n'est pas à négliger. M. Lucas-Championnière insiste avec raison sur l'importance d'une bonne suture. La suture par étages dans l'ovariotomie donne d'excellents résultats et est pratiquée de préférence aujourd'hui par les chirurgiens ; il en est de même ici et c'est une véritable suture à étages que M. Berger s'applique à faire.

RAPPORT

De la craniectomie dans l'épilepsie jacksonienne. — **M. Terrier** fait un rapport sur une communication de M. Verchère, relative à l'histoire d'un malade atteint d'épilepsie jacksonienne auquel il a pratiqué une craniectomie. Il s'agit d'un jeune homme qui, à l'âge de douze ans, reçut un coup sur la tête. Il n'y eut pas de plaie du cuir chevelu et ce traumatisme paraissait ne devoir donner lieu à aucun accident quand, quinze jours après, ce garçon fut pris d'une attaque d'épilepsie. Il eut, depuis, des crises très fréquentes et très graves. Le bromure de potassium fut administré sans résultat. Depuis dix ans, les crises conservent les mêmes caractères de fréquence et de gravité. La crise est précédée d'une sensation douloureuse dans la main droite et l'avant-bras droit. Dans l'intervalle des crises, le malade se plaint de céphalée atroce du côté gauche. M. Charcot, auquel fut présenté ce malade, porta le diagnostic d'épilepsie jacksonienne et conseilla l'opération. Celle-ci fut pratiquée par M. Verchère le 18 avril 1890. Il appliqua une vaste couronne de trépan, puis quatre couronnes successives qui firent une large

(1) Frænkel. Ueber septische Infection in gefolge von Erkrankung der Rachenorgane, *Zeits. f. Klin. Med.*, 1887, XIII.

ouverture de 6 centimètres carrés. La dure-mère ayant été incisée par deux sections diagonales, on mit ainsi à nu les trois frontales et la pariétale ascendante. On ne constata aucune lésion en aucun point. La dure-mère fut suturée au catgut, la plaie refermée; deux petits tubes à drainage y furent introduits. Le malade se trouva bien au réveil. La céphalée disparut pour ne plus reparaître. Il y eut, quelques jours après, de la parésie faciale droite et de la monoplégie brachiale; en même temps réapparut une attaque. La paralysie disparut progressivement. Le 15 juillet, trois mois après l'opération, seconde crise. Troisième crise en novembre 1890. Depuis il n'y a plus que de très légères attaques fort éloignées.

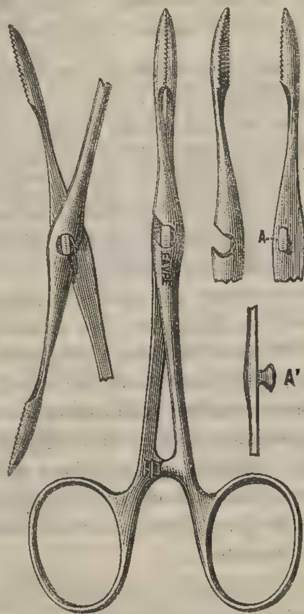
M. Terrier rappelle que l'absence de toute lésion est la règle dans l'épilepsie jacksonienne. Il a réuni vingt cas dont un qui lui est personnel. Il s'agissait d'un homme qui fut pris d'une violente secousse convulsive dans le gros orteil droit. Trois mois après, il eut une seconde attaque semblable, puis une troisième quatre mois après. Cette contracture disparut et fit place à une paralysie. En même temps le malade eut des crises épileptiques ébauchées. M. Charcot diagnostiqua une épilepsie jacksonienne dont le siège était dans le lobe paracentral. M. Terrier pratiqua une large craniectomie. On ne trouva aucune lésion. La dure-mère fut suturée et le malade guérit très rapidement de l'opération. Il conserva de petites crises et la parésie ne disparut pas. Ce malade est mort subitement de cause inconnue.

Sur 21 cas, en comprenant celui de M. Verchère, on compte 12 guérisons, 6 améliorations et 3 résultats nuls. On peut donc dire que l'intervention chirurgicale donne de bons résultats, car c'est là une statistique encourageante.

Comment agit l'opération? c'est là un problème qui n'est pas facile à résoudre. Faut-il admettre la théorie de Horsley, qui propose de réséquer le centre moteur, même quand il ne présente pas de lésions? Faut-il admettre l'influence de la décompression? Ce sont là des questions qui ne sont pas encore résolues.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Pince et ciseaux à tenon fixe. — M. **BOUILLY** présente des pinces et ciseaux à nouvelle articulation à tenon fixe, construits par M. Favre. Il existe actuellement plusieurs genres d'articulations, la vis, le tenon en T de Charrière, et le recouvrement de Collin.



Les avantages de l'articulation Favre sont les suivants : le tenon (A vu de face ou A' vu de profil) est fixe, à surface cylindro-conique. Il donne une plus grande surface de pression sur la branche femelle. Cette dernière est munie d'une ouverture latérale, qui en permet le montage instantané, et qui évite de forcer le tenon comme cela arrivait très souvent avec le tenon en T.

Ce genre de tenon cylindro-conique évite également les angles, ce qui rend le nettoyage de l'instrument plus facile.

La simplicité de cette articulation a également l'avantage de ne pas coûter plus cher que l'ancien tenon en T; ce tenon peut être resserré et remplacé très facilement.

PRÉSENTATION DE MALADE

Résection de la hanche. — M. **REYNIER** présente une jeune femme chez laquelle il a fait une résection de la hanche. Il croyait avoir affaire à une luxation ancienne non réduite. C'était là une erreur. Il s'agissait d'une fracture du col du fémur non consolidée. M. Reynier pratiqua la résection de la hanche, et, deux mois après, cette jeune femme était guérie. Elle marche bien avec l'appareil de M. Le Fort. Elle a un raccourcissement de 7 à 8 centimètres.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme (1), par R. du Castel.

M. du Castel a eu l'heureuse idée de faire rédiger et publier une série de leçons professées par lui à l'hôpital du Midi, et, ayant à traiter un sujet tant de fois déjà exploré, il a su néanmoins faire une étude d'ensemble fort intéressante et trouver un certain nombre d'aperçus nouveaux que nous allons brièvement signaler au lecteur.

Les trois premières leçons ont trait aux deux variétés de chancres et à leur combinaison possible. La description en est complète, et cependant très claire et facile à suivre; mais déjà, avec le chapitre suivant, nous abordons des sujets moins connus : ce sont les balanites et leurs innombrables variétés étiologiques, séborrhagique, diabétique, médicamenteuse, parasitaire, etc. M. du Castel nous donne même la description d'un type clinique nouveau, qu'il appelle balanite pustulo-ulcéreuse, et qu'il compare à l'impétigo contagiosa. L'existence d'une semblable affection, distincte de l'herpès et du chancre simple, — affirmée par un observateur de la valeur de M. du Castel — impose à l'avenir aux vénéréologistes une étude attentive de tous les faits du même ordre qui pourraient se produire sous leurs yeux. A signaler, en même temps, la balanite circinée récemment décrite par deux internes du Midi; puis, le diagnostic, souvent difficile, de la balanite simple, très remarquablement exposé.

La discussion des syphilis récidivées, des syphilomes chancriformes, vient ensuite à son lieu et place. Mais le point capital de toute l'œuvre du sympathique médecin du Midi — aujourd'hui de l'hôpital Saint-Louis —, est certainement l'étude du cancer des organes génitaux et la revue diagnostique générale qui sert, pour ainsi dire, d'épilogue au livre, et qui précède immédiatement le traitement de toutes les ulcérations génitales exposé d'après les dernières acquisitions de la thérapeutique contemporaine.

On voit, en résumé, que l'ouvrage de M. Du Castel ne fait pas double emploi en vénéréologie; nous ajouterons que le point de vue pratique auquel il a été conçu le fera lire avec autant de plaisir et de profit par le public médical en général, que par les syphiligraphes eux-mêmes.

Étude sur l'épididymite syphilitique secondaire (2), par J. Cuilleret.

Il s'agit d'une manifestation particulière de la syphilis, se montrant dès les premiers mois de la maladie le plus souvent, coïncidant toujours avec les accidents secondaires habituels, mais se montrant de préférence dans les véroles intenses, caractérisée par une tuméfaction d'un ou des deux épididymes, localisée ordinairement à la tête de l'organe, d'un volume souvent peu considérable, d'une consistance ferme, dure, uniforme, avec indurations en cercles concentriques, indolente spontanément et même souvent à la pression. Cette lésion — que l'auteur a relevée dans la proportion de 10 p. 100 syphilitiques — est isolée : le testicule, la vaginale, le cordon, le scrotum sont intacts; la fonction spermatique est respectée.

Le début est le plus souvent insidieux et passe fréquemment

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

inaperçu; sa terminaison régulière est la résolution — par le traitement spécifique — dans l'espace d'un à deux mois.

Le diagnostic doit être fait avec les noyaux tuberculeux, les restes d'épididymite blennorrhagique et les kystes de l'épididyme.

Le traitement mercuriel est, en général, à lui seul suffisant.

Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique; arthropathies graves avec amyotrophie (1), par E. DO AMARAL.

Ce travail, qui vient de faire l'objet d'une thèse de l'un des jeunes et des plus distingués élèves du professeur Fournier, M. do Amaral, consacre une nouvelle acquisition de l'infection blenno-rhumatismale, depuis plusieurs années déjà observée par le maître de Saint-Louis, et à laquelle M. do Amaral vient de constituer un état civil avec la désignation de « Polyarthrite déformante progressive pseudo-noueuse ».

Il s'agit là d'un type clinique reproduisant les déformations, les ankyloses et les amyotrophies du rhumatisme noueux déformant, type aussi grave que rare, pouvant frapper indistinctement les grosses jointures ou les petites articulations des pieds et des mains.

Cette forme est exceptionnellement primitive, et s'établit ordinairement à l'occasion d'une troisième ou quatrième poussée (sur les jointures) du rhumatisme blennorrhagique. Une fois constituée, il est de règle qu'elle s'aggrave à chaque nouvelle atteinte d'uréthrite et de rhumatisme. Elle réalise un état chronique à exacerbations subaiguës qui semblent devoir se produire constamment sous l'influence d'une recrudescence ou d'un retour de l'écoulement.

Les lésions osseuses et articulaires, dont deux planches photographiques nous offrent de beaux spécimens, peuvent, bien que nées de la blennorrhagie, continuer à évoluer après la guérison de celle-ci.

L'étude détaillée de ce nouveau type pathologique, les essais thérapeutiques intéressants qui lui ont été opposés n'ont pas empêché l'auteur de passer rapidement en revue les formes usuelles; témoin ces remarques cliniques dues à une sagace observation du malade :

« Il est assez remarquable que le genou soit, dans la pratique, presque la seule articulation qu'on voie pouvoir être frappée d'hydarthrose simple, avec *restitutio ad integrum*, tandis que la mono-arthrite du coude aboutit presque toujours à un certain degré de gêne et de limitation des mouvements; que la mono-arthrite du poignet se complique presque constamment de synovite tendineuse plus ou moins grave et traînante; que la mono-arthrite de l'épaule laisse généralement après elle un certain degré d'altération chondro-synoviale, dont témoignent des craquements articulaires se reproduisant aisément; et que les mono-arthrites de la hanche et du cou-de-pied ont une résolution fréquemment très lente, et constituent chez les prédisposés un fâcheux appel à la tumeur blanche. »

On voit, d'après ce que nous venons de dire, que le livre de M. do Amaral figurera à une place honorable, au rang des dernières productions de l'École de Saint-Louis. M.-L.

Étude sur les cysticerques en grappe de l'encéphale et de la moelle chez l'homme (2), par MM. E. BITOT et J. SABRAZÈS.

Il existe des cysticerques en grappe des centres nerveux, localisés plus spécialement dans les espaces sous-arachnoïdiens. — Ils représentent un stade du cycle évolutif du tænia solium et peut-être du tænia inerme. — La présence du scolex ou, à défaut, la structure de la paroi les caractérisent suffisamment. — Vingt observations, aujourd'hui connues, laissent le champ libre aux interprétations pathogéniques. — L'hypothèse que nous avons cru devoir émettre pour expliquer la formation de ces kystes parasitaires repose sur les lois biologiques du balancement des organes et de l'adaptation au milieu. — Les phénomènes morbides sont d'ordre irritatif ou destructif. — La fréquence de la mort subite témoigne de leur gravité. — La nécessité d'une prophylaxie sévère se déduit naturellement de l'exposé des faits.

(1) Paris, Ed. Jouve.

(2) Broch. in-8°. — Paris, O. Doin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er juin 1891, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Joire, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Merner, médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Decamp, Ferré, Camus, Barral, de Fleury, Dichas, Liot, Gendron, Desmartin, Pauliet, Ferré, Lamarque, Boyer, Kocher, Soleville, Pigache, Chamayou, de Micas, Falcoz, Henne, Balp, Maurange, Terson, Martin, Cristofini, Allard, Morard, Lécaille et Petit.

— Par décision ministérielle, en date du 4 juin 1891, M. Sagrandi, médecin aide-major de première classe, a été désigné pour le 100e d'infanterie.

— Sont nommés médecins des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris, les docteurs en médecine dont les noms suivent : IIe arrondissement : M. Marx; — IIIe arrondissement : M. Landier; — VIe arrondissement : M. Mouls; — VIIe arrondissement : MM. d'Aurelle de Paladine et Meugy; — VIIIe arrondissement : M. Challier de Grandchamps; — XIe arrondissement : MM. Drouet et Bimseistein; — XIIe arrondissement : M. Petit; — XIIIe arrondissement : M. Langlois; — XIVe arrondissement : M. Barbillion; — XVe arrondissement : M. Dufour; — XVIe arrondissement : M. Carpentier; — XVIIe arrondissement : MM. Lafitte et Aubert; — XVIIIe arrondissement : MM. Journiac, Poupon et Mars; — XIXe arrondissement : MM. Huguenin, Robert et Loemer; — XXe arrondissement : MM. Schrœder et Ertzbischoff.

— La Société médico-psychologique propose les prix suivants pour l'année 1892 :

PRIX AUBANEL (2400 francs). — Question : « Étude sur la fréquence du délire de grandeur dans le délire de persécution. »

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1890 et 1891 dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés le 31 décembre 1891, chez M. le docteur Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Andiau (de Chemillé), L. Aubergier (de Chambon), Armieux (de Luz-Saint-Sauveur), Astier (de Paulhaguet), Cougit (de Toulon), Fréry (de Belfort), De Gouvault (de Gouvault), Frédéric Love (de Paris), Martins Costa (de Rio-de-Janeiro), P. Méricamp (de Biarritz).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— On demande pour trois mois un assistant dans ville d'eaux. S'adresser à M. le docteur Madeuf, rue de l'Arbre-Sec, 46.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

55

NI GASTRALGIES, NI ENTERALGIES!

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé. 0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . . 0 20
Extrait de salsepareille 0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, BORDEAUX, et phies.

24

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

38

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0 fr. 50** le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1 fr. 25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1 fr. 25** le mètre; 4° le macintosh, 5 fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

66

EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE
ACIDULÉE GAZEUSE

PARDINA (CORSE)

Maintenant son fer en dissolution, n'irritant pas et ne constipant jamais.

Anémie, Chlorose, Gastralgies, Appauvrissement du Sang.

0 fr. 80 la bouteille. — Toutes les pharmacies.
Administration : 2, rue Beauvau, Marseille.

43

BANDAGE MEYRIGNAC

Ce bandage, expérimenté dans les hôpitaux de Paris, a été présenté à la Société de chirurgie, dans sa séance du 22 avril 1891. Il a été accepté après un rapport des plus favorables.

Ce bandage supprime le ressort du dos et maintient sans aucune douleur les hernies les plus volumineuses.

Meyrignac, fabricant, 229, rue Saint-Honoré, Paris.

37

MÉDICATION ANALGÉSIQUE

EXALGINE

FABRIQUÉE PAR BRIGONNET ET NAVILLE
La Plaine St-Denis (Seine).

S'emploie à la dose de 40 à 80 centigrammes en 24 heures (cachets ou potion), contre l'élément douleur dans toutes les névralgies.

Echantillon et brochure gratis sur demande.

13

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de **BOLDO-VERNE** 50 à 100 gouttes par jour de ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.**—Dépt: VERNE, phien, Grenoble (France), et ds les princip. phies de France et de l'Etranger.

92

ELIXIR LUCAS ALIMENTAIRE FERRUGINEUX

VIANDE — FER — VIEUX COGNAC

Anémies, — Convalescences

Même élixir sans fer. Nombreux éloges des Médins.

33

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

32

LE CHARBON DE BELLOC

soit en poudre, soit en pastilles, est un des remèdes qui rendent le plus de services dans la *dyspepsie*, la *gastralgie* et les *maladies nerveuses de l'estomac*. L'Académie de médecine de Paris, après de nombreuses expériences faites par une commission nommée à cet effet, a approuvé et recommandé l'emploi du Charbon de Belloc pour le traitement de ces maladies qui, dit-elle, « font trop souvent le désespoir des malades et des médecins ».

Le plus souvent, le bien-être se fait sentir dès les premières doses.

C'est en vertu de ses propriétés *antiseptiques* que le Charbon de Belloc a été employé avec succès (Jules Guérin, Trousseau, etc.) contre les maladies infectieuses, telles que la dyssenterie, la diarrhée, la cholérine, le choléra, la fièvre typhoïde. Il est un des meilleurs agents de l'*antisepsie intestinale*.

NOTA. — Le Charbon médicinal du Dr Belloc possède des qualités de diffusion que n'a pas le charbon ordinaire des pharmacies, et qui tiennent à son mode de préparation. Il suffit de les plonger comparativement dans l'eau pour s'en assurer.

DOSE : 2 à 6 cuillerées à soupe de Poudre par jour, avec un peu d'eau, avant ou après les repas; 4 à 12 cuillerées à café, ou le même nombre de Pastilles. — Prix : le flacon de poudre, 2 fr.; la boîte de Pastilles, 1 fr. 50. — Exiger la signature et le cachet du Dr Belloc. — Fabrication : Maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris.

29

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

72

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

50

MARTIGNY-LES-BAINS (VOSGES)

EAUX ALCALINES, LITHINÉES, FERRUGINEUSES ET MAGNÉSIENNES

SOURCE No 1 : **Goutte, gravelle, diathèse urique.**

SOURCE No 2 : **Diabète, lithiase biliaire.**

SAISON : *20 mai — 20 septembre.*

Caisse de 50 et 25 bouteilles, **25** fr. et **13** fr.

11

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF
PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oradges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

87

SOLUTIONS HENRY MURE

BI-PHOSPHATE DE CHAUX ARSÉNIÉ
CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX ARSÉNIÉ

Phthisie (1re et 2e période) — Rachitisme
Engorgements ganglionnaires et des articulations
Maladies des os et de la peau
Cachexies scrofuleuses et paludéennes
Epuisement nerveux

Le BI-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE produit des résultats surprenants et souvent inespérés. Sous son influence, la toux et l'oppression diminuent, l'appétit augmente, les forces reviennent.

Le CHLORHYDRO-PHOSPHATE ARSÉNIÉ H. MURE donne des effets remarquables chez les diabétiques et dans la plupart des dyspepsies rebelles.

Litre, **4** *fr. — Demi-litre,* **2** *fr.* **50.**

AVANTAGES PRINCIPAUX SUR LES SOLUTIONS SIMILAIRES :

1° Emploi d'un **Phosphate monocalcique cristallisé**, d'une pureté absolue, permettant un dosage rigoureux;
2° **Inaltérabilité absolue**;
3° **Administration** facile par cuillerées dans un peu d'eau vineuse ou sucrée, pendant les repas ou hors des repas;
4° **Traitement phosphaté** le plus sûr et le MOINS COUTEUX dans les affections chroniques.

Chaque cuillerée à bouche contient *1/2 gramme de sel et 1 milligramme d'arséniate de soude.*

NOTA. — Dans le cas où l'arséniate de soude ne serait pas indiqué, MM. les Docteurs pourront prescrire les mêmes solutions **H. MURE non arséniées.** — *Litre,* **3** *fr.*

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Dépt gl : Phie H. MURE, à Pont-St-Esprit (Gard).

7

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

89

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

N° 67. — MARDI 9 JUIN 1891. 64e ANNÉE. MARDI 9 JUIN 1891. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Charité. Les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. — Médecine légale. Du gonocoque en médecine légale. — Revue de la presse. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde.

Les perforations intestinales constituent l'une des complications les plus graves de la fièvre typhoïde. Elles contribuent à rendre le pronostic de cette affection singulièrement réservé, car elles peuvent survenir dans les formes d'une bénignité en apparence absolue. C'est ce terrible accident que nous venons d'observer chez une malade de notre service. Vous vous rappelez cette jeune bonne de vingt-cinq ans, d'apparence robuste, entrée le 15 mars à l'hôpital. Sa santé avait toujours été bonne. Elle avait eu la grippe l'an dernier, ses digestions étaient parfois difficiles. Fait plus intéressant, elle était convalescente depuis quinze jours d'une scarlatine, pour laquelle elle avait été soignée sept semaines à l'hôpital Saint-Antoine, quand elle fut prise brusquement d'un frisson violent avec mal de tête extrême et point de côté à gauche. Le mal de tête persista, quatre jours après le frisson elle eut quelques épistaxis. Le cinquième jour, elle entrait à la Charité, ayant pu, malgré sa grande fatigue, venir d'assez loin à pied à l'hôpital. Le lendemain de son entrée, la température n'était que de 38°3, le facies était normal, sans stupeur, le ventre était souple, non douloureux, il n'y avait pas de diarrhée. Elle toussait, mais sans cracher. Le seul signe un peu net à l'auscultation était l'existence d'une diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire au sommet gauche. Cette malade offrait, en somme, un état infectieux assez léger, pour lequel on pouvait discuter trois hypothèses : granulie, grippe, fièvre typhoïde. La granulie était assez facile à éliminer par la localisation des signes stéthoscopiques, l'absence de dépérissement, d'amaigrissement. La grippe paraissait le diagnostic le plus probable, l'absence de gargouillement et de stupeur, le début brusque par un grand frisson, la forme si limitée de la congestion pulmonaire étant rare dans la dothiénentérie. Le 20 apparaissait toutefois, dans la fosse iliaque, une douleur très nette, tant spontanée que réveillée par la pression. Cette douleur abdominale peut certes s'observer dans la grippe, mais elle est plus particulière à la fièvre typhoïde. La température, d'ailleurs, montait graduellement. Elle atteignait le soir 39, puis 40 degrés. Le 21, enfin, on constatait l'existence d'une tache rosée; il s'agissait donc bien, malgré l'absence de toute stupeur, d'une fièvre typhoïde; j'ajoute que les signes constatés au sommet gauche avaient alors disparu.

Le diagnostic était à peine établi que la scène pathologique changeait. Le 23, la malade avait un grand frisson, elle éprouvait dans la fosse iliaque une douleur telle que la simple pression de la main lui arrachait des cris. Le 24, elle avait des vomissements; la douleur à la pression était beaucoup atténuée par l'application de ventouses scarifiées, mais la souffrance profonde persistait. La courbe thermométrique devenait tout à fait irrégulière; on constatait la présence d'un peu de sang dans les garde-robes. Brusquement, le 29, cet état si inquiétant s'aggravait encore; les extrémités se refroidissaient, la température tombait brusquement de 40°4 à 39 degrés; le pouls n'était plus perceptible qu'au niveau des fémorales qui battaient 160 fois par minute, le facies était grippé; la malade succombait le soir même.

A l'autopsie, on constata tout d'abord l'existence d'une péritonite et d'un épanchement stercoral. En décollant l'intestin accolé à la paroi par des dépôts fibrineux, on arriva sur un vaste épanchement stercoro-purulent, remplissant la fosse iliaque droite et ayant remonté le long du côlon ascendant jusqu'à la face supérieure du foie. Cette face supérieure adhérait au diaphragme. En examinant l'intestin, on trouva sur le bord concave de l'intestin grêle, à six centimètres environ au-dessus de la valvule de Bauhin, une perforation linéaire de six millimètres de long. A l'intérieur, les plaques de Peyer malades étaient au nombre de six seulement, disséminées sur une étendue de 25 centimètres. Mais si ce nombre était peu considérable, les altérations étaient singulièrement profondes. Toute la paroi de l'intestin se trouvait détruite jusqu'à la séreuse. Le fond était lisse, constitué par le péritoine, au lieu d'avoir cet aspect gaufré qu'il a dans les ulcérations ordinaires à marche lente. La gangrène s'était faite en bloc au lieu de procéder follicules par follicules. Dans les poumons, il existait un peu d'emphysème au sommet gauche, de congestion aux bases. La rate était modérément hypertrophiée. Les reins étaient grisâtre pâle, anémiés, mais sans augmentation de volume; bien que, pendant sa scarlatine, la malade eût eu de l'albuminurie, les altérations microsco-

piques étaient minimes et se réduisaient à une simple néphrite catarrhale.

Cette malade est donc morte de perforation intestinale. En réunissant un grand nombre de statistiques, on trouve que cette complication s'observe, en moyenne, deux fois sur 100 cas de fièvre typhoïde. Fait singulier et encore inexpliqué, sa proportion est deux fois plus fréquente chez l'homme, où elle atteint 3 p. 100, que chez la femme où elle ne dépasse pas 1 p. 100. Chez l'enfant, sa fréquence diminue et est à peine de 1 p. 100. Cette complication est-elle, comme on l'a dit, plus fréquente dans les fièvres bénignes, je ne le crois pas; mais ce grave accident, survenant dans une affection en apparence insignifiante, éveille alors davantage l'attention. Il est, cependant, certain qu'elle peut s'observer dans les dothiénentéries les plus légères. Parfois une seule plaque de Peyer malade, devenue précisément le siège de la perforation, a été rencontrée à l'autopsie. Le siège de la perforation se trouve d'ordinaire sur la dernière portion de l'iléon; il a pu également se rencontrer sur le gros intestin et même sur le rectum. La forme est soit arrondie, soit linéaire; la dimension dépasse rarement celle d'une tête d'épingle; chez notre malade, les dimensions sont relativement grandes, ce qui tient à la gangrène en masse des follicules touchés.

Certains symptômes permettent-ils de prévoir cette complication. L'abondance de la diarrhée, les hémorrhagies intestinales, la sensibilité excessive de la fosse iliaque peuvent la faire particulièrement craindre. Parfois une constipation brusque, opiniâtre, succédant à la diarrhée, est le premier indice de la lésion péritonéale, si bien qu'on a pu, dans quelques cas, se demander si l'on avait affaire à une perforation ou à une obstruction.

Comme époque d'apparition, c'est d'ordinaire entre la troisième et la cinquième semaine que l'accident se produit. Il a été précoce chez notre malade, en raison de la forme spéciale de ses lésions. Il a été plus précoce encore dans d'autres observations, puisqu'on l'a vu survenir au huitième jour. Il est plus fréquent de voir cette complication tardive que de la voir précoce. On l'a vu survenir en pleine convalescence; on l'a vu même, dans un fait vraiment exceptionnel, se produire au dixième jour de la maladie.

Les causes occasionnelles peuvent être une pression trop forte au niveau de la fosse iliaque; vous apporterez donc tous les ménagements possibles à la recherche du gargouillement. Mais elles peuvent être surtout un écart de régime. A l'époque où l'on condamnait les typhiques à une diète absolue et prolongée, et où les pauvres affamés cherchaient presque tous à se procurer en cachette des aliments, sitôt en convalescence, les perforations étaient certainement plus fréquentes qu'aujourd'hui.

Les symptômes de la perforation sont d'ordinaire brusques, retentissants; la douleur, les frissons, les vomissements, le facies grippé, l'algidité, la constipation n'annoncent que trop la péritonite. Ils peuvent parfois rester absolument insidieux; les grandes oscillations de la température ont, dans ces cas difficiles, une véritable valeur diagnostique.

La mort est malheureusement la terminaison la plus ordinaire. Elle survient parfois en quelques heures, le plus souvent au bout de deux à trois jours. La durée totale peut être parfois de huit jours et plus. Quelques faits de guérison ont été observés. Dans ces cas favorables, des adhérences inflammatoires se forment, limitant l'épanchement stercoral et empêchant sa diffusion dans le péritoine. Les accidents se trouvent ainsi enrayés, alors même qu'ils avaient été au début fort inquiétants.

Le traitement consistera surtout dans l'emploi de l'opium. Vous avez vu chez notre malade l'utilité que les ventouses scarifiées avaient eue contre la douleur. L'intervention chirurgicale, qui donne des résultats si merveilleux dans d'autres péritonites, paraît ici avoir peu de chances de succès. La perforation serait difficile à trouver, plus difficile encore à suturer, à cause des lésions du voisinage. La résection de la portion de l'intestin perforée ne serait pas moins difficile, les plaques de Peyer étant souvent prises sur une grande étendue.

Chez notre malade, il nous reste à rechercher la cause de la gravité des altérations des plaques de Peyer dans une fièvre typhoïde aussi bénigne et de la précocité de la perforation. Il faut, je crois, l'attribuer à la scarlatine, qu'elle avait eue si peu de temps avant. Vous savez quelle influence fâcheuse la scarlatine a sur la vitalité des tissus et combien fréquemment elle est suivie de suppuration. Si rares que soient les observations de scarlatine suivies de dothiénentérie, je puis pourtant vous citer un cas de MM. Rilliet et Barthez, où des ulcérations étendues existaient au huitième jour. Il n'est pas défendu d'admettre que, dans ces deux cas, la scarlatine a favorisé le travail de destruction.

Bien que, pendant sa scarlatine, notre malade ait eu de l'albumine, je ne crois pas qu'on puisse faire jouer un rôle aux lésions rénales. A l'examen microscopique, nous n'avons, en effet, trouvé que des lésions minimes. Cliniquement d'ailleurs, ces lésions, quand elles existent, accentuent, en entravant l'élimination des bacilles et des bourses, les phénomènes typhiques. Or, ces phénomènes ont été, chez notre malade, réduits à leur minimum.

Je tenais à discuter devant vous cette observation. Le principal enseignement que vous deviez en tirer, est le rôle que des circonstances, en apparence accessoires, peuvent jouer dans l'évolution d'une maladie et la réserve qu'il faut toujours garder au point de vue du pronostic, en présence des fièvres typhoïdes les plus bénignes en apparence.

MÉDECINE LÉGALE

Du gonocoque en médecine légale (1).

Par MM. Vibert et Bordas.

Tout le monde sait combien il serait important, pour le médecin légiste, de pouvoir diagnostiquer la nature blennorrhagique d'une vulvite. La vulvite est très fréquente chez les petites filles; elle fait souvent soupçonner qu'un attentat a été commis et motive ainsi une enquête judiciaire. Si l'expert pouvait démontrer que la vulvite est blennorrhagique, il prouverait ainsi qu'elle résulte très probablement d'un crime, et en même temps il fournirait une indication précieuse pour retrouver l'auteur de ce crime.

Malheureusement, la vulvite blennorrhagique n'a guère de caractères cliniques ou anatomo-pathologiques qui lui soient propres, qui permettent d'établir un diagnostic avec la certitude absolue indispensable en médecine légale.

La découverte du gonocoque permet-elle aujourd'hui

(1) Communication faite à la Société de médecine légale de France.

d'être plus affirmatif? A-t-elle apporté un critérium sûr pour reconnaître la nature des écoulements vulvo-vaginaux? C'est ce que croient et proclament certains auteurs, notamment Neisser. Quant aux médecins légistes, la plupart n'ont pas encore fait connaître leur opinion à cet égard; nous ne savons pas quelle conduite ils tiennent en pratique, s'ils recherchent le gonocoque, comment ils le caractérisent, et quelle importance ils lui attribuent. Nous connaissons seulement deux travaux sur ce sujet : un de M. le docteur Lobert (de Lille), qui se déclare en mesure de caractériser sûrement le gonocoque dans les écoulements et même dans les taches qui se trouvent sur les linges, et de faire ainsi le diagnostic médico-légal de la blennorrhagie; et un autre du professeur Kratter (d'Inspruck), qui est tout aussi affirmatif.

Quant à nous, nous croyons que le moment n'est pas encore venu d'introduire en médecine légale la notion du gonocoque. La médecine légale ne peut utiliser que des données absolument incontestables et sanctionnées par le temps : tel n'est pas le cas pour le rôle étiologique du gonocoque qui n'est pas admis sans réserve. Mais, même en acceptant qu'un micro-organisme spécial, le gonocoque, est bien le facteur de l'inflammation blennorrhagique, nous pensons que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de reconnaître sûrement le gonocoque, de le distinguer des autres microcoques qui peuvent exister dans les écoulements vaginaux.

Le vagin, comme l'on sait, est toujours peuplé d'un grand nombre de micro-organismes. Même à l'état sain, si l'on râcle légèrement la muqueuse vaginale ou vulvaire, on trouve dans le produit du râclage des microcoques et des bactéries. Si l'on examine un écoulement chronique (flueurs blanches), les micro-organismes sont encore plus nombreux. Il est facile de les cultiver sur divers milieux; mais il est beaucoup plus difficile de séparer nettement et de distinguer les diverses espèces, de reconnaître notamment si le gonocoque s'y trouve.

Lorsqu'il s'agit d'une vulvite aiguë chez la petite fille, on ne trouve dans la plupart des cas (du moins c'est ce que nous avons noté dans nos recherches personnelles) qu'une seule espèce : un microcoque qui présente tous les caractères du gonocoque.

Il en est ainsi même pour des vulvites qu'il nous paraît impossible de considérer comme blennorrhagiques. Parmi les petites filles que nous avons examinées au cours de cette année, nous en avons choisi six dont la vulvite était due, suivant toute vraisemblance, à une autre cause qu'à la blennorrhagie. Chacune de ces enfants disait avoir subi des attouchements de la part d'individus qui avaient été arrêtés pour ce fait, et que nous avons tous examinés dans un délai qui n'a pas dépassé huit jours après l'attentat allégué. Or, aucun de ces individus ne présentait la moindre trace d'écoulement; il n'y avait pas non plus de taches suspectes sur les chemises qu'ils portaient au moment de l'attentat ou quelques jours auparavant; nous avons pu examiner aussi les parents de deux de ces enfants, et nous les avons trouvés sains.

Le pus de ces vulvites (caractérisées par une vive rougeur de la muqueuse, un écoulement de muco-pus et des douleurs) renfermait des diplocoques semblables, de tous points, au gonocoque; dans quatre cas, les gonocoques existaient seuls, à l'exclusion de tout autre micro-organisme; dans deux cas, ils étaient mélangés à d'autres espèces.

Les caractères assignés aux gonocoques sont tirés de :

a. Leur forme et leurs dimensions;

b. Leur disposition en amas, en monceaux et non en chaînettes;

c. Leur habitat : ils se trouvent surtout à l'intérieur des globules de pus;

d. Leur réaction vis-à-vis de certains colorants.

Or, en étudiant les diplocoques de nos préparations, on constate ce qui suit :

a. A un grossissement suffisant, ils apparaissent comme formés de deux sphères aplaties en un point et soudées par cette face plane, c'est bien la forme en *biscuit* du gonocoque. Leurs dimensions sont sensiblement les mêmes que celles du gonocoque;

b. Ces diplocoques ne sont jamais rangés en séries linéaires, de manière à former des chaînettes; ils sont toujours disposés en amas formant des groupes, où les individus sont rapprochés les uns des autres sans ordre déterminé;

c. Les diplocoques se trouvent surtout à l'intérieur des globules de pus; tantôt il n'y en a que deux ou trois, tantôt il y en a un si grand nombre qu'on ne peut les compter et que le globule de pus en est bourré. Un petit nombre seulement de diplocoques se trouvent çà et là en liberté dans la préparation, en dehors des globules de pus;

d. Les diplocoques de nos préparations se colorent avec les mêmes matières et dans le même temps que le gonocoque. Nous avons vérifié le fait par de nombreux examens comparatifs.

Reste un caractère du gonocoque indiqué par G. Roux, et que beaucoup d'auteurs considèrent, avec lui, comme décisif. Roux a montré que le liquide de Gram ne fixe pas les couleurs d'aniline sur le gonocoque comme il le fait pour d'autres micro-organismes. Or, le diplocoque de nos préparations se comporte de la même façon; même après l'action du liquide de Gram prolongée de deux à dix minutes, l'alcool le décolore complètement.

Ainsi donc, le pus de vulvites, que tout doit faire considérer comme blennorrhagiques, renferme des diplocoques offrant exactement les caractères du gonocoque. Du reste, les caractères assignés au gonocoque sont considérés par les bactériologistes les plus compétents comme insuffisants pour donner un critérium certain. Bokai, Eklund, Bockhart, Bumm déclarent, de la façon la plus formelle, qu'il existe dans le pus de diverses provenances, et notamment dans les écoulements génitaux de la femme, des diplocoques qu'il est impossible de distinguer des gonocoques par leurs caractères morphologiques ni par leurs réactions.

La culture du gonococcus ne caractérise pas davantage ce micro-organisme d'une façon certaine. Il suffit, pour s'en convaincre, de lire les divers travaux sur ce sujet. Les auteurs ne sont d'accord ni sur le milieu qui convient pour cette culture, ni sur la température qu'elle exige, ni sur la durée de son développement, ni sur l'aspect des colonies. Les recherches que nous avons faites nous-mêmes, tant sur le gonococcus que sur le diplocoque trouvé dans les vulvites, ne nous ont pas donné de résultats constants (1).

Nous pouvons donc dire qu'actuellement la question du gonocoque est loin d'être résolue avec cette certitude complète qu'exigent les applications médico-légales. Nous

(1) Voir notre mémoire, in *Médecine moderne*, 1891, n° 1.

pensons que, dans aucun cas, l'expert n'est autorisé à affirmer la nature blennorrhagique d'une vulvite en se basant sur l'examen bactériologique, même le plus complet.

REVUE DE LA PRESSE

Du traitement de la grippe par le sulfate de quinine. — Dans notre numéro du 8 mai 1890, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur un intéressant mémoire de M. le docteur Gellie (de Bordeaux) relatif à la grippe et à son traitement exclusif par le sulfate de quinine. Ce travail, dont nous avons apprécié toute la valeur et reproduit les conclusions, s'appuie sur un nombre considérable de faits cliniques, recueillis non seulement dans la clientèle de l'auteur, mais aussi dans celle de plusieurs distingués confrères bordelais, auxquels il avait pu, dès le commencement de l'épidémie, communiquer sa foi dans l'efficacité du précieux antiseptique.

Un grand nombre de journaux français et étrangers avaient aussi signalé et analysé avec éloge cet important mémoire, qui, au point de vue pratique, mérite une place à part parmi les nombreuses publications auxquelles a donné lieu la dernière épidémie de grippe.

Le *Journal de médecine de Bordeaux* publie une deuxième partie de ce mémoire, dont l'importance est d'autant plus grande, qu'elle justifie entièrement les premières conclusions de l'auteur.

Après avoir démontré que les grippés, soumis au traitement exclusif du sulfate de quinine, avaient été guéris plus rapidement et plus sûrement que par toute autre médication, notre confrère a pensé, avec raison, qu'il y aurait un sérieux intérêt à rechercher quels étaient les résultats de ce traitement, au point de vue des rechutes et des accidents tardifs, qui n'ont que trop souvent compromis, quelquefois gravement, la santé d'un grand nombre de malades, et augmenté aussi, dans une certaine proportion, la statistique des décès.

Ce sont les résultats d'une vaste enquête faite soit par lui, soit par les confrères très autorisés qui avaient suivi rigoureusement sa méthode, que M. le docteur Gellie expose dans le *Journal de médecine de Bordeaux*.

Ces constatations sont aussi concluantes que possible, et on peut dire qu'elles consacrent, d'une manière définitive, l'action héroïque du sulfate de quinine dans le traitement de la grippe sous toutes ses formes et sous toutes ses manifestations.

Cette enquête sur les résultats du traitement quinique exclusif, au point de vue des rechutes et des accidents tardifs, n'existait pas encore dans la science. Les conditions de rigoureuse exactitude qu'elle présente constituent donc un apport sérieux aux idées dont M. le docteur Gellie s'est fait le promoteur ardent et qu'il a développées avec une conviction communicative.

Notre confrère bordelais aura ainsi contribué, plus que personne, à établir et à vulgariser, par des faits cliniques incontestables, le seul traitement vraiment efficace de la grippe épidémique.

Le lavage de l'estomac chez les tout jeunes enfants. — Frortsky a essayé le lavage de l'estomac chez 64 enfants âgés de quinze jours à quatre mois et souffrant d'affections gastro-intestinales. Le lavage se fait avec la plus grande facilité au moyen d'une sonde de Nélaton munie d'un entonnoir de verre. Comme liquide de lavage, Frortsky se sert d'une solution de salicylate de soude à 3 p. 100, dont l'eau a été préalablement bouillie avec soin. Le traitement est très bien toléré. Il faut faire au moins deux lavages pour arrêter tout à fait les vomissements. Le lavage réussit surtout dans les affections gastro-intestinales, sans fièvre, et agit d'autant mieux qu'il est appliqué dès le début. L'action est plus efficace quand l'estomac est seul atteint que lorsqu'il y a entérite simultanée. Quant aux troubles digestifs d'origine uniquement intestinale, le lavage les améliore peu. Dans le traitement des gastro-entérites aiguës, des diarrhées estivales, il est bon d'associer au lavage les moyens thérapeutiques ordinaires; de même cette association est utile dans les affections intestinales chroniques et anciennes. (*Medical Record.*)

Le nitrite d'amyle comme antidote du chloroforme. — Le nitrite d'amyle constituerait un agent d'une action très efficace et très rapide dans les accidents qui surviennent au cours de la chloroformisation. Son action vaso-dilatatrice combat immédiatement l'anémie cérébrale. Burrall rapporte, en dehors des faits qu'il a observés personnellement, dix observations de publication récente, dues à différents observateurs et où l'inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle fit cesser de suite des accidents menaçants : pâleur, arrêt de la respiration, arrêt du pouls, stertor, cyanose. Dans un cas de Fowler la pupille, en même temps que le pouls manquait, que la respiration s'arrêtait, que le visage devenait livide, s'était brusquement redilatée, signe qui constitue toujours un indice pronostic fâcheux pour la gravité de l'intoxication. Les craintes pouvaient être d'autant plus grandes que l'opération pratiquée était une trachéotomie pour croup. Les doses employées ont varié de IV à X gouttes administrées simplement en inhalations sur une compresse placée devant le nez. Si la respiration est tout à fait arrêtée on fera, bien entendu, en même temps, la respiration artificielle. Il a parfois été nécessaire, par suite de retour des accidents, de répéter à trois ou quatre reprises les inhalations. Les injections hypodermiques de nitrite seront rarement nécessaires.

Le nitrite d'amyle a pu être également employé pour accélérer le réveil après l'anesthésie chloroformée, mais c'est là une indication qui doit avoir bien rarement d'avantage pratique.

Les inhalations de nitrite d'amyle n'ont jamais produit de résultat fâcheux. La simplicité de cette méthode et sa facilité d'application contribuent à la recommander. Comme les inhalations doivent être immédiates, il faudra, bien entendu, que le chloroformisateur ait toujours le nitrite d'amyle à sa disposition. (*Medical Record.*)

Le traitement des luxations congénitales de la hanche (Méthode de Volkmann). — Le traitement des luxations congénitales de la hanche est toujours long et difficile. Si quelques malades parviennent à marcher malgré la déformation, sans trop de boiterie ni de fatigue, beaucoup conservent toute leur vie une claudication très disgracieuse et très marquée; toute marche prolongée leur est impossible; leur articulation reste faible, exposée à des entorses, à des poussées inflammatoires fréquentes.

Bien des moyens ont été proposés pour remplir les deux grandes indications thérapeutiques du traitement des luxations congénitales : 1° réduire la luxation dans la limite du possible et remettre les surfaces articulaires déformées dans un rapport se rapprochant de l'état normal; 2° maintenir la réduction obtenue et rendre sa force à l'articulation. Dans cette étude, nous ne pourrons qu'indiquer brièvement les principaux de ces moyens; en insistant un peu plus longuement sur une méthode de traitement encore peu connue en France, la méthode de Volkmann.

I. De tous les moyens employés pour mettre les surfaces articulaires dans un rapport moins anormal, l'extension continue est celui qui a donné les meilleurs résultats. Dans la méthode ordinaire, ces résultats n'étaient obtenus que par de longs mois d'immobilisation. L'enfant soumis à l'extension était condamné à un repos au lit absolu. Cinq ou six mois étaient souvent nécessaires avant que l'extension eût amené, sinon la réduction, rendue d'ordinaire impossible par les difformités articulaires, au moins l'allongement du membre et la mise en place de la tête fémorale à peu près au niveau de la cavité cotyloïde. Pour maintenir le résultat obtenu, des précautions sans nombre étaient nécessaires. On se contentait de faire exécuter d'abord à la cuisse quelques mouvements de flexion, tout en maintenant le malade au lit. Beaucoup plus tard, quand on lui permettait de se lever, on le soutenait au moyen d'un chariot à béquilles de façon à ce

qu'il n'appuyât pas sur son articulation. Ce n'était qu'après une longue série d'exercices que la marche était permise. Un pareil traitement était fort pénible ; un repos aussi prolongé n'était pas sans exercer une influence fâcheuse sur la santé générale. Aussi, peu de chirurgiens adoptaient-ils le traitement dans toute sa rigueur. M. Tillaux (1), par exemple, conseille d'essayer l'extension continue pendant deux à trois mois et d'abandonner ensuite le malade à lui-même.

Dans la méthode de Volkmann, l'extension est souvent employée pendant dix et quinze ans. Mais elle est appliquée seulement pendant la nuit. Le jour, l'enfant se lève et marche, en évitant, toutefois, de courir et de sauter, sans aucun appareil. Sa santé générale n'a donc point à souffrir ; son éducation n'est pas compromise. Tout au plus, au début du traitement, Volkmann conseille-t-il de réduire à quelques heures seulement le temps pendant lequel l'enfant se lève, pour que la période d'extension dépasse la période de liberté du membre. L'extension est pratiquée par la méthode ordinaire des poids. Ils sont appliqués, soit par des bandelettes en diachylon, soit par une guêtre lacée remontant jusqu'à la cuisse. Ils doivent être assez puissants (4 à 5 kilogrammes chez les jeunes enfants) pour déterminer une hypercorrection. Le membre du côté malade doit, l'enfant couché et soumis à l'extension, paraître plus long que le membre sain. Mais, en même temps que l'extension, on pratique un massage quotidien de l'articulation, afin de rendre de la force et de la fermeté aux muscles et aux ligaments. Les affusions froides, les frictions alcooliques, les bains de mer constituent d'utiles adjuvants. L'état général est l'objet de préoccupations particulières. L'enfant doit faire de la gymnastique matin et soir, son alimentation doit être très riche et très abondante ; toutefois, s'il existe une tendance à l'obésité il faut, soit restreindre l'alimentation, soit augmenter les exercices. Le petit malade doit, en quelque sorte, être toujours en état d'entraînement.

Volkmann a toujours obtenu par ce traitement d'excellents résultats dans les luxations unilatérales. Les opérations doivent être entièrement bannies du traitement de ces luxations ; les résections, en particulier, ne font qu'augmenter le raccourcissement. Dans les luxations bilatérales, l'extension ne donne plus les mêmes effets. La correction qu'elle entraîne s'obtient en effet par l'abaissement du bassin du côté malade combiné avec une légère abduction de la cuisse, plutôt que par un allongement véritable. Les corsets orthopédiques constituent à peu près la seule ressource. Dans quelques cas de luxation particulièrement marquée avec inclinaison excessive du bassin, ascension extrême des têtes fémorales, marche très difficile, la résection des deux têtes du fémur a donné, dans ces luxations doubles, de bons résultats. Mais, d'ordinaire, la claudication et la gêne de la marche sont plutôt moindres dans les luxations bilatérales que dans les luxations unilatérales, on n'aura donc que bien rarement besoin d'avoir recours à ces opérations.

La ténotomie sous-cutanée a pu être autrefois souvent employée pour triompher de l'obstacle apporté par des brides musculaires ou ligamenteuses, à la réduction par l'extension continue. Sauf quelques indications exceptionnelles, on doit peu compter sur son action. Quelques tentatives de réduction par des incisions à ciel ouvert montrent, en effet, combien les obstacles sont d'ordinaire multiples. Karewski (2), dans un cas, pratique la section du tenseur du fascia lata, du droit interne, du psoas iliaque, d'une portion du vaste externe, sans pouvoir réduire la tête. Dans un autre cas, il ne peut réduire qu'après avoir divisé tous les muscles insérés au grand trochanter : les jumeaux, les obturateurs externe et interne, le pyramidal, le ligament iléo-fémoral et une portion de la capsule. Les ténotomies sous-cutanées seront donc d'ordinaire peu efficaces ; les incisions à ciel ouvert deviendraient trop dangereuses par la moindre lacune dans l'asepsie — et celle-ci est toujours difficile à réaliser complètement dans les opérations faites sur la hanche chez l'enfant — pour pouvoir être recommandées.

(1) Tillaux. *Chirurgie clinique*, vol. II, Paris 1889, p. 676.
(2) Karewski. *Deuts. Med. Wochens.*, nº 6, 1889.

II. Afin de maintenir la réduction, Volkmann compte surtout sur la tonicité rendue aux muscles et aux ligaments par des séances quotidiennes de massage. L'utilité des frictions stimulantes, des bains salés, des douches locales, de l'électricité, est également très grande. La thérapeutique vient donc confirmer les idées de M. Verneuil (1) et de M. Reclus (2) sur le rôle que joue l'atrophie musculaire dans la luxation dite congénitale. Quant à la nécessité du traitement général, elle n'existerait pas seulement au point de vue de la nutrition du système musculaire. M. Pfender (3), dans un travail récent, a en effet montré que la luxation congénitale de la hanche se trouvait fréquemment associée à la tuberculose. Beaucoup de malades ont des antécédents héréditaires tuberculeux, beaucoup ont des stigmates de scrofule ou même de tuberculose confirmée. Leur état général mérite donc la plus grande attention.

Les appareils orthopédiques peuvent être également très utiles dans le maintien de la réduction. L'appareil le plus simple est composé, soit d'un large caleçon de tissu élastique enserrant le bassin et les hanches, soit de ceintures en cuir moulé exactement sur le bassin. Aux ceintures sont souvent jointes des béquillons montés en tige qui vont soutenir les aisselles ; plus rarement, elles sont munies comme de cuissarts analogues à ceux des appareils à coxalgie. Les appareils les plus simples seront d'ordinaire préférés. Le grand désir des malades est, en effet, que la déformation soit aussi masquée que possible ; or, des appareils trop complexes la soulignent au lieu de la dissimuler. (*Deuts. Med. Wochens.*)

Statistiques de chloroformisations. — Au moment où la discussion s'engage à l'Académie sur l'anesthésie chloroformique, et où la question va se trouver à nouveau discutée, il est intéressant, avec notre confrère de la *Tribune médicale*, de faire connaître les statistiques réunies par le docteur Gurlt (de Berlin).

Le relevé porte sur les statistiques de 60 congressistes, depuis le 1er juillet jusqu'au 31 décembre 1890. Sur les 60 congressistes en question, on compte : 3 Autrichiens, 3 Russes, 2 Suédois, 1 Hollandais, 1 Belge ; les autres sont des Allemands. Le relevé comprend 24 625 narcoses. Bardeleben qui a déjà communiqué une statistique de 12 000 narcoses faites à la Charité, de 1878 à 1890, compte 7 cas de mort.

Les 24 625 narcoses se décomposent en :

22 656	narcoses par chloroforme	avec 71 asphyxies,	6 morts	
470	— éther	— 0	— 0	—
1 055	narc. mixtes (éth. et chl.)	— 5	— 0	—
417	— éth. et alc.)	— 4	— 0	—
27	narc. par brom. d'éthyle	— 0	— 0	—
		80	6	

On compte donc :

Sur 3 776	narcoses par chloroforme. . .	1	cas de mort.
319	— —	1	cas d'asphyxie.
211	— éther-chlorof. . .	1	—
104	— éther-alcool. . .	1	—

Dans 2 732 narcoses, la durée fut de 1 heure ; dans 278 cas, elle fut plus longue ; dans 3 cas, elle fut de 150, 155 et 180 minutes. A la Charité, on emploie 1 centimètre cube de chloroforme par minute de narcose. D'après Morian, la quantité de chloroforme employée est de 60 centigrammes avec l'appareil de Kappeler, de 1 gramme avec l'appareil ordinaire.

On a encore employé, concurremment avec le chloroforme, les injections de morphine. Quelques-uns se sont servis de morphine dans les opérations chez les alcooliques, dans les opérations de longue durée ou les interventions sur la bouche, 5 chi-

(1) Verneuil. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1866, p. 252, et *Revue d'orthopédie*, 1890, nº 1, p. 23.
(2) Reclus. *Clinique et critique chirurgicale*, Paris 1884, p. 238.
(3) Pfender. *Revue des maladies de l'enfance*, juillet 1889.

rurgiens faisaient les injections chez tous les opérés au-dessus de quinze ans, 14 chirurgiens se sont servis de morphine 2194 fois sur 6806 narcoses.

Sur 307 narcoses, on compte, en moyenne, une asphyxie dont on se rend maître ordinairement, mais qui, chaque fois, a exigé la trachéotomie ; 6 cas de mort doivent être attribués au chloroforme ; 3 autres cas étaient dus à l'entrée de l'air dans les veines, à la syncope, etc., et ne peuvent être mis sur le compte du chloroforme.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nos grands médecins d'aujourd'hui (1),
par Horace Bianchon.

Il n'est pas un médecin qui n'ait lu à Paris cette série de portraits de nos grands médecins d'aujourd'hui, publiée d'abord dans le *Figaro* sous le titre de « Profils ». Celui qui signait modestement Horace Bianchon et qui, sous ce pseudonyme, cache un nom cher au pays bordelais, a bien voulu répondre au désir de tous ceux qui avaient goûté au jour le jour ces jolis coups de crayon. Et voici que nous pouvons relire tranquillement ces feuilles envolées; la plume suffisait, mais le crayon est venu fixer les traits matériels des médecins célèbres et nous possédons une galerie des plus intéressantes.

Ce qui avait fait le succès des premiers articles de notre confrère Bianchon avait été, d'abord, une légèreté de touche, puis, une vérité de lignes, une délicatesse singulière dans l'éloge, enfin une critique fine, douce, effleurant la peau sans la blesser; toutes qualités d'un esprit distingué et courtois. Nous en étions restés là de notre impression première, lorsqu'en parcourant le volume nous avons eu la plus heureuse des surprises.

Trompé par des informations inexactes, Horace Bianchon avait tracé, d'un de nos plus sympathiques confrères, un portrait un peu de chic. Il ignorait alors ce qu'il y avait eu de mérites cachés dans cette vie toute de labeurs, de sacrifices, de dévouement. Mieux informé, Horace Bianchon n'a pas hésité à dire son erreur, et à proclamer bien haut comment il fallait rectifier son ancien jugement.

Cette note n'est pas à négliger par les temps que nous traversons. Reconnaître une erreur, même involontaire, n'est pas d'un esprit vulgaire. A l'estime pour le lettré vient se joindre une vive sympathie pour la loyauté de l'écrivain.

Si vous désirez connaître plus intimement M. Horace Bianchon, lisez la préface de M. Maurice du Fleury. Nul ne pouvait mieux dire ce qu'on doit penser de son livre.

Et, maintenant, il ne nous reste qu'à souhaiter à ceux de nos lecteurs qui ne connaissent pas « Nos grands médecins d'aujourd'hui » de les lire, et à ceux qui les ont déjà lus de les relire, et de les conserver sur les rayons de leur bibliothèque, en attendant une série nouvelle.

La Grande chirvrgie de Gvy de Chavliac (2),
édition Nicaise.

Revoir et collationner sur les manuscrits et imprimés latins et français une œuvre composée en l'an 1363; annoter cette œuvre, l'enrichir d'une introduction sur le moyen âge, sur la vie et les œuvres de l'auteur, établir un glossaire, si nécessaire en l'espèce, voilà bien le régal d'un vrai savant et d'un très fin lettré. Quel intérêt pour nous de suivre M. Nicaise dans cette précieuse restauration, quand l'auteur se nomme Guy de Chauliac!

Montpellier venait de célébrer le sixième centenaire de son Université. Plus de 500 ans auparavant Guy de Chauliac avait fait l'hommage de sa « Grande Chirurgie » à sa chère Eschole de Montpellier. M. Nicaise a voulu, à son tour, célébrer ce centenaire de l'Université de Montpellier en remettant au jour cette « Grande Chirurgie », qui fut le code officiel de l'enseignement chirurgical jusqu'au xviiie siècle. Il a pensé, avec raison, que cette œuvre magistrale méritait d'attirer encore l'attention des médecins et chirurgiens et c'est ainsi que nous possédons cette remarquable édition moderne de la *Grande Chirvrgie*.

Dans le cours du livre, M. Nicaise a reproduit sept miniatures offrant un intérêt historique par les scènes représentées et par les costumes.

Ne reculant devant aucune difficulté, M. Nicaise s'est adressé à toutes les bibliothèques universitaires d'Europe; il a lui-même butiné à Paris, Avignon, Lyon, Montpellier, Bologne, Florence, Rome et Naples et les documents les plus abondants ont répondu à cette ardente poursuite.

Non seulement les chirurgiens, mais tous ceux qui s'intéressent aux choses du passé, voudront posséder cette précieuse édition de la *Grande Chirvrgie*. Pour notre part, nous ne saurions trop remercier le savant chirurgien de Laënnec de nous avoir fait lire, c'est-à-dire connaître et admirer le célèbre chirurgien de Montpellier.

Vade-mecum des herborisations parisiennes (1),
par E. Lefébure de Courcy.

Le temps va-t-il finir par être moins inclément, et nos bandes de jeunes naturalistes vont-elles pouvoir aller, enfin, faire leurs excursions hebdomadaires? Nous n'avons osé encore les y convier et, cependant, nous avions reçu la sixième édition de cet excellent petit livre que tous les botanistes glissent dans leur poche pour leurs herborisations.

Le succès de ce vade-mecum est reconnu de tous et notre regretté M. de Fourcy a trouvé dans MM. Bescherelle et Camus de pieux amis qui ont enrichi encore ce travail si estimé. M. Camus, lauréat de l'Institut très versé dans l'étude des hybrides, a revu à ce point de vue le vade-mecum. M. Bescherelle a un nom si considérable en bryologie que c'est une bonne fortune pour le vade-mecum de voir traitées par lui les mousses parisiennes. Signalons enfin un essai sur les champignons. Encore un petit effort et le vade-mecum des herborisations fera connaître toutes les productions végétales qu'on peut reconnaître à l'œil nu ou à l'aide de la loupe.

L'Année scientifique et industrielle (2), par Louis Figuier.

Si nous voulions appliquer à cette nouvelle année (1890) un nom rappelant une des conquêtes ou préoccupations scientifiques, nous l'appellerions volontiers l'année de la « poudre sans fumée ». Aussi, M. Figuier a-t-il choisi les exercices comparés des poudres ordinaires et de la poudre sans fumée pour servir de frontispice à la trente-quatrième année de son intéressant recueil.

Il suffit d'avertir ses fidèles lecteurs que le livre a paru. En donner un détail est chose impossible à cause de la richesse des documents qu'il renferme. C'est la science, relevée jour par jour, et nous laissant le souvenir très net des expériences, des efforts, des conquêtes et souvent même des erreurs scientifiques; le tout présenté avec une clarté, une simplicité, une bonne foi qui expliquent ce succès si mérité de l'Année scientifique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 juin 1891, les aspirants au doctorat en médecine et au grade de pharmacien de première classe doivent produire, en passant leur première inscription, les diplômes ci-après indiqués :

---

(1) Gr. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.
(2) Gr. in-8°. Prix : 30 francs. — Paris, F. Alcan.

(1) In-16. Prix : 4 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.
(2) In-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, L. Hachette et Cie.

Doctorat en médecine. — Le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique avec mention : lettres, philosophie, et transitoirement le diplôme de bachelier ès sciences restreint.

Grade de pharmacien de première classe. — Le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique, avec mention : lettres, philosophie, ou avec mention : lettres, mathématiques, ou le diplôme de bachelier d'enseignement moderne avec l'une ou l'autre des trois mentions.

Les diplômes de bachelier ès lettres, de bachelier ès sciences et de bachelier de l'enseignement secondaire spécial, actuellement délivrés et ceux qui seront délivrés ultérieurement en exécution des mesures transitoires arrêtées par le décret du 8 août 1890 et par le décret du 5 juin 1891 (enseignement secondaire moderne) restent valables pour l'inscription en vue des grades de licencié au doctorat, en droit, doctorat en médecine, licencié ès sciences ou ès lettres, et grade de pharmacien de première classe.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL BEAUJON. Un cas de pleurésie séro-fibrineuse avec bacilles d'Eberth. — Extirpation, par dissection, d'un grand kyste du rein (néphrectomie partielle); suture et réunion par première intention du parenchyme rénal; guérison. — THÉRAPEUTIQUE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discorde qui règne entre les physiologistes et les praticiens au sujet de l'application, chez l'homme, des données fournies par l'expérimentation sur les animaux, n'est pas près de s'éteindre. M. Laborde, auquel il faut reconnaître le mérite de persévérer dans la voie qu'il s'est tracée avec une ardeur et une conviction des plus respectables, a imaginé un appareil destiné à pratiquer la respiration artificielle chez l'homme, dans les cas d'accidents par le chloroforme. Cet appareil est sans doute fort ingénieux. Il n'a, cependant, pas paru satisfaire les chirurgiens.

M. Labbé, se plaçant uniquement sur le terrain de la pratique, nous a semblé répondre au sentiment général, en faisant observer, qu'en matière de chloroformisation, il fallait, avant tout, suivre rigoureusement ces deux préceptes : surveillance attentive et continue de la respiration, intervention immédiate, sans perdre une seconde, par la respiration artificielle, en cas d'accident. Or, le moyen le plus sûr et le plus rapide est, incontestablement, celui qu'ont adopté tous les chirurgiens et qui peut se pratiquer instantanément, sans le secours d'aucun appareil. Il ne faut pas oublier, en effet, que les malades peuvent mourir plusieurs fois pendant le temps nécessaire à l'installation de l'appareil, même le plus simple. Quand il s'agit d'un adulte, il faut recourir au procédé qui consiste à écarter et à rapprocher violemment les bras du tronc. S'il s'agit d'un enfant, la respiration de bouche à bouche suffit parfaitement, ainsi que l'ont rappelé MM. Tarnier et Guéniot.

Bien que l'expérimentation physiologique ait trouvé un second défenseur dans l'un de ses plus dignes représentants, M. Chauveau, et malgré une nouvelle et éloquente protestation de M. Laborde, chacun garde ses positions : chirurgiens et physiologistes en sont exactement au même point que lors de la première discussion sur ce sujet, en 1882. Relativement à la pratique de l'anesthésie chez l'homme, les règles en ont été formulées aussi nettement que possible, dans ce journal, par M. Marcel Baudoin (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 593 et 621), dont la Revue générale a été citée par M. Labbé comme le meilleur *vade mecum* de l'anesthésiste.

M. Perier a présenté une fillette de treize ans, chez laquelle il a extrait, par la laryngotomie, un morceau d'os assez volumineux qui a séjourné trente-cinq jours dans le larynx. A propos de ce fait, M. Perier a beaucoup insisté sur les avantages que l'on peut tirer d'un mélange, à parties égales, d'eau et d'antipyrine comme moyen hémostatique contre les hémorrhagies en nappe.

Nous avons encore deux intéressantes communications à signaler : l'une de M. Tuffier, sur une néphrectomie partielle avec suture et réunion, par prer la pre intention, du parenchyme rénal; et l'autre de M. Kahemar un cas d'anévrysme artério-veineux traumatique de s p carotide ouverte dans le sinus caverneux, et dans leque or la ligature de la carotide primitive a donné un très bon é ésultat. On trouvera plus loin un résumé de ces deux observations.

HOPITAL BEAUJON. — M. FERNET.

Un cas de pleurésie séro-fibrineuse avec bacilles d'Eberth.

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.)

L'étiologie des pleurésies est peu avancée. Sans doute, celle des pleurésies purulentes a fait de sérieux progrès, depuis quelques années, et, grâce aux recherches bactériologiques, on est déjà arrivé à constituer plusieurs espèces distinctes dont la pathologie commence à être fixée ; mais celle des pleurésies séro-fibrineuses est pleine de lacunes et d'incertitude.

Pendant longtemps on s'est borné à invoquer le refroidissement, comme capable de produire la pleurésie d'apparence primitive; mais cette cause banale semble avoir fait son temps; et, pour la pleurésie comme pour la pneumonie, il est vraisemblable que le refroidissement, quand il est réel, n'intervient qu'à titre de circonstance adjuvante, la cause véritablement efficiente étant une infection, laquelle infection tantôt provient d'un des organes voisins, tantôt se manifeste d'abord dans la cavité pleurale et y reste souvent confinée pendant tout le cours de la maladie.

Mais on ne connaît guère, et encore bien imparfaitement, que quelques espèces de pleurésies séro-fibrineuses : en tête se place la pleurésie tuberculeuse qui est très fréquente, plus fréquente, sans doute, que toutes les autres réunies; puis viennent la pleurésie rhumatismale, celle qui

survient au cours de la scarlatine et plus rarement au cours des autres fièvres, celle qui est consécutive à une maladie des organes voisins (la pleurésie consécutive à la pneumonie est commune).

Cependant, l'attention s'est portée presque exclusivement sur la pleurésie tuberculeuse; et, tout dernièrement encore, notre collègue M. Netter, reprenant la question à ce point de vue et confirmant les propositions antérieures de M. Landouzy, de MM. Chauffard et Gombault, de MM. Kelsch et Vaillard, etc., arrive à cette conclusion que 70 p. 100 au moins, plus des deux tiers des pleurésies que la clinique rangeait dans les pleurésies simples, primitives, sont des pleurésies tuberculeuses.

Quoi qu'il en soit, en acceptant l'évaluation de M. Netter, qui ne paraît guère contestable, il resterait encore 30 p. 100 de pleurésies séro-fibrineuses qui ne sont pas tuberculeuses. Eh bien! de celles-là quelle est la nature? C'est ce qu'il faudrait connaître, c'est ce que les travaux antérieurs permettent à peine d'entrevoir; et je ne sache pas que les recherches bactériologiques aient jusqu'ici beaucoup éclairé cette question. M. Talamon (1), ayant examiné, par le procédé des cultures, le liquide de dix-sept pleurésies séro-fibrineuses, n'en a trouvé que trois où les résultats aient été probants : dans deux de ces cas, c'était le pneumocoque; dans le troisième, c'était le streptocoque que contenait la plèvre; sept autres fois, il a observé des organismes divers, mais ces organismes ont été inoffensifs à l'inoculation des animaux. « On peut donc admettre, dit M. Talamon, que si le bacille de Koch est une cause très fréquente de pleurésie séreuse primitive, deux autres organismes, le streptococcus puerpéral et le diplococcus lancéolé, peuvent aussi déterminer, en se greffant d'emblée sur la séreuse pleurale, une pleurésie (soi-disant) idiopathique, et que probablement divers autres microbes plus ou moins bien définis... peuvent encore, par leur localisation sur la plèvre, en provoquer l'inflammation fibrino-séreuse. »

La clinique, de son côté, montre de grandes différences entre les pleurésies suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires, suivant le développement de la réaction fébrile, suivant que le liquide épanché est plus ou moins fibrineux, ou, au contraire, plus ou moins séreux, suivant la durée de la maladie, etc. Mais, en somme, l'interprétation de ces différents caractères au point de vue de leur pronostic reste incertaine et leur valeur indécise, et il en sera, sans doute, ainsi tant qu'on ne sera pas arrivé à constituer des espèces dans ce groupe complexe des pleurésies séro-fibrineuses; ce travail est presque tout à faire, j'y voudrais apporter aujourd'hui une petite contribution.

Je voudrais rechercher s'il n'y a pas lieu d'admettre une pleurésie typhoïde, et, par là, j'entends une pleurésie causée directement par l'agent de la fièvre typhoïde, par le bacille d'Eberth; je m'appuierai sur une observation qui me paraît avoir une réelle importance à ce point de vue.

J'ai cherché vainement dans quelques-uns des principaux historiens de la fièvre typhoïde, tels que Griesinger, Murchison, M. Noël Guéneau de Mussy, ou dans les dictionnaires, quelque indication relative à l'existence de la pleurésie comme manifestation possible de la fièvre typhoïde : on signale bien quelques pleurésies survenues au cours de la fièvre typhoïde, mais on les tient pour des complications accidentelles de cause banale ou des complications liées à des lésions pulmonaires dépendantes de la fièvre typhoïde, à des broncho-pneumonies, par exemple, qui sont, en effet, très fréquentes dans cette maladie : ces pleurésies seraient assez souvent purulentes.

(1) Talamon. Étiologie microbienne des pleurésies fibrino-séreuses, *Médecine moderne*, 6 novembre 1890.

Notre collègue M. Rendu a publié, en 1886 (1), une très intéressante observation de pleurésie purulente, survenue pendant une fièvre typhoïde, dans laquelle l'examen bactériologique du pus, pratiqué par M. de Gennes, démontra la présence du bacille d'Eberth associé à quelques autres microcoques. Valentini, cité par M. Raymond (2), aurait trouvé le bacille d'Eberth seul dans le pus d'une pleurésie suppurée.

D'autre part, dans une des dernières séances, M. Charrin (3) nous a communiqué une observation de pleurésie hémorrhagique dans laquelle l'examen bactériologique du liquide révéla l'existence du bacille d'Eberth à l'exclusion de tout autre microbe; il est vrai que, dans ce cas, il n'est pas démontré que le malade, qui était tuberculeux, fût atteint de fièvre typhoïde.

Ces faits posent la question de l'existence d'une espèce particulière de pleurésie causée par la fièvre typhoïde ou plutôt par le bacille d'Eberth, qui est considéré comme l'agent pathogène de cette maladie; mais ils concernent des cas de pleurésie purulente ou de pleurésie hémorrhagique. Y a-t-il des pleurésies séro-fibrineuses de même origine?

Dans une communication antérieure sur le traitement de certaines pleurésies infectieuses par les injections intra-pleurales (4), je m'étais demandé si plusieurs des pleurésies séro-fibrineuses, dont je rapportais les observations, n'étaient pas comparables à ces formes de fièvre typhoïde qu'on connaît maintenant sous le nom de pneumotyphus, et si le nom de pleurotyphus ne leur serait pas applicable; mais dans les trois faits que je rapportais à cette époque, l'examen bactériologique, pratiqué par M. Girode, n'avait donné que des résultats négatifs. Depuis lors, j'ai encore rencontré deux observations analogues dans lesquelles les caractères cliniques m'avaient fait considérer la pleurésie comme une manifestation de la fièvre typhoïde; dans ces deux cas, la recherche bactériologique n'a pas été faite.

Enfin, récemment, j'ai eu, dans mon service de l'hôpital Beaujon, un cas de pleurésie que j'ai encore été amené à considérer comme de nature typhoïde, et dans ce cas l'examen bactériologique du liquide épanché, pratiqué sur ma demande par M. Girode, a révélé la présence du bacille d'Eberth; or, dans ce cas, il s'agissait d'un épanchement séro-fibrineux. Ce fait semble donc établir qu'il existe une pleurésie séro-fibrineuse dépendant de la fièvre typhoïde et produite par le même micro-organisme que les autres manifestations de cette maladie; s'il est confirmé par des observations ultérieures, il doit conduire à admettre une espèce particulière de pleurésie séro-fibrineuse imputable à la fièvre typhoïde.

Voici l'observation :

Observation (rédigée d'après les notes de M. Pineau, interne du service). — Le nommé M..., Italien, âgé de dix-huit ans, confiseur, entre dans mon service (salle Monneret, n° 4), le 17 dé-

(1) Rendu. *Bulletin de la Société clinique*, 1885.
(2) Raymond. *Bulletin de la Société des hôpitaux*, 20 février 1891.
(3) Charrin et Roger. *Idem*, 18 avril 1891.
(4) Ch. Fernet. *Idem*, 12 juillet 1890, et *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1173.

cembre 1890. Bonne santé habituelle; une attaque antérieure de rhumatisme qui a duré six semaines.

Ce jeune homme se dit malade depuis deux mois : à la suite d'un refroidissement, il aurait été pris d'un point de côté et de légers frissons; cependant, il n'interrompit pas son travail, bien qu'éprouvant de temps en temps un peu d'oppression. Il y a un mois, se sentant trop fatigué, il fut obligé de s'arrêter et de prendre le lit : il avait perdu tout appétit, avait constamment soif et prétend avoir éprouvé des douleurs dans les fosses iliaques. Il y a quinze jours, il a eu de la céphalalgie et, il y a une dizaine de jours, deux épistaxis; depuis le même temps, il a perdu tout sommeil, et à ce moment aussi la diarrhée, provoquée d'abord par un purgatif, s'est établie et a persisté à raison de deux ou trois selles par jour.

État actuel. — Le malade paraît assez fatigué et surtout oppressé. Lorsqu'il s'assied dans son lit, il est tout étourdi. La langue est blanche sur le milieu, rouge sur les bords et à la pointe; il y a de l'anorexie et de la soif; le ventre est légèrement ballonné et est le siège d'une sensibilité exagérée à la pression dans la fosse iliaque droite; mais il n'y a pas sur l'abdomen de taches rosées lenticulaires. Les urines sont rouges, assez abondantes; elles ne contiennent pas d'albumine.

La température axillaire était, le soir de l'entrée, à 39 degrés; le lendemain matin, 38°5 ; pouls, 92, régulier; cœur normal.

L'examen de la poitrine révèle les signes d'un épanchement de moyenne abondance dans la plèvre du côté droit (matité, abolition du bruit pulmonaire, affaiblissement des vibrations thoraciques depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas ; égophonie, pas de transmission de la voix chuchotée). On trouve aussi à la base gauche quelques signes d'un léger épanchement, mais ces signes sont douteux.

Ainsi, chez ce malade, quels qu'aient été les accidents des cinq ou six premières semaines, accidents dont la nature reste indécise, on trouve presque tous les signes de l'évolution d'une fièvre typhoïde datant d'une quinzaine de jours; en outre, il existe une pleurésie, peut-être double, avec épanchement du côté droit.

Pour le diagnostic, on pourrait hésiter entre une fièvre typhoïde avec pleurésie et une tuberculose subaiguë avec état typhoïde. Nous inclinons vers la première hypothèse, en nous appuyant sur ce fait que les signes de la fièvre typhoïde sont presque au complet, et que, notamment, les signes fournis par l'appareil digestif sont très accusés; il est vrai qu'il n'y a pas de taches rosées lenticulaires, mais cette absence n'a peut-être pas une valeur décisive : ces taches, en effet, ont souvent disparu au quinzième jour de la maladie.

Avant d'instituer le traitement de la fièvre typhoïde, nous décidons de faire une thoracentèse et nous prions M. Girode de vouloir bien examiner, au point de vue bactériologique, le liquide qui sera extrait par la ponction.

La thoracentèse est pratiquée le soir même, après une ponction exploratrice, par mon interne, M. Pineau : quoiqu'on se soit servi du trocart n° 2 de l'appareil Potain, on ne peut retirer que 100 grammes de liquide. Ce liquide est séreux, clair, contenant quelques grumeaux fibrineux. Il est présumable, ou bien qu'il n'existait qu'un faible épanchement étalé en nappe, ou bien que le trocart aura été obstrué par un grumeau; cette seconde éventualité est peut-être rendue probable par la persistance des signes physiques qu'on a pu constater par la suite.

M. Girode, avec son empressement habituel, a bien voulu recueillir ce liquide et le soumettre à l'examen bactériologique, et voici la note qu'il m'a remise :

Examen bactériologique du liquide pleural. — Au moment de la ponction, on prélève, à l'aide de pipettes stériles, une partie du liquide trouble et à très fins grains qui vient d'être retiré.

Des ensemencements sont faits le lendemain sur gélose et en bouillon de veau peptonisé salé; ces milieux sont placés à l'étuve à 36 degrés. On fait également quelques plaques, et on inocule deux gélatines en stries, qui sont abandonnées à 23 degrés.

Tous les milieux se sont peuplés régulièrement, un peu lentement, d'un organisme bacillaire qui, par sa morphologie, sa mobilité, ses réactions colorantes et sa décoloration par la méthode de Gram, enfin ses cultures sur gélatine en stries et en plaques, rappelle tous les caractères du bacille d'Eberth.

Mais c'est surtout en le soumettant à l'épreuve de la culture sur pommes de terre qu'on se fait une opinion ferme : le mince pédicule en vernis luisant, blanchâtre, est tout à fait démonstratif.

En laissant déposer le liquide initial dans une des pipettes pendant quarante-huit heures, on pouvait mettre en relief directement dans ce liquide le même bacille.

La pleurésie typhique, par bacille d'Eberth, est donc incontestable.

20 décembre. En présence de la persistance des symptômes typhoïdes et de l'état fébrile (les températures oscillent entre 38 et 39 ou 39°2), nous nous décidons à soumettre le malade au traitement par les bains froids (bains à 20 degrés toutes les trois heures, quand la température dépasse 38°5 dans l'aisselle); et ainsi, dans l'espace de six jours, le malade prend successivement cinq, six, sept, six, quatre bains, puis un seulement le 25 décembre.

26 décembre. Les températures sont presque normales : 37°8 hier soir, 37°5 ce matin. On supprime les bains. On remarque pourtant que le ventre est ballonné, plus même qu'il y a quelques jours; la diarrhée a cessé depuis deux jours. On trouve encore des signes d'épanchement à la base de la poitrine du côté droit en arrière, dans l'étendue de quatre travers de doigt.

27 décembre. Le malade est plus abattu; il n'a pas dormi cette nuit. Il est constipé depuis trois jours et rend maintenant quelques matières glaireuses.

Le ventre est ballonné et un peu sensible à la pression. L'examen physique dénote l'existence d'un épanchement peu abondant dans la cavité péritonéale (matité dans les parties déclives, son hydro-aérique à la limite de la matité, sonorité tympanique autour de l'ombilic, fluctuation diamétrale); cet épanchement est mobile : en plaçant le malade dans le décubitus latéral gauche, la sonorité reparaît dans le flanc droit et inversement.

On suspend l'alimentation légère qu'on avait commencée il y a deux jours et on revient au régime lacté exclusif. Deux verres d'eau de Sedlitz.

Jusqu'à la fin de décembre, le malade reste sans fièvre; mais l'ensemble de son état est peu satisfaisant : il est un peu abattu, sa langue reste couverte en dessus et rouge sur les bords, le pouls est à 112.

Dans les premiers jours de janvier, la température s'élève de nouveau et, du 3 au 10, elle oscille autour de 38 degrés (37°4 le matin, 38°5 à 38°8 le soir); il y a un peu de diarrhée par intervalles. Les symptômes d'épanchement abdominal et d'épanchement pleural persistent. Cependant, le malade réclame avec insistance à manger et nous avons de la peine à le maintenir au régime lacté, aux potages et à un œuf par jour.

A partir du 10 janvier, les températures recommencent à baisser, et le 14 elles sont normales. L'aspect général du malade devient meilleur. Les signes d'épanchement péritonéal persistent encore; ceux de l'épanchement pleural ont, au contraire, disparu et la respiration est redevenue pure jusqu'en bas.

Pendant une semaine encore (du 15 au 22 janvier), le malade a encore eu quelques alternatives de fièvre, mais sans continuité; tous les symptômes, y compris les symptômes abdominaux, se sont atténués graduellement, et à partir du 17 janvier nous considérons la convalescence comme commencée. On revient avec précaution à l'alimentation ordinaire.

Dans les premiers jours de février, le malade est guéri et quitte l'hôpital.

En résumé, il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, chez lequel nous avons vu évoluer des symptômes que nous avons considérés comme dépendant d'une fièvre typhoïde; il n'y a pas eu de taches rosées lenticulaires, mais au commencement de notre observation, la fièvre typhoïde parais-

sait arrivée au quinzième jour environ et souvent il n'y a plus de taches à cette époque. Le malade présentait en même temps les signes d'une pleurésie avec épanchement : le liquide extrait par la ponction était séro-fibrineux, et l'examen bactériologique qui en a été fait par M. Girode y démontra la présence du bacille d'Eberth. D'après ce caractère, le diagnostic de pleurésie typhoïde que nous avions soulevé avant la ponction nous a paru acquérir de grandes chances de probabilité.

Il est vrai que, d'après les renseignements fournis par le malade, la pleurésie remontait peut-être déjà à deux mois au moment de l'entrée à l'hôpital, et on pourrait se demander si le bacille d'Eberth n'est pas venu, au cours d'une fièvre typhoïde, échouer et pulluler dans un foyer de pleurésie, dont il n'aurait pas lui-même été la cause originelle. Mais, d'autre part, je ferai observer que les autres faits de pleurésie typhoïde que j'ai rencontrés antérieurement et auxquels j'ai déjà fait allusion ont, comme celui-ci, présenté une marche lente et des alternatives de mieux et de pire analogues à celles que nous avons vues dans le fait actuel. Nous pensons donc que l'interprétation la plus simple et la plus plausible est encore d'admettre que la pleurésie a été ici une manifestation de la fièvre typhoïde, antécédente à l'atteinte de fièvre typhoïde vraie que nous avons observée, mais qu'en somme elle a, comme celle-ci, été causée par le bacille d'Eberth.

Un seul fait est sans doute insuffisant pour permettre des conclusions fermes; mais, si d'autres observations analogues venaient se joindre à celle que je viens de communiquer, il y aurait lieu d'admettre une espèce particulière de pleurésie séro-fibrineuse produite par le bacille d'Eberth et il y aurait peut-être lieu de lui donner un nom spécial, et, comme on dit pleurésie tuberculeuse et pleurésie rhumatismale, on pourrait dire peut-être pleurésie typhoïdique.

EXTIRPATION PAR DISSECTION D'UN GRAND KYSTE DU REIN

(NÉPHRECTOMIE PARTIELLE)

SUTURE ET RÉUNION PAR PREMIÈRE INTENTION DU PARENCHYME RÉNAL ; GUÉRISON

Par M. TUFFIER, chirurgien des hôpitaux.

L'opération que j'ai l'honneur d'exposer a trait à une méthode d'extirpation des tumeurs bénignes du rein. Son exécution s'appuie sur deux principes que j'ai défendus, au point de vue expérimental et clinique : 1° l'économie du parenchyme rénal, quand il est sain ; 2° l'efficacité et la rapidité de sa réunion par première intention au milieu du liquide urinaire.

En présence d'un kyste séreux du rein, on pratique généralement la néphrectomie totale ou le drainage de la tumeur. La première est dangereuse, puisque sur 24 opérations elle a donné 11 morts (45 p. 100). La seconde est incomplète et, sur 8 opérations, elle a laissé quatre fistules persistantes (50 p. 100), nécessitant une néphrectomie secondaire. Je crois, en m'appuyant sur mes recherches antécédentes, pouvoir proposer une intervention meilleure dans les cas où le parenchyme rénal est en grande partie indemne. Elle consiste à extirper radicalement la tumeur qui est bénigne, en conservant le rein qui est normal. J'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération dans les circonstances suivantes :

Un homme de soixante-quatre ans, employé de commerce, m'est adressé pour des hématuries. Je fais entrer le malade à l'hôpital Beaujon. Ses hématuries ont débuté il y a une année; elles ont persisté constamment, mais avec une intensité variable depuis cette époque. Elles sont abondantes, spontanées et ne s'accompagnent d'aucun autre trouble de la miction, sauf d'une fréquence exagérée du besoin d'uriner. Je vois, en effet, des urines noirâtres avec quelques caillots, indices d'une perte notable de sang, ce qui explique l'anémie du malade qui, malgré cela, est encore vigoureux et bien musclé.

L'examen méthodique de la vessie et les caractères de l'hématurie me font porter le diagnostic de néoplasme de cette cavité. L'examen par le rectum est négatif et la cystoscopie impraticable, vu la constance de l'hémorrhagie. En palpant la région rénale du côté droit, je sentis un rein très gros, du volume d'une tête de fœtus et fortement abaissé au-dessous des fausses côtes. Avant d'attaquer la lésion vésicale, je résolus d'intervenir sur le rein, que je pensais atteint d'un néoplasme.

Le 9 février, je pratique une incision lombaire, je rencontre et j'explore *de visu* l'extrémité inférieure et le corps du rein, qui sont normaux. Son extrémité supérieure se prolonge, au contraire, au-dessous du diaphragme, formant une tumeur du volume du poing. Cette corne est lentement dénudée et amenée dans le champ opératoire en la faisant basculer derrière la douzième côte.

Je constate qu'il s'agit d'un grand kyste rénal, sa transparence est parfaite, et je m'assure qu'il occupe le tiers supérieur seul de l'organe, le reste de la glande ne présentant aucune altération. En face d'une lésion ainsi localisée, je prends le parti d'extirper le kyste par dissection. Je fais comprimer par un aide le pédicule rénal, je dissèque le kyste dans l'épaisseur du parenchyme; j'enlève ainsi toute la tumeur sans perte de sang. Je réunis ensuite la perte de substance ainsi faite, par cinq points de catgut passés dans les lèvres de la plaie du parenchyme rénal. Puis, la plaie étant fermée et les bords de la capsule propre réunis, je fais cesser toute compression. Il ne se fait aucun suintement sanguin; le rein est réduit et abandonné dans sa loge lombaire. Les muscles et aponévroses sont suturés en étages et la peau réunie au crin de Florence sans aucun drainage.

Au septième jour, les crins sont enlevés, tout est fini du côté de la plaie. Mais, l'hématurie vésicale persistant, j'extirpe vingt jours après, par la taille sus-pubienne, le néoplasme de la vessie. Il s'agissait d'un épithélioma. Mon malade est actuellement guéri de cette double intervention.

De ce fait on peut conclure que l'opération de choix, dans le traitement des kystes séreux du rein, est l'ablation du kyste par dissection avec suture et réunion par première intention de la plaie du parenchyme rénal. Cette méthode me paraît susceptible d'être généralisée à la plupart des tumeurs bénignes de cet organe.

THÉRAPEUTIQUE

De l'atropine dans l'incontinence d'urine de l'enfance. — M. Watson préconise la solution suivante contre l'incontinence d'urine des enfants :

Sulfate neutre d'atropine. .	5 centigrammes.
Eau distillée	25 grammes.

Faire prendre à l'enfant, deux fois dans la journée, à quatre et à sept heures du soir, chaque fois, autant de gouttes que l'enfant compte d'années.

De l'ergotine dans la blennorrhée chronique. — D'après la *Viadomosci Lekarski*, le docteur Roicki aurait tiré de grands profits de l'usage de l'ergotine dans la blennorrhée chronique. Outre les pilules données à l'intérieur, il se sert de la solution

suivante, employée en injections uréthrales, renouvelées plusieurs fois par jour :

Ergotine.	30 centigrammes.
Eau distillée.	300 grammes.

D'après notre confrère polonais, la guérison serait très rapide.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° L'ampliation du décret autorisant l'Académie à accepter le legs de Théodore Guinchard ;

2° Un travail de M. le docteur Reynier (de Sisteron) ayant pour titre : « Théorie de l'énergie en physiologie et en thérapeutique. »

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES ACCIDENTS PRODUITS PAR LE CHLOROFORME

M. Laborde complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance, en montrant le fonctionnement de l'appareil qu'il a imaginé pour pratiquer la respiration artificielle chez l'homme. Cet appareil permet, à tous les moments de la chloroformisation, de constater l'état des mouvements respiratoires et de pratiquer, en cas d'asphyxie, l'insufflation pulmonaire selon les indications formelles de l'expérimentation sur les animaux.

M. Labbé ne partage pas l'opinion de M. Laborde sur les moyens de prévenir ou d'éviter les accidents produits par le chloroforme. Il ne croit pas que, sur ce terrain, les chirurgiens puissent jamais s'entendre avec les physiologistes. En effet, il ne saurait jamais y avoir rien de commun entre ceux qui donnent le chloroforme aux animaux et ceux qui l'administrent à l'homme.

M. Labbé a vu un grand nombre d'accidents survenir au cours de la chloroformisation, et il a constaté qu'ils étaient toujours précédés d'une respiration toute spéciale, absolument caractéristique. Quand on est ainsi prévenu, il suffit de surveiller attentivement le malade et d'intervenir à la moindre alerte, en pratiquant, sans perdre une seconde, la respiration artificielle. Il n'est pas besoin, pour cela, d'appareil particulier ; il suffit d'un aide expérimenté, qui ne quitte pas un instant son malade de vue — comme cela arrive trop souvent — et qui, au moindre signe de suspension de la respiration, pratique immédiatement et largement la respiration artificielle. M Labbé a vu un malade, dans ces conditions, revenir à lui après vingt-huit minutes. C'est donc un excellent moyen, à la condition qu'il soit appliqué assez tôt et assez longtemps. M. Labbé rappelle que c'est lui qui, le premier, a fait connaître la méthode d'administration du chloroforme par les doses petites et continues, méthode si bien décrite par M. Marcel Baudoin dans la *Gazette des hôpitaux*.

M. Guérin demande à M. Labbé, qui paraît avoir une certaine expérience de la mort par le chloroforme, d'indiquer comment on peut caractériser ce trouble respiratoire, signe précurseur de la mort.

M. Labbé répond qu'il n'a eu à déplorer qu'un seul cas de mort par le chloroforme, mais il sait qu'il y a eu depuis quelque temps un assez grand nombre d'accidents mortels dans les hôpitaux de Paris : quant à la façon particulière dont respirent les malades chloroformés, en danger de mort, il ne saurait la préciser ; mais quand une fois on a entendu ce rythme respiratoire, on ne l'oublie plus. Il ne peut le comparer qu'à celui qui s'observe au cours des agonies ordinaires.

M. Guérin croyait, d'après ce qu'avait dit M. Labbé, qu'il y avait quelque chose de spécial dans le mode respiratoire qui précède la mort par le chloroforme. Il ajoute que la méthode, qui consiste à administrer le chloroforme par doses fractionnées, appartient à Simpson, qui l'a enseignée il y a au moins trente ans.

M. Chauveau n'admet pas, avec M. Labbé, qu'il y ait deux espèces de chloroformisateurs : ceux qui administrent le chloroforme aux animaux et ceux qui le donnent à l'homme, et qu'entre ces deux classes d'opérateurs, il y ait une différence absolue. Il a donné, en ce qui le concerne, le chloroforme un très grand nombre de fois, aussi bien à l'homme qu'aux animaux. Il avoue qu'il n'a jamais constaté aucune différence entre l'action du chloroforme sur l'homme et son action sur les animaux. Les animaux et l'homme réagissent de la même façon à la chloroformisation et, quand ils succombent, c'est absolument par le même mécanisme. Quant aux moyens de parer aux dangers du chloroforme, il croit que les procédés les plus simples sont les meilleurs ; cependant, il est bien permis, en présence surtout d'accidents si graves et si fréquents, de chercher à les éviter, et cela même au prix d'une instrumentation spéciale. Il ne faut donc pas blâmer ceux qui se livrent à ces recherches, et il faut, au contraire. louer leurs efforts.

M. Tarnier rappelle que, dans sa communication, M. Laborde s'est élevé contre le procédé de respiration artificielle, qui consiste à insuffler de l'air de bouche à bouche. Ces critiques, bonnes sans doute lorsqu'il s'agit de l'adulte, ne sont plus vraies quand on parle des nouveau-nés. Chez ces derniers, l'insufflation de bouche à bouche est le procédé de choix pour la respiration artificielle.

M. Laborde, comme M. Chauveau, ne saurait admettre qu'il y ait une différence entre la chloroformisation de l'homme et celle des animaux, et il affirme que les physiologistes sont aussi soucieux de la vie de leurs animaux, que les chirurgiens de celle des hommes. Il pourrait même dire que les premiers agissent encore avec plus de précautions, parce que les animaux, le chien en particulier, sont plus sensibles au chloroforme que l'homme. Il n'y a donc aucune raison légitime d'admettre que, sur ce terrain, les physiologistes et les chirurgiens ne puissent s'entendre ; M. Laborde sait bien que beaucoup sont réfractaires aux nouveautés, mais si l'entente n'est pas possible avec les chirurgiens actuels, elle se fera, il en est convaincu, avec les chirurgiens de l'avenir, et c'est pour eux qu'il travaille. M. Laborde ajoute qu'il partage l'opinion de M. Tarnier sur la respiration de bouche à bouche.

PRÉSENTATION

Corps étranger du larynx extrait par la laryngotomie. — **M. Perier** présente une jeune fille de treize ans, à laquelle il a pratiqué la laryngotomie pour extirper un corps étranger fixé dans le larynx depuis trente-cinq jours.

Cette jeune fille fut prise, en mangeant du ragoût, d'une vive douleur dans la gorge et de suffocation ; elle avait la sensation qu'un morceau d'os s'était arrêté dans sa gorge. Quatre heures après, la trachéotomie fut pratiquée, mais le corps étranger ne put être extrait. Elle entra à l'hôpital, un mois plus tard : l'aphonie était complète, la respiration impossible sans la canule ; au laryngoscope, on constatait, au-dessous de la glotte et parallèlement aux cordes vocales, une lamelle d'un blanc nacré, de 4 à 5 millimètres de large, fixée dans la muqueuse et occupant toute la longueur de la portion sous-glottique.

M. Perier fit la laryngotomie après anesthésie chloroformique pratiquée par la canule ; il fit l'incision des parties molles sur la ligne médiane, en commençant au-dessous de l'os hyoïde et en s'arrêtant à quelques millimètres au-dessus de la plaie trachéale ; puis, il incisa la partie inférieure du corps thyroïde, la membrane crico-thyroïdienne et le cartilage cricoïde ; il arriva ainsi sur le corps étranger qu'il parvint à extraire.

Dans ce cas, M. Perier s'est servi avec grand succès, pour assurer l'hémostase, de tampons imbibés d'une solution aqueuse d'analgésine à parties égales.

LECTURE

Extirpation, par dissection, d'un grand kyste du rein (néphrectomie partielle) ; suture et réunion par première intention du parenchyme rénal; guérison. — M. TUFFIER fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 632.)

PRÉSENTATION DE MALADE

Anévrysme artério-veineux du sinus caverneux; ligature de la carotide primitive. — M. KALT présente un malade chez lequel il a fait la ligature de la carotide primitive pour un anévrysme artérioso-veineux du sinus caverneux. Voici le résumé de cette observation :

Un homme de trente-cinq ans fait une chute sur la région occipitale, le 1er janvier 1891, et se fracture la base du crâne.

En février, survinrent de l'exophthalmie à gauche avec immobilité de l'œil, douleurs intra-orbitaires vives, battements intra-craniens.

Le malade entre aux Quinze-Vingts le 20 avril. On constate une exophthalmie gauche avec proéminence du globe de 8 à 10 millimètres. Ptosis complet avec paralysie de tous les muscles de l'orbite. Chémosis conjonctival; pupille large, immobile; vision normale de loin. A l'ophthalmoscope, dilatation moyenne des veines de la papille avec pulsations. Artères normales. Le globe se réduit légèrement par la pression. Battements synchrones du pouls dans la région supéro-interne de l'orbite. Souffle continu avec redoublement systolique au niveau des régions sus-orbitaire et fronto-pariétale gauches, disparaissant par la compression de la carotide primitive gauche.

Surdité absolue à gauche, sans paralysie faciale. Le malade se plaint d'un bruit continu dans la tête, bruit qui l'empêche de dormir.

Le diagnostic fut : anévrysme de la carotide interne dans le sinus, et, après quelques séances de compression digitale de la carotide primitive du cou, on pratiqua la ligature de ce vaisseau avec un fil de soie. Aucun trouble nerveux ni immédiat, ni consécutif. Au bout de huit jours, la plaie était fermée.

Résultat immédiat : cessation des battements orbitaires et du souffle cranien.

Aujourd'hui, quinze jours après l'opération, l'exophthalmie a diminué; les battements intra-craniens ont disparu et le malade dort tranquille. Mais les muscles du globe restent paralysés, à l'exception du grand oblique.

Sans pouvoir préjuger l'avenir, on peut dire que le malade a bénéficié de l'opération; son état actuel est amélioré et on peut conserver l'espoir d'une guérison ultérieure.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Commission du Sénat, chargée d'examiner le projet de loi sur l'exercice de la médecine, a nommé : président, M. le professeur Cornil, et secrétaire, M. Coste.

Elle a décidé de consulter les Conseils généraux sur la question de savoir s'ils étaient partisans ou non de la suppression de l'officiat de santé.

— Par décret, en date du 26 mai 1891, ont été nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe de la marine Hénaff et Gallay.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe de la marine Clouard, David, Bourac, Rouch et Guerchet.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. le pharmacien auxiliaire de la marine Mirville.

Ont été nommés avec leur ancien grade et pour prendre rang à la date de leur brevet :

Au grade de médecin de première classe. — M. Pichon.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Lardy.

— L'Académie de médecine est autorisée à accepter, aux clauses et conditions imposées : 1° le legs que lui a fait le sieur Théodore Guinchard, par son testament, en date du 24 septembre 1889, et consistant en la nue propriété de divers immeubles et valeurs mobilières indiquées dans ledit testament; 2° la libéralité résultant de la disposition testamentaire par laquelle le sieur Guinchard a prescrit que, si le revenu des biens et valeurs légués ne suffisait pas pour constituer une rente annuelle de 2 000 francs, destinée à fonder un prix biennal de 4 000 francs, il serait pris sur la succession, après le décès de l'usufruitière, la somme nécessaire pour parfaire ladite rente. Le produit de cette libéralité sera placé en rente à 3 p. 100 sur l'État français, dont les arrérages serviront à la fondation d'un prix bisannuel de 4 000 francs, qui sera décerné à l'auteur du travail qui aura le mieux traité le sujet : « Maladie du croup et des angines croupales », et trouvé le meilleur remède contre ces maladies.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Poujol est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Cannac, démissionnaire.

— M. Aunac, élève du service de santé de la marine, est nommé auxiliaire de deuxième classe de la marine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Esparbès (de Toulouse), Thomas (de Marseille).

— Le Conseil municipal de Marseille vient de voter, à l'unanimité, les conclusions suivantes :

I. Il est institué à Marseille une Faculté municipale de médecine et de pharmacie, dont la durée est fixée à trente ans;

II. Les cadres de cette Faculté seront ceux prévus dans le présent rapport. Le budget, au compte de la Ville, ne sera pas supérieur à 345 600 francs, ni inférieur à 305 600 francs ;

III. La Faculté occupera le château du Pharo ainsi que l'Institut annexé à ce bâtiment, conformément aux plans et devis dressés à la date du 27 février 1891. La Ville pourvoira lesdits locaux;

IV. La Ville fournira les cliniques indispensables à l'enseignement. Ces cliniques seront organisées à l'Hôtel-Dieu, et, si besoin, à la Charité. Le concours de la Ville, pour cette organisation, est fixé à 250 000 francs;

V. Les dépenses prévues aux articles 3 et 4 seront couvertes par la vente des terrains non encore aliénés des rues Colbert et des Incurables;

VI. L'ouverture de la Faculté aura lieu dès l'achèvement et l'amélioration du Pharo ;

VII. Après l'achèvement de l'Institut anatomique, l'amphithéâtre de la rue Montée-Saint-Esprit sera destiné aux services des autopsies;

VIII. Le jardin botanique au parc Borély fera retour au service des plantations;

IX. Les plans, devis et cahiers des charges seront dressés par M. Huot, architecte en chef de la Ville.

— Le Conseil de l'Association française pour l'avancement des sciences a décidé qu'au Congrès de Marseille, qui doit s'ouvrir le 17 septembre prochain, des questions spéciales seraient soumises à la discussion des Sections, et que des rapports préliminaires seraient rédigés en vue de préparer cette discussion.

Les questions choisies cette année sont les suivantes :

8e section. — *Géologie et minéralogie.* — État de la géologie des Bouches-du-Rhône.

9e section. — *Botanique* : Quels sont les meilleurs modes d'installation pour les différentes sortes de collections botaniques au double point de vue de la conservation des échantillons et de la facilité des études?

11e section. — *Anthropologie* : Quelle est la valeur des objets

d'industrie humaine comme élément de classification des terrains quaternaires et des époques préhistoriques?

12e section. — *Sciences médicales.* — Le traitement de la tuberculose.

13e section. — *Agronomie.* — Des engrais complémentaires suivant la composition chimique des terrains.

14e section. — *Géographie.* — Le canal de jonction du Rhône à Marseille.

15e section. — *Économie politique.* — Comparer l'exploitation des ports maritimes par l'État à l'exploitation par les Compagnies privées.

16e section. — *Pédagogie.* — Enseignement supérieur : Création et fonctionnement des Universités. — Enseignement secondaire : 1° Doit-on maintenir l'étude des langues anciennes dans l'enseignement secondaire? — 2° Doit-on, au contraire, créer un enseignement secondaire spécial duquel seraient exclues les langues anciennes?

17e section. — *Hygiène.* — Hygiène des établissements de l'industrie chimique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

par le docteur Saint-Yves-Ménard. In-12. — Prix : 1 franc. — Paris, Rueff et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

55

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

24

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

29

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

41

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les **Pâles couleurs**, pour fortifier les **Constitutions lymphatiques** et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'**Appauvrissement du sang**.

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph^ies.

33

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

43

BANDAGE MEYRIGNAC

Ce bandage, expérimenté dans les hôpitaux de Paris, a été présenté à la Société de chirurgie, dans sa séance du 22 avril 1891. Il a été accepté après un rapport des plus favorables.

Ce bandage supprime le ressort du dos et maintient sans aucune douleur les hernies les plus volumineuses.

Meyrignac, fabricant, 229, rue Saint-Honoré, Paris.

99

POUDRE PURGATIVE DE ROGÉ

Approbation de l'Académie de médecine de Paris

« *Ce médicament, par son goût agréable, est un puissant moyen de vaincre la répugnance d'un grand nombre de malades pour les purgatifs; il n'occasionne ni soif, ni coliques, et, par conséquent, on peut dire qu'il agit sûrement et agréablement.* »

(Extrait du rapport du Prof^r Soubeiran à l'Académie de médecine.)

« *La* **Poudre de Rogé** *peut, dans presque tous les cas, remplacer les autres purgatifs salins.* » (Prof^r Bouchardat.)

Avec un flacon de **Poudre de Rogé**, facile à emporter avec soi, on peut préparer partout, au moment du besoin, une limonade agréable contenant 50 grammes de citrate (pur) de magnésie. — La **Poudre de Rogé** se conserve indéfiniment, sans altération. — Pour l'emploi, verser le contenu du flacon dans une demi-bouteille d'eau ; laisser en contact pendant quelques heures, ou mieux, du soir au matin ; boucher la bouteille si l'on désire une limonade gazeuse.

Fabrication et gros : 19, rue Jacob, Paris, Maison L. Frere, A. Champigny et Cie, successeurs. — *Détail* : 9, rue du Quatre-Septembre, et dans la plupart des Pharmacies.

Nota. — La véritable **Poudre de Rogé** ne se vend qu'en flacons scellés à chaque extrémité d'un cachet imprimé en quatre couleurs.

PRIX DU FLACON : **2** FRANCS.

38

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre ; 2° le catgut n°s 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon ; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre ; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

20

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le seul vin de Quinquina ne constipant pas et n'irritant pas les voies intestinales, grâce à l'action tempérante *correctrice* que les principes adoucissants, digestifs et nutritifs de l'Extrait fluide de Malt exercent sur les éléments astringents du quinquina.

Dépôt central : Secretan, 52, r. Decamps, Paris.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

48

PRÈS LE LAC DE GENÈVE

Séjour de famille

DIVONNE

Affections nerveuses et de l'estomac.

HYDROTHÉRAPIE MÉDICALE

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : De 1 a 4 cuillerées a soupe dans un peu d'eau.

Ph^ie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

4

VIN DE BELLINI (ET QUINA COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

13

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, a Paris et a Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.**—Dép^t: VERNE, ph^ien, Grenoble (France), et d^s les princip. ph^ies de France et de l'Étranger.

50

MARTIGNY-LES-BAINS (VOSGES)

EAUX ALCALINES, LITHINÉES, FERRUGINEUSES ET MAGNÉSIENNES

Source n° 1 : **Goutte, gravelle, diathèse urique.**

Source n° 2 : **Diabète, lithiase biliaire.**

SAISON : *20 mai — 20 septembre.*

Caisse de 50 et 25 bouteilles, **25** fr. et **13** fr.

77

Guérison de l'**asthme** PAR LE **PAPIER FRUNEAU**

le seul récompensé à l'Exposition universelle 1889.

40 ans de succès. Toutes ph^ies. E. Fruneau, Nantes.

leurs des membres inférieurs et, en particulier, sciatique double, névralgies faciales), tantôt par des douleurs fulgurantes, tantôt par des anesthésies, tantôt par des paralysies avec atrophie musculaire, griffe des orteils, réaction de dégénérescence. La réunion des divers symptômes, douleurs fulgurantes, marche difficile et festonnante, îlots d'anesthésie, jointe à l'abolition des réflexes, peut mieux simuler l'ataxie. C'est la forme pseudo-tabétique. Ces névrites, dont la pathogénie est inconnue, se traduisent anatomiquement par une lésion analogue à la dégénérescence wallérienne. La myéline est en boules et en gouttelettes, le cylindre aussi disparaît, les noyaux de la gaine de Schwam se multiplient. Ces lésions sont d'autant plus prononcées que les nerfs sont examinés plus loin de leur origine. Elles sont d'ordinaire curables.

Voici donc, vous le voyez, deux maladies bien différentes, le tabes et le diabète, ayant produit toutes les deux une même lésion, le mal perforant. Le fait mérite d'autant plus de retenir votre attention, que vous voyez combien, en dehors du mal perforant, les symptômes du tabes et du diabète sont restés dissimulés chez nos deux malades, combien il a fallu les chercher. Cette recherche est toujours indispensable pour le pronostic et le traitement. Comme traitement local du mal perforant, le repos et la propreté suffisent bien souvent, l'intervention chirurgicale vous offrirait une ressource dans les cas rebelles; mais, à côté du traitement local, il y a presque toujours un traitement général fondé sur l'étiologie et que vous ne devez jamais négliger.

HOPITAL SUBURBAIN DE MONTPELLIER.

M. Dubrueil.

Fracture du rachis, du sternum et des cartilages costaux.

Par M. L. Imbert, interne des hôpitaux de Montpellier.

Le 11 février 1891, on apporte à la salle Delpech, service de M. le professeur Dubrueil, le nommé L... (Albert), âgé de trente-cinq ans, qui vient de se précipiter du haut du pont du Peyron sur la chaussée; ces renseignements, recueillis auprès des personnes qui ont été témoins de la chute, manquent complètement de précision. Le malade, lui-même, donne à ce sujet des indications tout à fait insuffisantes. On sait seulement que l'homme s'est heurté sur le parapet du pont au moment de sa chute. Quoi qu'il en soit, on constate, à son arrivée, les lésions suivantes : la face est le siège d'une cyanose intense; l'intelligence est intacte, et le malade répond parfaitement aux questions qui lui sont adressées, mais ces réponses sont faites à voix basse; la respiration est superficielle et fréquente; le malade remue parfaitement le bras, mais les membres inférieurs sont complètement paralysés; la peau des jambes et de toute la paroi thoraco-abdominale est complètement insensible. Ce qui frappe à l'examen de la poitrine est une déformation fort curieuse du sternum. Cet os paraît divisé en trois fragments séparés par deux traits de fracture : l'un situé à environ 2 ou 3 centimètres au-dessous de la fourchette, l'autre divisant le corps de l'os un peu au-dessous de sa partie moyenne. De ces trois fragments, l'un, le supérieur, a conservé sa position normale, le second fait avec le premier un angle à sinus antérieur, dont l'ouverture est un peu supérieure à 90 degrés; enfin le troisième se dirige en bas et en arrière, de façon à constituer, avec les fragments intermédiaires, un angle à sinus postéro-inférieur. De ces divers déplacements, résulte une déformation en Z si marquée, que l'on se demande un moment si l'on n'est pas en présence d'une déviation rachitique; mais les réponses du malade et l'examen ultérieur permettent bientôt d'écarter cette hypothèse. Cette lésion n'est du reste pas la seule. On constate, en effet, que la tête est fortement fléchie sur la poitrine, si bien que le menton arrive jusqu'à toucher la paroi thoracique; la peau qui recouvre le sternum ne paraît pas du reste avoir été violemment contusionnée, ce qui est important pour l'étude du mécanisme de la fracture. La flexion prononcée de la tête fait penser à une fracture de la colonne vertébrale qui paraît, en effet, fortement concave en avant dans sa partie supérieure; mais l'examen direct du rachis n'est pas pratiqué en raison des difficultés que l'on éprouve à mouvoir le malade et en raison de la gravité de son état. M. Dubrueil se contente de faire placer entre les épaules du malade un fort rouleau de draps de lit roulés ensemble. Immédiatement, la colonne vertébrale se redresse et la fracture du sternum se réduit comme par enchantement; les divers fragments déplacés reprennent leur situation normale; malheureusement, les troubles respiratoires paralytiques et anesthésiques persistent; la teinte cyanotique s'accentue encore, les respirations deviennent plus superficielles, le pouls est insensible et le malade meurt le jour même à midi.

L'autopsie est pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Elle démontre, d'abord, la réalité de la double fracture du sternum et révèle l'existence d'une troisième fracture du même os qui avait passé inaperçue. Le premier trait de fracture ne correspond pas à la soudure des deux premières pièces du sternum, ainsi qu'on l'avait déjà soupçonné pendant la vie; il siège à environ un demi-centimètre au-dessous; le second trait passe entre la quatrième et la cinquième côte; enfin, on constate une fracture de l'appendice xiphoïde qui a été séparé à la base; ces diverses solutions de continuité affectent toutes une direction nettement transversale. De plus, un certain nombre de cartilages costaux sont fracturés; le troisième cartilage costal gauche est brisé dans sa moitié antérieure; les septième, huitième, neuvième, dixième cartilages costaux de chaque côté présentent aussi un trait de fracture plus rapproché du sternum que de l'extrémité antérieure de la côte correspondante. Il est à remarquer que les cartilages costaux sont tous ossifiés. L'examen du rachis montre, en outre, des lésions intéressantes : le traumatisme a porté ses effets au niveau de la partie supérieure de la région dorsale. On constate, en effet, une forte incurvation en ce point : l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre cervicale est brisée à sa base. En ce qui concerne la première vertèbre dorsale, on constate que les apophyses transverses sont brisées à leur base, que l'arc postérieur est complètement séparé du corps de l'os et, enfin, que le corps de la vertèbre est écrasé et divisé en plusieurs fragments. Les lésions macroscopiques de la moelle sont nulles; il n'y a ni déchirure du cylindre nerveux, ni blessure des méninges rachidiennes; mais il y a eu évidemment compression du fait des esquilles osseuses provenant du corps et des lames de la première vertèbre dorsale.

Ce fait nous a paru intéressant à constater en raison des particularités pathologiques qu'il présente. En effet, Malgaigne, sur une période de onze années, n'a vu, à l'Hôtel-Dieu, que quatorze cas de fracture du rachis et une seule fracture du sternum; sur 2,328 fractures observées au même hôpital pendant vingt années consécutives, il n'a été relevé qu'un seul cas de fracture des cartilages costaux.

Dans l'observation que nous présentons, le mécanisme de la fracture du rachis paraît simple et peut s'expliquer facilement, par la notion que l'on possède sur la fracture de la colonne vertébrale en général. La seule particularité consiste dans ce fait, que la solution de continuité porte sur la partie supérieure de la région dorsale au lieu de siéger entre la onzième dorsale et la deuxième lombaire, ce qui est le cas le plus général; pour expliquer cette anomalie, il nous semble rationnel de supposer que la chute s'est pro-

duite sur la partie postérieure de la tête préalablement fléchie; le poids du corps animé d'une vitesse considérable a alors agi dans le sens de l'exagération à la flexion; la colonne vertébrale a été si violemment déviée que, malgré sa mobilité relative, elle a dû céder en un point qui a été intermédiaire entre sa partie inférieure et la partie supérieure de la région dorsale. Le menton a pu, de la sorte, appuyer fortement sur la partie antérieure de la poitrine et peut-être déterminer le trait supérieur de fracture du sternum, malgré l'intégrité constatée des téguments à ce niveau. Il nous paraît, cependant, plus rationnel, en raison de l'absence de contusion de la peau, d'admettre l'explication de Maisonneuve : le scapulum portant sur le sol a arrêté l'extrémité supérieure du sternum par l'intermédiaire de la clavicule, tandis que le poids du corps, agissant sur les côtes, a déterminé la flexion et, par suite, la fracture du sternum en un point rapproché de son extrémité supérieure. Pour ce qui concerne la fracture des cartilages costaux, Paulet, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, déclare qu'il l'a provoquée fréquemment au moyen de pressions exercées sur la face antérieure du sternum; or, une pareille force agissant de la sorte sur un sternum brisé supérieurement et dont la partie inférieure est, par ce fait, portée en avant, pourrait bien, nous semble-t-il, avoir été la cause déterminante à la fois du second trait de fracture situé un peu plus bas sur le même os, et de la solution de continuité des cartilages costaux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 juin 1891. — Présidence de M. Lailler.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Un cas de rhinosclérome. — M. BESNIER. Cette affection ne se rencontre que dans certaines contrées; il faut citer surtout l'Amérique du Centre, le sud-ouest de la Russie et les provinces occidentales de l'Autriche. La jeune fille que présente M. Besnier est âgée de vingt-deux ans; elle est de Costa-Rica. Bien portante en dehors de cette affection, elle est atteinte de rhinosclérome depuis quatre ans. La lésion a commencé par la cloison des fosses nasales, comme c'est la règle; de là, elle s'est successivement étendue vers les régions postérieures et latérales. La tumeur a été, à plusieurs reprises, attaquée chirurgicalement, mais partiellement; et c'est sans doute à ces agressions incomplètes qu'est due l'apparition de saillies latérales, rosées et assez molles, que l'on trouve sur les parties latérales du nez. Le rhinosclérome, abandonné à lui-même, ne donne pas lieu à de semblables productions, et il est d'une dureté très grande, très importante au point de vue du diagnostic. La tuméfaction du nez, de la cloison, de la partie supérieure de la lèvre, la dureté de cette tuméfaction sont caractéristiques. Le diagnostic est facile lorsqu'on a lu la description de Kaposi. Il n'y a pas de manifestation générale, pas d'adénopathie, fait important.

La malignité de l'affection réside dans sa ténacité, sa tendance à se reproduire, à s'étendre. L'envahissement se fait vers la lèvre, vers les amygdales et, plus tard, vers le larynx. De là des accidents graves ayant assez souvent nécessité la trachéotomie.

La résistance de la maladie à tous les traitements internes ou externes, la menace d'accidents graves consécutifs à la propagation descendante, sont des arguments en faveur de l'intervention chirurgicale énergique et de l'énucléation totale, radicale, malgré la gravité des délabrements nécessités par une intervention de cet ordre, malgré la possibilité d'hémorrhagies graves.

Le rhinosclérome ne s'observe que rarement à Paris; M. Besnier n'en a vu que quatre cas : ils étaient tous des cas d'importation étrangère. Les malades venaient de quelqu'une des contrées signalées plus haut.

M. VIDAL insiste aussi sur la mollesse anormale des saillies extérieures de la tumeur nasale infiltrée. A l'examen histologique, il y a trouvé des globes hyalins caractéristiques.

M. LE BEC se propose d'opérer cette malade, de pratiquer aussi complètement que possible l'énucléation du rhinosclérome.

Syphilis conceptionnelle. — M. BESNIER montre ensuite une malade dont la figure présente une série de grosses croûtes noirâtres recouvrant des ulcérations végétantes; sur quelques points, il y a des cicatrices chéloïdiennes. Aucun signe objectif ne permet le diagnostic entre des lésions syphilitiques et des lésions tuberculeuses. Au-devant du sternum et au niveau de l'épaule, il existe des cicatrices déprimées infundibuliformes. Au niveau de l'oreille et du crâne, on trouve des points de repère importants pour le diagnostic. En effet, le lobule de l'oreille est entamé par une ulcération à l'emporte-pièce, la perte de substance est nette, linéaire, ou bien à pic. La tuberculose ne donne pas lieu à de semblables pertes de substance; elle provoque une infiltration marquée de l'oreille.

Sur le crâne, on trouve des cicatrices adhérentes et des dépressions creusées aux dépens de l'os. Il s'agit évidemment de lésions syphilitiques. Quelle est l'origine de cette syphilis? Cette malade a été mariée une première fois, il y a dix-sept ans, avec un homme tuberculeux et syphilitique. Elle en eut un enfant qui succomba, à l'âge de quatre mois, à des accidents méningitiques. Deux ans après, elle se maria à un homme sain; elle devint mère d'un enfant actuellement âgé de treize ans, qui n'a jamais présenté d'accidents spécifiques. Ce n'est que plus tard que commencèrent à se montrer les syphilides qui ont une si grande gravité.

Cette histoire est très curieuse; elle soulève bien des problèmes intéressants. On peut se demander, en particulier, s'il ne s'agit pas ici d'une syphilis conceptionnelle.

Cicatrices de boutons de Gafsa. — M. HALLOPEAU montre un malade qui présente de nombreux groupes de cicatrices consécutives à des boutons des pays chauds; elles offrent de grandes analogies avec des cicatrices d'origine syphilitique; les antécédents du malade, qui a habité autrefois pendant deux ans les environs de Gafsa et y a été atteint des boutons qui portent le nom de cette ville, et, d'autre part, l'existence chez lui de signes d'une syphilis toute récente, viennent éclairer le diagnostic. Un examen attentif montre que l'identité de ces cicatrices avec celles que laissent les syphilides ulcéreuses n'est pas absolue; elles ont, en effet, pour la plupart, des bords taillés à pic et comme à l'emporte-pièce : c'est là un caractère qui appartient aux ulcérations syphilitiques, mais non aux ulcérations consécutives aux boutons en question. Cet aspect abrupt et nettement tranché des bords devra, dans des cas analogues, mettre sur la voie du diagnostic et éviter une erreur qui pourrait être fort préjudiciable.

Actinomycose de la face. — M. DARIER. Les cas d'actinomycose chez l'homme sont beaucoup plus rares en France qu'en Allemagne; de là l'intérêt particulier de la communication de M. Darier. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-cinq ans, atteinte, il y a neuf mois, d'un abcès dentaire qui, après s'être ouvert, s'est rapidement cicatrisé. Plus tard se sont produites, du même côté de la face, des boules, des saillies successives qui s'ouvraient et donnaient issue à une certaine quantité de pus. A ces ouvertures succédaient des cicatrices et des croûtes. Quand la malade s'est présentée à l'hôpital, la face tout entière du côté droit, de l'angle externe de l'œil à l'angle du maxillaire inférieur, était ainsi couverte de croûtes et de cicatrices. La peau, rouge, violacée comme dans certains cas de lupus, était adhérente aux parties profondes. Le pus était tantôt épais, bien lié, tantôt gommeux. Il renfermait de petits grains jaunes, semblables à de

petits grains de sable, que le microscope a montré bientôt constitués par des amas caractéristiques d'actinomyces.

La lésion a été traitée par l'électrolyse combinée à l'injection hypodermique d'une solution iodo-iodurée, d'après la méthode électro-chimique de M. Gautier. Trois séances ont été faites, après chloroformisation. Les résultats obtenus sont très satisfaisants. La guérison n'est pas complète, mais l'amélioration est très marquée et on peut espérer prochainement un résultat définitif, avec une déformation relativement peu considérable. Les courants employés avaient une intensité de 50 milliampères.

Impossible de savoir quelle est l'origine de la maladie chez une femme qui ne s'est pas depuis longtemps trouvée en contact avec des animaux susceptibles d'avoir et de transmettre la maladie.

Ecthyma. — M. BARTHÉLEMY présente un élève vétérinaire de l'École d'Alfort, chez lequel une poussée ecthymateuse des deux bras s'est produite dans des circonstances curieuses au point de vue étiologique. Les lésions ecthymateuses se sont montrées deux jours après que ce jeune vétérinaire, ayant présidé à l'accouchement d'une vache, avait dû plonger ses mains et ses bras dans l'utérus.

Éruption bromique. — M. FEULARD fait voir un jeune enfant de dix-sept mois, chez lequel des saillies papuleuses végétantes, d'aspect véritablement syphilitique, se sont produites sur les fesses après l'absorption, pendant une quinzaine de jours, de 50 centigrammes à 1 gramme de polybromure. La confusion avec des accidents syphilitiques, faite du reste dans un service hospitalier, était d'autant plus facile que le père était syphilitique. Il s'agissait d'une éruption bromique, qui a maintenant rétrocédé.

M. JACQUET rappelle que l'on a conseillé le naphtol et le salicylate de bismuth, comme des moyens, non seulement de guérir les accidents de l'intoxication bromhydrique, mais même de les prévenir.

Éruption bromhydrique. — M. CAYLA montre un enfant de cinq ans, qui présente une éruption très analogue à celle du malade précédent. Elle s'est produite après l'absorption, pendant six mois, de 1 à 2 grammes de bromure de potassium par jour; en tout 180 grammes.

M. FOURNIER insiste sur le danger qu'il y a de confondre de semblables lésions avec des manifestations syphilitiques. Il importe aussi de bien savoir que les accidents toxiques peuvent ne se montrer que tardivement. C'est ainsi que, dans le cas de M. Cayla, l'éruption bromique ne s'est produite qu'après six mois de médication bien supportée.

M. MOREL-LAVALLÉE. Les lésions cutanées peuvent persister pendant très longtemps après la cessation du bromure.

M. CAYLA a vu, chez un enfant, une éruption se produire après une absorption totale de 5 grammes seulement de bromure.

M. JACQUET. Dans un cas cité par Kaposi, il s'agissait d'un enfant dont la nourrice prenait de l'iodure et qui n'avait pu, par conséquent, en absorber qu'une quantité extrêmement faible.

M. BARTHÉLEMY. M. Brouardel a rapporté l'histoire d'un enfant élevé au sein qui avait présenté des lésions cutanées d'iodisme prises pour des lésions syphilitiques; de là une action judiciaire. Or, la nourrice prenait de l'iodure, et, après analyse du lait, on a calculé que l'enfant n'avait pas dû en absorber plus de 50 centigrammes.

M. FOURNIER. Un fait bien curieux, c'est la variation de la tolérance pour l'iodure, chez le même individu, à des époques différentes. Des malades qui, une première fois, ont admirablement toléré l'iodure, ne peuvent plus le supporter lorsqu'on le leur ordonne de nouveau, un ou deux ans plus tard.

M. HALLOPEAU a vu des faits analogues.

COMMUNICATIONS

Excision de chancre syphilitique. — M. MAURIAC. L'excision préventive du chancre induré est toujours à l'ordre du jour, de là l'intérêt de la communication de M. Mauriac. Un étranger vint le consulter pour deux petites ulcérations de la verge, qui avaient l'aspect de chancres indurés au début; il réclamait obstinément leur excision. Elle fut pratiquée quelques jours seulement après l'apparition de ces accidents. Il existait, cependant, un certain degré d'adénopathie inguinale. Deux jours plus tard apparaissait une troisième érosion de même aspect que les précédentes, elle fut enlevée au bistouri et profondément disséquée. Douze jours après, on constatait une induration manifeste au niveau des plaies d'éradication, et, au bout de cinquante-trois jours, éclataient des accidents secondaires non méconnaissables: phénomènes généraux et éruption cutanée papuleuse.

L'excision des chancres n'a donc pas arrêté la marche de la syphilis, et ce fait n'est nullement favorable à cette pratique. Il faut faire remarquer, toutefois, qu'il y avait déjà de l'adénopathie lorsque l'excision première a été faite. Les partisans de l'indication préventive ne manqueraient pas de déclarer qu'il était trop tard pour intervenir utilement.

Cas rare de déférentite et de vésiculite blennorrhagiques. — M. MAURIAC a vu, chez un homme atteint de blennorrhagie, se produire une inflammation intense du canal déférentiel et de la vésicule séminale. L'inflammation du cordon était exactement limitée à l'anneau inguinal inférieur. C'est là un cas fort rare. Habituellement, l'épididyme se prend sans que le canal déférent et les vésicules aient été touchés; quand le cordon est atteint, c'est secondairement, après l'épididyme. Cependant, dans sa marche naturelle, l'inflammation, de l'urèthre au testicule, devrait toucher le canal déférent et les vésicules, qui sont ordinairement respectés.

Note préliminaire sur les injections hypodermiques à haute dose d'huile simple ou médicamenteuse, dans le traitement de quelques affections tuberculeuses ou autres, et particulièrement à propos des accidents qui peuvent être observés au cours de ces injections. — M. BESNIER a employé, dans des cas différents, surtout chez des tuberculeux atteints de lésions internes ou externes, mais dans une situation grave, les injections d'huile faites par la méthode que M. Burlureaux a récemment fait connaître à la Société. D'une façon générale, son expérience confirme les déclarations de M. Burlureaux, et il est acquis que l'on peut injecter sous la peau des quantités élevées d'huile simple ou médicamenteuse; il importe seulement que l'huile soit parfaitement pure, et que l'on observe strictement les règles de l'antisepsie. On arrive rapidement à administrer, à chaque séance, 50 à 100 grammes d'huile et 2 à 4 grammes de créosote.

Il y a là, en réalité, une méthode thérapeutique nouvelle des plus importantes.

Chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire, M. Besnier a vu se produire, au cours de l'injection huileuse, des accidents graves, menaçants, qu'il croit utile de faire connaître. Pendant l'opération même, la malade, qui était à l'époque menstruelle, a éprouvé du malaise. Après une injection de 60 grammes d'huile, elle a été prise d'un état syncopal, puis de congestion pulmonaire, avec expectoration, dyspnée, fièvre intense et même orthopnée. La mort paraissait menaçante. L'amélioration se fit au bout de quelques jours et la malade fut bientôt hors de danger. M. Besnier tend à penser qu'il y a eu, dans ce cas, des embolies graisseuses dues à l'introduction directe d'une certaine quantité d'huile dans une veine capillaire. Il importe donc, pour se mettre à l'abri de semblables accidents, de plonger d'abord l'aiguille non montée dans l'hypoderme, et de ne fixer le tuyau conducteur que lorsqu'on s'est assuré qu'il ne s'écoulait pas de sang par l'aiguille. Au moindre accident, au moindre signe de malaise inusité, il faut suspendre l'opération.

Quand on emploie la créosote, on voit souvent des phénomènes de congestion se produire, soit au niveau des nodules lupiques, soit au niveau des gommes tuberculeuses.

M. MOREL-LAVALLÉE. Avec l'huile iodoformée, on observe

des phénomènes analogues; cela fait penser à une action particulière de la substance médicamenteuse sur les éléments tuberculeux.

M. BARTHÉLEMY. M. Burlureaux observe souvent, au début de ses injections, des poussées fébriles qui ne tardent pas à disparaître, et qui ne lui font pas interrompre l'administration hypodermique de l'huile.

La prochaine séance aura lieu le 9 juillet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juin 1891. — Présidence de M. Terrier.

DISCUSSION SUR LA CRANIECTOMIE DANS L'ÉPILEPSIE JACKSONIENNE

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, à propos du rapport de M. Terrier sur la craniectomie dans l'épilepsie (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 616), aux faits cités par ce dernier, pourrait ajouter deux observations qu'il a publiées, 13 autres cas d'épilepsie jacksonienne, dont 4 d'origine traumatique, qu'il a observés depuis quelques années. Cette variété d'épilepsie n'est pas rare, mais on ne saurait encore se prononcer sur la valeur de la trépanation dans ces cas. M. Lucas-Championnière, sur 4 opérations faites dans ces circonstances, a eu à déplorer 4 morts rapides. Dans le premier cas, il s'agissait d'un foyer hémorrhagique au niveau de la deuxième frontale droite. Le malade a paru soulagé après l'opération, mais il succombait treize heures plus tard.

Dans un second cas, on n'avait trouvé aucune lésion, et la mort est survenue au bout de quatre jours.

Dans un troisième cas, la trépanation a révélé une méningo-encéphalite diffuse, à laquelle le malade succombait en quarante-huit heures. Enfin, dans le dernier fait, il s'agissait de crises épileptiques, symptomatiques d'une tumeur de la base du crâne et le malade a également succombé.

Il faut reconnaître que souvent on obtient une amélioration momentanée; mais la trépanation n'en est pas moins une opération d'un pronostic sérieux. Est-ce une raison pour l'abandonner? En aucune façon, car c'est encore le traitement le plus rationnel. Il faut, dans cette opération, intervenir largement, ainsi que l'ont dit Horsley et M. Lucas-Championnière lui-même. C'est dans la région des centres que l'ouverture doit être faite, afin que le champ d'exploration ne soit pas trop limité et il n'est pas nécessaire de chercher à localiser minutieusement le point d'action du trépan.

De cette façon, qu'il y ait ou non une lésion, on détermine une décompression du cerveau, qui a pour résultat immédiat d'amener une détente du côté des douleurs.

La trépanation est surtout indiquée, lorsque l'épilepsie est limitée à certaines régions, dans l'épilepsie monoplégique, par exemple, ou lorsqu'il existe une paralysie bien localisée, pouvant se rapporter à une lésion cérébrale.

On a proposé la réimplantation des fragments osseux; M. Lucas-Championnière n'y voit aucun avantage et il est préférable, selon lui, que les parois soient souples et non résistantes. Enfin, il importe, dans cette opération, d'éviter toute suppuration, et d'agir le plus tôt possible.

M. TERRIER, avec M. Lucas-Championnière, préconise, dans les cas d'épilepsie jacksonienne, une large trépanation et rejette les réimplantations osseuses. Il n'ignore pas que le pronostic de l'opération est souvent grave, et c'est là une raison pour ne pas trop s'enthousiasmer à l'égard d'une intervention dont les indications ne sont pas encore bien nettes, et dont les résultats sont variables. M. Terrier ajoute qu'il y a, selon lui, une inconnue; et il avoue ne pas comprendre comment la décompression peut faire disparaître l'épilepsie. Il est un autre point qui a besoin d'être éclairci. Ce sont les résultats que donne l'extirpation des centres moteurs; dans un cas, elle a été faite alors qu'il existait une lésion manifeste, et les accidents ont disparu; dans d'autres cas, où l'on n'a trouvé aucune altération macroscopique, on a obtenu les mêmes résultats. On ne peut donc porter un jugement définitif, sur les suites de la trépanation et de l'extirpation des centres moteurs.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE croit qu'il n'y a pas lieu de mettre en doute l'action de la décompression. Quant à l'ablation des centres moteurs, elle est discutable, étant donné que l'attaque épileptique est un phénomène qui se localise mal, et que les symptômes observés ne correspondent pas toujours au point lésé.

COMMUNICATION

Suture du tendon d'Achille. — M. FÉLIZET donne la description d'un procédé opératoire de suture du tendon d'Achille consistant dans une excision en coin du calcanéum et le reculement du tendon.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date des 12 et 13 juin 1891, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — MM. les docteurs Elouet et Guiol, médecins principaux de la marine, en retraite.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 juin 1891, il sera ouvert à Paris, en 1891-1892, des concours pour 45 places d'agrégés, à répartir de la manière suivante, entre les Facultés de médecine ci-après désignées :

Paris : 11 places, dont 4 dans la section de médecine (pathologie interne et médecine légale), 4 places dans la section de chirurgie et accouchements (3 de pathologie externe et 1 d'accouchements); 2 places dans la section des sciences anatomiques et physiologiques (1 d'anatomie et 1 d'histoire naturelle); 1 place dans la section des sciences physiques (1 de pharmacie).

Bordeaux : 5 places, dont 2 de pathologie interne et de médecine légale; 1 d'accouchements; 1 d'anatomie et 1 de physique.

Lille : 8 places, dont 2 de pathologie interne et de médecine légale; 1 de pathologie externe; 1 d'accouchements; 2 d'anatomie; 1 de physiologie et 1 de physique.

Lyon : 8 places, dont 2 de pathologie interne et médecine légale; 3 de pathologie externe; 1 d'accouchements; 1 d'histoire naturelle et 1 de chimie et toxicologie.

Montpellier : 6 places : dont 3 de pathologie interne et médecine légale; 1 de pathologie externe; 1 d'histoire naturelle et 1 de chimie et toxicologie.

Nancy : 4 places, dont 1 de pathologie interne et médecine légale; 1 de pathologie externe; 1 d'anatomie; 1 de physique.

Toulouse : 3 places, dont 1 de pathologie interne et médecine légale; 1 de pathologie externe; 1 de physiologie.

En résumé, 15 places de pathologie interne et médecine légale; 10 de pathologie externe; 4 d'accouchements; 5 d'anatomie, 3 d'histoire naturelle; 2 de physiologie; 3 de physique; 2 de chimie et toxicologie et 1 de pharmacie.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 15 décembre 1891, pour la section de médecine (pathologie externe et médecine légale);

Le 1er mars 1892, pour la section de chirurgie et accouchements;

Le 16 mai 1892, pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. — Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

— *Hôtel-Dieu de Lyon.* — Un concours pour la place de chirurgien-major s'ouvrira le lundi 7 décembre 1891. Le chirurgien-major nommé entrera en fonctions au plus tard le 1er janvier 1905. La durée de sa fonction est de six ans.

— Un grand nombre de médecins, sinon tous les médecins de Paris, ont reçu, de la mairie de leur arrondissement, une circulaire autographiée leur demandant entre autres renseignements, la date de l'enregistrement à la Préfecture *de police* de leur diplôme de docteur.

Quelques-uns de nos confrères, qui avaient négligé cette formalité exigée par la loi, ont tenu à se mettre en règle; mais, mal guidés par la circulaire administrative, ils ont été frapper aux différents bureaux de la Préfecture de police, où, après maintes pérégrinations, on les a envoyés à la Préfecture de la Seine. Là, même ignorance de la part des employés. Pour éviter à nos lecteurs une perte de temps regrettable, nous les avertissons que l'enregistrement des diplômes médicaux se fait à l'annexe de l'Hôtel de Ville, près la caserne Lobau, à la direction de l'Enseignement, bureau n° 5.

— M. le docteur Doléris, accoucheur des hôpitaux, commencera un cours théorique et pratique de gynécologie en dix-huit leçons, 12, rue de Navarre, le mardi 23 juin à quatre heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. Des formes atténuées de la scarlatine; scarlatine et érysipèle. — THÈSES DE PARIS. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été très chargée : la parole a d'abord été donnée à M. Le Roy de Méricourt pour la continuation de la discussion sur les accidents chloroformiques. Notre confrère s'est appliqué surtout à réhabiliter l'emploi du cornet, employé par ses collègues de la marine. Sans nier les avantages que peut avoir le cornet, nous persistons à croire que l'emploi de la compresse lui est encore préférable, comme étant beaucoup plus simple et n'offrant pas plus de dangers entre des mains expérimentées.

Une nouvelle et grosse question vient d'être portée à la tribune et va devenir le point de départ d'une importante discussion, nous voulons parler de la prophylaxie de la syphilis concernant les nourrices et les nourrissons. M. le professeur Fournier a lu son rapport sur le travail récemment communiqué par M. le docteur Duvernet, médecin-inspecteur des nourrices à la Préfecture de police, travail que nous avons donné *in extenso* dans notre numéro du 12 mars 1891. Ainsi que l'a fait justement observer M. Fournier, dans l'état actuel des choses il y a deux grandes lacunes à signaler : d'une part, l'absence de toute garantie pour les nourrices auxquelles on peut impunément confier des nourrissons syphilitiques, et, d'autre part, l'absence de toute garantie contre les nourrices dites de retour, c'est-à-dire celles qui, pour une raison quelconque, quittent un nourrisson et en prennent un autre après avoir subi à la Préfecture de police un examen qui ne peut être fait que pendant la période d'incubation de la syphilis, alors qu'elles paraissent saines. Sur le premier point, tout le monde sera d'accord pour reconnaître que la loi doit protéger la nourrice contre le nourrisson, aussi bien que le nourrisson contre la nourrice. N'a-t-on pas vu, en effet, des enfants syphilitiques infecter successivement plusieurs nourrices? M. Duvernet a cité le cas d'un nourrisson qui a syphilisé trois nourrices; M. Fournier a eu connaissance d'un fait dans lequel huit nourrices ont été ainsi rendues syphilitiques par un seul nourrisson. Il devrait suffire de signaler de tels exemples pour qu'on y remédie aussitôt dans la mesure du possible.

Quant au second point, celui qui est plus particulièrement visé dans le travail de M. Duvernet et le rapport de M. Fournier, la prophylaxie contre la nourrice dite de retour, il ne mérite pas moins l'attention et n'appelle pas moins une réforme. Il est hors de doute, en effet, qu'avec la réglementation actuelle, ces nourrices de retour, au nombre d'environ 1300 par an à Paris, constituent un réel danger pour le nouveau nourrisson qu'elles allaitent. D'ailleurs, la preuve de ce danger est faite ; les exemples de syphilis ainsi transmise de nourrice à enfant sont loin d'être rares. Il faut donc aviser, et c'est pourquoi l'Académie ne saurait trop s'appliquer à l'étude du projet de réglementation proposé par M. Duvernet et adopté par M. Fournier, d'après lequel toute nourrice ayant déjà allaité devra, avant de prendre un second nourrisson, produire un certificat attestant que son premier nourrisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse.

Dans les considérations dont il accompagne ses conclusions, M. Fournier ne s'est pas dissimulé les nombreuses objections que va soulever cette proposition de certificat obligatoire. Vaccine obligatoire, désinfection obligatoire, déclaration obligatoire des maladies transmissibles et maintenant déclaration obligatoire d'absence ou d'existence de syphilis dans une famille : cela fait, sans doute, beaucoup d'obligations parmi lesquelles il en est de bien rigoureuses. Mais quelles que soient ces rigueurs, elles ne devront pas paraître exagérées au père de famille dont l'enfant peut être infecté par une nourrice syphilitique.

Le reste de la séance a été rempli par trois intéressantes lectures !

M. Marrotte, dans une communication sur les affections grippales, a proposé de substituer au sulfate de quinine le chlorhydrate d'ammoniaque, qui lui a toujours donné de très bons résultats.

M. Péan, après avoir rappelé l'observation du jeune malade qu'il a opéré, avec succès, d'un angiome des méninges en communication avec le sinus longitudinal (Voy. *Gazette des hôpitaux*, mai 1889), a fait connaître le résultat de ses recherches sur les cas analogues. Il n'en a trouvé aucun d'absolument semblable.

Enfin, M. Terrier, en communiquant deux nouvelles opérations qu'il a pratiquées sur les voies biliaires, a particulièrement insisté sur les avantages du cathétérisme des voies biliaires.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Des formes atténuées de la scarlatine; scarlatine et érysipèle

(Leçon recueillie par M. Pierre ACHALME, interne du service).

Je veux aujourd'hui vous entretenir de l'histoire d'une malade, âgée de vingt-deux ans, domestique, et couchée, depuis le 27 mai, dans le cabinet d'isolement, attenant à notre salle Laënnec. Elle offre un type parfait de ces scarlatines que l'extrême bénignité de leurs symptômes peut faire ranger parmi les scarlatines anomales, et sur lesquelles j'ai déjà attiré votre attention dans une clinique remontant à trois semaines, à propos d'un malade dont je vais vous rappeler l'histoire en quelques mots.

C'était un jeune homme de vingt-cinq ans, de robuste constitution, entré dans notre salle Jenner le samedi 16 mai. Il nous était arrivé le quatrième jour de sa maladie, et pourtant, la veille encore, il avait pu se livrer à son travail habituel de palefrenier. Depuis le mercredi néanmoins, il se plaignait de céphalalgie et se sentait mal à l'aise, un peu courbaturé. A ces symptômes vint s'ajouter, le jeudi, une angine assez considérable pour provoquer aussitôt un peu de dysphagie, mais ne s'accompagnant d'aucun phénomène inquiétant, tel que vomissement, frisson, sensation fébrile. Le vendredi s'écoula sans modification notable de l'état général ou de l'état local. Mais le samedi matin, après avoir éprouvé pendant la nuit de violentes démangeaisons, il vit à son réveil que son corps était en entier couvert d'une éruption rouge, d'une intensité à demander le jour même son admission à l'hôpital.

A son entrée, il n'avait que 38°4, bien qu'il présentât au plus haut point les symptômes caractéristiques d'une scarlatine confirmée : éruption rouge framboisé, généralisée à tout le corps; angine caractérisée par la tuméfaction et la rougeur des amygdales et du pharynx, ainsi que par la présence, au niveau de la tonsille gauche, d'un petit enduit pultacé qui céda bientôt à un traitement local. Le cœur était normal, l'urine ne contenait pas d'albumine. L'évolution ultérieure fut des plus simples. L'éruption persista encore pendant deux ou trois jours; mais la température était bientôt redescendue et se maintenait à la normale; l'angine avait disparu, et sauf l'achèvement de la desquamation, qui du reste fut peu intense, on pouvait, huit jours après le début, considérer la maladie comme complètement terminée, et le malade comme absolument guéri. C'est ce que je vous disais dans ma clinique du 26 mai dernier, et en effet le malade sortit de l'hôpital quelques jours après pour reprendre son travail.

Cette histoire s'éloigne déjà considérablement du tableau classique de la scarlatine, dont la fixité a été un peu exagérée dans l'esprit des médecins. On n'y trouve, en effet, ni l'élévation thermique qui en marque l'invasion et dont la brusquerie provoque le vomissement, ni les symptômes généraux graves qui arrachent le malade à ses occupations et le forcent à garder le lit, terrassé par une fièvre intense et des phénomènes cérébraux qui vont souvent jusqu'au délire. Notre malade, au contraire, a travaillé jusqu'au dernier moment, et son entrée à l'hôpital a été décidée par l'apparition d'un symptôme objectif, l'éruption. Le maximum thermique, atteint seulement le quatrième jour de la maladie, n'a pas dépassé 38°4 et la maladie a été abrégée dans sa durée comme elle était atténuée dans ses manifestations.

Si j'ai appelé votre attention sur ce fait, c'est parce que je lui crois une grande importance pratique, et, en effet, ces cas sont loin d'être rares. Lutten en a rapporté un certain nombre d'observations, dans lesquelles la température ne dépassait pas 38°5, d'autres dans lesquelles la fièvre présentait des élévations vespérales régulièrement intermittentes, la température du matin restant normale. Enfin, dans ce travail, on trouve un fait unique mais probant (la contagion ayant pu être nettement établie) de scarlatine complètement apyrétique. C'est à côté de ce fait que l'on peut placer l'histoire de la malade dont je veux vous entretenir aujourd'hui.

Cette femme était venue à Paris pour se placer comme nourrice et se sentait si peu malade qu'elle se présenta, le matin même de son entrée, à la visite sanitaire, exigée par la Préfecture de police. Elle s'était bien aperçue et on lui avait dit le matin qu'elle était un peu plus rouge que d'habitude, mais elle n'y avait accordé aucune importance et fut très étonnée lorsque le médecin, qui avait reconnu une éruption scarlatineuse, lui conseilla de demander, sans tarder, son admission à l'hôpital; ce qu'elle fit aussitôt.

Sa température, prise au moment et le soir de son entrée, ne dépassait pas 38 degrés; le lendemain, elle tombait à 37°8. La malade ne se plaignait d'aucun malaise; à aucun moment, elle n'avait présenté ni céphalalgie, ni nausées. C'est à peine si, la veille du jour de son entrée, elle avait éprouvé une légère douleur au moment de la déglutition, et, en effet, l'examen de la gorge révélait l'existence d'une légère rougeur, avec un peu de tuméfaction des amygdales et du pharynx; en un mot, l'angine scarlatineuse à son maximum de simplicité.

Malgré cela l'éruption s'est faite normalement; ayant débuté par les parties latérales du cou, elle s'est étendue ensuite à tout le corps, et, bien que peu intense, a persisté pendant deux ou trois jours. Quant à la température, le soir du troisième jour, elle n'atteignait que 37°4, et après s'être un peu relevée le lendemain jusqu'à 38°2, elle retomba le cinquième jour à 37 degrés et s'y maintint. La scarlatine était finie.

Cette histoire est donc, vous le voyez, calquée sur celle du jeune homme que je vous ai rappelée et les principaux sont encore plus accentués. L'atténuation de la maladie est telle que l'on y trouve à grand'peine les deux symptômes fondamentaux : l'éruption qui seule a attiré l'attention, et l'angine qui aurait pu facilement passer inaperçue. Quant aux phénomènes subjectifs, ils ont été nuls et à toutes les questions la malade répondait qu'elle se portait à merveille et semblait même s'étonner de la sollicitude dont elle était l'objet. En même temps, la durée a été considérablement abrégée, et, dès le cinquième jour, l'on pouvait considérer la maladie comme complètement terminée. L'ensemble de cette scarlatine était donc, par rapport au type classique, inférieur en élévation thermique, inférieur en intensité symptomatique, inférieur en durée.

Cette atténuation était d'autant plus remarquable, que la malade présentait, au moment de son entrée, une particularité qui méritait toute notre attention. Son urine contenait une quantité considérable d'albumine, qui se précipitait en gros flocons par l'addition d'acide nitrique. Que devions-nous penser de cette albuminurie et à quoi devait-elle être attribuée ? L'idée d'albuminurie scarlatineuse pré-

coce, la première qui se présentait à l'esprit, ne devait pas être prise longtemps en considération, en raison même de l'abondance de l'albumine. Dans ces cas, en effet, ce n'est pas en gros flocons que se produit le précipité albumineux sous l'influence de l'acide azotique, mais, au contraire, sous forme d'un disque peu élevé dont il faut une certaine habitude pour distinguer l'apparence louche. La présence d'une albuminurie abondante, au début de la scarlatine, ne doit jamais être mise sur le compte de cette affection, et c'est dans les antécédents qu'il faut en rechercher la cause. Dans le cas particulier qui nous occupe, il est facile de remonter à l'origine de ce symptôme. Notre malade a accouché il y a un mois à peine; il est donc plus que probable que nous nous trouvons en présence d'une albuminurie gravidique ou puerpérale; mais n'eussions-nous pas ainsi une explication toute trouvée, il nous eût été impossible, de par l'abondance même de l'albumine, de voir dans ce fait une manifestation rénale précoce de la scarlatine.

Le 31 mai, notre malade était donc guérie de sa fièvre éruptive; mais, avant de sortir de l'hôpital, elle devait nous rendre témoins d'un fait bien instructif au point de vue clinique, bien intéressant au point de vue bactériologique. En effet, le surlendemain de son entrée, elle avait présenté, au niveau du cou, une plaque rouge, prurigineuse, rugueuse, sur laquelle se détachaient deux ou trois pustules qui se rompirent bientôt pour former une croûte impétigineuse.

M. Ménétrier recueillit quelques gouttes du contenu purulent, les cultiva et obtint des cultures pures d'un streptocoque d'une grande puissance végétative, et d'une virulence suffisante pour produire, sur une souris, un abcès au point d'inoculation; puis, ayant ainsi repris une nouvelle vigueur, ce streptocoque, après une nouvelle culture, put amener, en vingt-quatre heures, la mort par septicémie d'une deuxième souris inoculée.

Voilà donc, au cours d'une scarlatine, une éruption purulente dans laquelle l'examen bactériologique décèle la présence d'un streptocoque virulent. Pouvons-nous voir entre ces deux faits une filiation, une relation de cause à effet? Sans doute; car ainsi que l'ont prouvé les recherches de Lenhartz, l'angine du début de la scarlatine est, dans la plupart des cas, une angine à streptocoques. Cet observateur, en effet, a isolé, de l'enduit amygdalien des individus atteints de scarlatine qui se sont présentés à son observation, un streptocoque qui tuait les souris inoculées en produisant sur elles une affection érysipélateuse mortelle. Depuis, un certain nombre de faits sont venus corroborer cette découverte. Nous pouvons citer, entre autres, l'observation intéressante que put recueillir sur lui-même le professeur Hénoch. Pendant qu'il examinait la gorge d'un enfant atteint de scarlatine, celui-ci toussa et quelques parcelles de l'enduit amygdalien furent projetées au dehors et vinrent atteindre le professeur Hénoch au visage. Or, ce dernier était à ce moment-là porteur d'une légère excoriation des fosses nasales, qu'il se rappela parfaitement avoir été contaminée par ces produits. Quelques jours après, cette excoriation devenait le point de départ d'un érysipèle qui envahit ensuite la face et évolua d'une manière typique.

C'est également au niveau de cette angine précoce que l'organisme puise l'agent pathogène de la plupart des infections secondaires de la scarlatine dans lesquelles on rencontre le streptocoque d'une manière presque constante.

On peut donc conclure de ces faits et d'autres encore :

1° Que l'angine précoce de la scarlatine est une angine à streptocoques;

2° Que ce streptocoque se rapproche, par divers caractères, du streptocoque pyogène;

3° Que ce streptocoque peut donner lieu à un érysipèle.

C'est justement ce qui eut lieu chez notre malade. Le soir du 1er juin, elle se sentit légèrement fatiguée, en même temps que la température atteignait 38 degrés; on pouvait encore croire à une élévation thermique liée au travail suppuratif qui se produisait au niveau des pustules. Mais, le lendemain, ce processus était terminé et néanmoins le malaise augmentait, la température atteignait 38°2. Une autre explication devenait nécessaire. La malade se chargea de la fournir elle-même; car le 3 au matin apparut, dans l'angle interne de l'œil droit, une rougeur érysipélateuse qui se caractérisa bientôt en envahissant toute la face, et s'étendit le 6 au cuir chevelu. La température s'éleva un jour jusqu'à 40 degrés et se maintint entre 39 et 40 degrés pendant les huit jours pleins que dura l'érysipèle. Ce dernier évolua, du reste, d'une manière régulière et il n'y eut à signaler aucune complication cardiaque ou cérébrale : mais l'albuminurie en fut momentanément augmentée dans une assez forte proportion. Néanmoins, malgré l'aggravation de pronostic, qui pouvait résulter de son état de lactation, de la présence antérieure d'une néphrite et d'une scarlatine, dès le 9 juin, la malade pouvait être considérée comme guérie de son érysipèle. En ce moment, son état est des plus satisfaisants et elle achève de mener sa desquamation à bonne fin.

Cette observation est un exemple typique de la parenté bactériologique qui unit la scarlatine à l'érysipèle. Bien que nous n'en soyons pas autorisé à conclure que le micro-organisme, encore peu connu, de la scarlatine soit un streptocoque proche parent des streptocoques mieux étudiés de la suppuration et de l'érysipèle, nous pouvons au moins affirmer la fréquence de la coexistence de ces divers agents infectieux. Il nous semble, en effet, que, dans ce cas, il s'est produit, sous forme d'auto-infection, ce qui s'était passé dans l'observation personnelle du professeur Hénoch. Le streptocoque de l'angine précoce, inoculé par la salive à la surface de la peau, a amené la formation de ces pustules dans lesquelles il a été retrouvé, et de là, transporté par les doigts de la malade dans l'angle interne de l'œil, a causé l'érysipèle dont nous avons été témoin. Ainsi s'expliquent, naturellement, ces faits dont s'étonnaient nos devanciers et qu'ils avaient signalés sans y trouver une raison plausible. Je veux parler de la succession de l'érysipèle à la scarlatine, qui, connue depuis longtemps comme fait clinique, se trouve ainsi confirmée et expliquée par les données microbiennes.

Si cette observation est instructive au point de vue théorique, elle ne l'est pas moins au point de vue de la pratique journalière, et je profiterai de cette occasion, ainsi que de toutes celles qui me seront offertes, pour vous démontrer la puissance du régime lacté absolu dans la scarlatine. Cette malade était certainement dans les plus mauvaises conditions au point de vue rénal. Atteinte d'une néphrite antérieure, elle traverse une scarlatine, puis un érysipèle, c'est-à-dire deux affections capables de créer la néphrite de toutes pièces, et, loin de voir son état empirer, l'examen de ses urines donne des résultats si satisfaisants que je puis vous affirmer que, d'ici à deux ou trois jours,

elles ne contiendront plus trace d'albumine. Nous sommes partis d'une albuminurie abondante, et, ce matin, je ne pouvais plus produire à l'aide de l'acide nitrique qu'un disque nuageux très limité. Cette amélioration tient évidemment à la docilité de la malade et à sa tolérance pour le régime lacté absolu, qu'observe la malade depuis son entrée à l'hôpital, tolérance qui lui a permis d'en prendre une quantité minima de 3 litres par jour. N'oubliez donc jamais la pratique que je préconise depuis plus de vingt ans; instituez le régime lacté absolu, aussitôt le diagnostic de scarlatine établi, et sans attendre qu'il vous soit imposé par la survenance des complications rénales. Vous préviendrez ainsi d'une manière à peu près certaine, non seulement l'albuminurie précoce qui est de peu d'importance, mais encore l'albuminurie tardive, celle qui est liée à une néphrite, et conduit à l'anasarque. Et dans les cas rares, où vous n'aurez pu complètement l'éviter, elle se montrera si bénigne qu'elle ne pourra vous inspirer aucune crainte. Le régime lacté absolu dès le début, et quand même, doit être votre seul traitement des scarlatineux, et ce n'est qu'en cas de nécessité absolue, pour relever les forces d'un organisme affaibli, que vous pourrez soit tolérer que le malade prenne un peu de vin, soit lui formuler un cordial. Depuis quinze ans que j'applique rigoureusement cette méthode, je n'ai jamais eu à déplorer une albuminurie grave ou un anasarque scarlatineux. Si l'on est arrivé trop tard, le lait doit néanmoins être prescrit; car, pris en grande abondance, il constitue une méthode à la fois préventive et curative.

THÈSES DE PARIS

Du curetage de l'utérus dans les affections péri-utérines, les fibromes et le cancer de l'utérus, par M. Manuel Cuellar. — L'auteur a essayé de mettre un peu d'ordre dans certaines indications encore discutées du curetage de l'utérus.

Il lui a semblé que le curetage ne peut pas être érigé en méthode générale de traitement, soit contre les affections péri-utérines, soit contre les fibromes, soit contre le cancer; mais qu'il peut rendre de très grands services dans un certain nombre de cas que l'auteur a tenté de spécifier et de classer.

Pour ce qui est des affections péri-utérines, les faits ont permis de constater que le curetage donnait de très bons résultats, un effet vraiment curatif, dans les cas de salpingite catarrhale et dans certains cas d'hydrosalpinx.

Son action curative a paru aussi s'étendre aux cas d'inflammations péri-utérines dans lesquelles l'élément fluxionnaire congestif paraît tenir la plus grande place.

Mais dans toutes les affections péri-utérines s'accompagnant de lésions profondes et graves, circonscrites ou diffuses des tissus ou organes péri-utérins, le curetage n'a donné que des résultats palliatifs et souvent nuls.

Cependant, l'auteur croit pouvoir de ces derniers cas tirer tout au moins l'enseignement que le curetage pratiqué avec précaution sans abaisser l'utérus, s'il ne donne pas de résultats aussi bons qu'on l'a prétendu, ne constitue pas non plus une méthode aussi dangereuse qu'on a bien voulu le dire.

Le curetage donne de bons résultats dans les cas de fibromes lorsque l'hémorrhagie est le symptôme dominant.

Les gros fibromes gênant par leur volume ou produisant des accidents graves de compression, ne sont pas justiciables de ce traitement, car alors l'hémorrhagie, si elle existe, est reléguée au second plan; or, c'est justement contre ce symptôme que le curetage est dirigé ainsi que nous venons de le voir.

Quant à la diminution de la tumeur, on peut l'observer quelquefois à la suite de ce traitement.

Dans le cancer de l'utérus, lorsque l'envahissement néoplasique s'est étendu trop loin pour permettre une opération radicale, et lorsque, en même temps, il n'a pas encore envahi les parois recto-vaginales et vésico-vaginales, le curetage suivi de cautérisation a paru constituer le meilleur des traitements palliatifs pour suspendre, au moins pendant quelque temps, les hémorrhagies, les douleurs, les pertes fétides.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1891. — Présidence de M. Tarnier.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES ACCIDENTS PRODUITS PAR LE CHLOROFORME

M. Le Roy de Méricourt, en présence des accidents de mort observés par certains chirurgiens au cours de la chloroformisation, s'étonne qu'on néglige dans la pratique civile l'emploi du cornet spécial, imaginé par Reynaud et réglementaire dans la marine, depuis 1847. Grâce à ce cornet, aucun accident n'a été observé par les nombreux chirurgiens de la marine; d'ailleurs, M. Le Roy de Méricourt vient de provoquer à cet effet une enquête dont il s'empressera de faire connaître les résultats. Les avantages de cet appareil consistent à assurer l'arrivée régulière du chloroforme en mettant à l'abri de tout accident de sidération du plexus nerveux naso-pharyngien.

M. Bérenger-Féraud déclare que, jamais à sa connaissance, un seul accident n'a été observé dans la marine, depuis l'emploi de ce cornet.

M. Charpentier dit qu'il en est de même à la clinique d'accouchement, où, depuis plus de vingt ans, on emploie le cornet.

LECTURE

Des affections grippales. — **M. Marrotte** rappelle que M. le docteur Gellie (de Bordeaux) a adressé dernièrement, à l'Académie, un travail dans lequel il recommande l'emploi exclusif du sulfate de quinine dans le traitement de l'influenza. Il y a vingt-cinq ans, le docteur Carrère (de Strasbourg) a adressé à l'Académie un mémoire sur ce sujet. Depuis lors, l'efficacité du sulfate de quinine contre les affections grippales est de notoriété vulgaire. M. Marrotte lui-même l'a employé avec succès contre la pleurésie qu'il a signalée, il y a trente ans, sous le nom de pleurésie catarrhale.

Le chlorhydrate d'ammoniaque est un médicament, non moins efficace, qui paraît avoir sur la quinine les avantages suivants: il est moins cher, son action est plus rapide, il amène une guérison plus complète, plus définitive. Il expose moins les malades à des malaises plus ou moins fébriles; plus ou moins durables.

M. Marrotte a été conduit à son emploi par deux voies différentes:

1° Par l'usage qu'on en faisait dans le traitement des fièvres intermittentes avant la découverte du quinquina;

2° Par l'étude des affections catarrhales sporadiques ou paraissant par poussées circonscrites, peu durables.

Sans vouloir faire l'histoire complète des affections grippales, il dit que c'est surtout dans une forme de grippe connue sous le nom de congestion pulmonaire, qu'il s'est le plus promptement décidé à administrer le chlorhydrate d'ammoniaque et même à haute dose (de 3 à 5 grammes en vingt-quatre heures), par cachets de 50 centigrammes, à des distances calculées sur l'action du médicament. Cette forme cède merveilleusement au chlorhydrate d'ammoniaque: des malades, qui semblaient devoir mourir asphyxiés huit ou dix heures après, ont été d'abord soulagés, puis guéris complètement et sans retour en quatre ou cinq jours.

M. Constantin Paul est surpris que M. Marrotte ne fasse pas

mention dans sa communication d'un médicament qu'il a préconisé autrefois contre les affections catarrhales, l'acétate de potasse.

M. MARROTTE n'a pas de ce médicament une expérience aussi grande que du chlorhydrate d'ammoniaque.

RAPPORTS

Remèdes secrets. — **M. LEREBOULLET**, au nom de la commission des remèdes secrets, lit une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

Prophylaxie de la syphilis. — **M. FOURNIER** lit un rapport sur un mémoire de M. Duvernet, intitulé : « De la prophylaxie de la syphilis concernant la contre-visite des nourrices à la Préfecture de police. » (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 279.)

Après avoir rappelé que, chaque année, 14 000 examens de nourrices sont pratiqués à la préfecture, et, qu'en outre, on y examine annuellement 1 300 nourrices dites nourrices de retour, les plus dangereuses de toutes, puisqu'elles viennent de donner le sein à des nourrissons de santé inconnue, M. le rapporteur fait observer que cette organisation ne fait pas tout le bien qu'elle pourrait faire, parce qu'elle comporte deux lacunes : l'une, c'est l'absence de toute garantie pour la nourrice sur lieu contre les contaminations pouvant dériver de son nourrisson; l'autre, c'est l'absence de toute garantie contre les nourrices de retour pouvant être en état d'incubation de syphilis.

Relativement au premier de ces dangers, M. Duvernet n'a pas proposé de remède. Pour parer au second, l'examen médical de la nourrice ne pouvant servir à rien, M. Duvernet a formulé une réglementation spéciale, d'après laquelle toute nourrice ayant déjà allaité devra, avant de prendre un second nourrisson, produire un certificat attestant que ce nourrisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse. Ce certificat constitue la base, le pivot même du projet de réglementation proposé par M. Duvernet et adopté par M. Fournier. Mais ce certificat ne sera pas sans soulever de sérieuses objections, non de la part des nourrices, car il sera pour elles une garantie, mais bien de la part de certaines familles.

Pour les familles où la nourrice n'a été exposée à aucun risque de contagion, le certificat ne sera qu'une pure formalité, qu'il ne viendra à personne l'idée de refuser. Les seules familles qui pourraient se montrer récalcitrantes sont celles qui sont syphilitiques. Or, c'est là ce qui prouve le bien fondé de l'innovation projetée, puisque les seules résistances à prévoir ne pourront venir que des familles dangereuses. Mais, le refus de certificat pourra devenir une source de démêlés, de procès, entre nourrices et familles de nourrissons. Car une nourrice à qui une famille ne voudra pas délivrer un certificat ne manquera pas d'exercer une action judiciaire contre cette famille.

L'arrêté préfectoral qui imposera l'obligation du certificat aux familles devra avoir de toute nécessité sa sanction légale, ce sera l'affaire des tribunaux.

On objectera aussi que la production de ce certificat médical deviendra une cause de scandale dans les familles en dénonçant la syphilis du mari. Cette dénonciation résulte aussi bien des accidents présentés par l'enfant, du traitement prescrit, du sevrage imposé, etc., que du certificat. Et alors même que celui-ci aurait cette faculté singulière de révélation, le dommage qui en résulterait pour le mari serait cent fois inférieur à celui d'une contamination transmise à la nourrice et peut-être à un autre nourrisson.

Qu'arrive-t-il usuellement, dans l'état de choses actuel, alors que des symptômes suspects viennent à éclore sur un nourrisson? On congédie la nourrice, sur la déclaration du médecin qui la dit menacée par l'état de l'enfant. On lui paie ce qu'on lui doit et on la met sur le pavé. Que cette nourrice puisse avoir déjà reçu la contagion de l'enfant et soit en condition de transmettre la maladie à un autre enfant, on n'y songe même pas, à moins d'avertissement formel du médecin en ce sens.

Tandis qu'au contraire, avec l'obligation du certificat, toute nourrice, ayant quitté sa place sans certificat, deviendra *ipso facto* une nourrice suspecte, contre laquelle, d'une façon ou d'une autre, on se tiendra en garde.

« En résumé, ajoute en terminant M. Fournier, la réglementation proposée paraît capable de rendre à la santé publique un double service :

1° Elle pourra réaliser ce premier résultat d'écarter des bureaux de nourrices, par l'obligation du certificat en question, un certain nombre de familles dangereuses. Certes, quelques-unes de ces familles, pour le moins, y regarderaient à deux fois avant de se risquer à prendre une nourrice dans un bureau, alors qu'elles seraient averties qu'en cas de maladie de l'enfant et de suspension forcée de l'allaitement, elles seraient rendues responsables du dommage fait à la nourrice par l'impossibilité où elles se trouveraient de lui fournir un certificat d'immunité de leur enfant. De ce premier chef donc, un certain nombre de contaminations seraient sûrement empêchées;

2° Plus sûrement encore, cette même réglementation constituera une barrière contre l'infection des enfants, par les nourrices en incubation de syphilis.

En définitive, le projet à l'étude repose sur une base clinique, sur un danger clinique; il répond à un desideratum administrativement constaté du système en vigueur; il paraît d'exécution pratique; il est susceptible de réaliser une sauvegarde réelle dans un ordre de choses où l'on éprouve tant et tant de difficultés à faire quelque bien. Nous croyons donc être autorisé à le recommander à l'attention de l'Académie. »

En conséquence, M. le rapporteur soumet aux suffrages de l'Académie l'approbation des trois articles proposés par M. Duvernet, comme annexe à la réglementation administrative de la surveillance des nourrices.

M. BROUARDEL, vu l'importance de la question, demande l'ajournement de la discussion.

M. LE FORT appuie l'avis de M. Brouardel, mais il désire appeler l'attention de l'Académie sur ce fait que le projet qui est proposé protège les nourrissons contre la contamination par la nourrice, mais ne parle pas de la protection de la nourrice contre le nourrisson.

M. FOURNIER rappelle que, dans son mémoire, M. Duvernet n'a visé que les dangers provenant des nourrices de retour. Il n'avait donc pas à parler, comme rapporteur, de la protection de la nourrice contre le nourrisson, mais si l'Académie veut aborder cette question, il en sera très heureux.

M. TARNIER, après avoir fait observer que, dans certains cas, on pourra se trouver en présence des plus grandes difficultés, propose à l'Académie l'ajournement de la discussion. (Adopté.)

COMMUNICATIONS

Localisations cérébrales. — **M. PÉAN** fait la communication suivante :

Le domaine de nos connaissances sur les localisations cérébrales s'étend de jour en jour, et l'étude des tumeurs qui se développent à la surface du cerveau acquiert pour ce motif un puissant intérêt. C'est pour cela qu'il nous a paru bon de publier l'observation suivante :

Le malade, âgé de quinze ans, était affecté d'accès d'épilepsie partielle localisés au membre supérieur gauche, accompagnés de contractions spasmodiques des muscles du pharynx, et d'une douleur violente au sommet de la tête, à droite de la ligne médiane, au niveau de l'angle antéro-supérieur du pariétal droit. M. le docteur Gélineau, son médecin habituel, reconnut que cette épilepsie était symptomatique d'une tumeur qui comprimait les centres moteurs. Son avis fut partagé par MM. Charcot et Ballet.

Comme aucun symptôme extérieur ne permettait d'en préjuger la nature, tous furent d'avis qu'il était indiqué de pratiquer la trépanation pour donner au diagnostic la précision nécessaire et, si cela était possible, pour obtenir la guérison. Nous prati-

quâmes l'opération en mai 1889, suivant les règles que nous avons précédemment exposées. Au cours de l'opération, nous nous trouvâmes en présence d'un angiome des méninges en communication avec le sinus longitudinal supérieur.

Malgré sa richesse vasculaire, malgré son étendue, la tumeur put être enlevée, avec succès, en totalité, sans perte de sang, grâce au pincement temporaire et définitif des vaisseaux variqueux, dilatés, érectiles, dont elle était composée.

A ce propos, nous avons recherché si, dans la science, des cas analogues avaient été publiés. Nous n'en avons trouvé aucun qui fût exactement semblable, aucun surtout qui eût été opéré. Nous connaissions les angiomes extra-craniens en communication avec le sinus longitudinal supérieur qui ont été si bien décrits autrefois par Nélaton et ses élèves, notamment par Dupont; mais ces tumeurs sont superficielles, reconnaissables à la vue et au palper, ce qui rend leur pronostic relativement favorable. Il en était tout autrement chez notre malade. L'angiome était intracranien, situé dans l'épaisseur des méninges; il ne pouvait se développer sans comprimer les circonvolutions cérébrales. De là, un pronostic grave, en raison des troubles cérébraux qui en étaient la conséquence.

Toutefois, la gravité de ces sortes de tumeurs ne tardera pas à disparaître, puisqu'il est possible d'ouvrir sans danger la cavité cranienne et d'enlever les tumeurs qui causent les désordres fonctionnels.

Pour ne pas entrer aujourd'hui dans de trop longs détails sur les angiomes intra-craniens, nous nous contenterons de poser les conclusions suivantes qui nous ont été inspirées par l'observation de notre malade :

1° De même qu'il existe des angiomes extra-craniens communiquant à travers la voûte du crâne avec le sinus longitudinal supérieur, il existe une variété d'angiomes, intra-craniens, communiquant également avec le sinus longitudinal supérieur, mais développés dans l'épaisseur des méninges, situés entièrement à l'intérieur du crâne.

2° Ces angiomes appartiennent à la variété des angiomes simples, c'est-à-dire qu'ils sont essentiellement constitués par un peloton de capillaires dilatés et flexueux. Ils ne présentent pas de limites précises et se continuent insensiblement avec les vaisseaux voisins, situés dans l'épaisseur des méninges. Leur caractère principal est de communiquer par une grosse veine dilatée avec le sinus longitudinal supérieur.

3° Au point de vue clinique, à l'inverse des angiomes extra-craniens qui ne donnent lieu qu'à des signes physiques, ces angiomes méningés se manifestent uniquement par des troubles fonctionnels cérébraux, en rapport avec le siège occupé par la tumeur.

Ces symptômes fonctionnels sont surtout : *a*. la douleur, localisée au point lésé; *b*. l'épilepsie jacksonienne, si la tumeur correspond à un centre moteur. Ils diffèrent de ceux fournis par les tumeurs solides qui occupent le même siège en ce qu'ils sont influencés et augmentés par la flexion de la tête et son inclinaison en avant, et par la compression des veines jugulaires internes au cou.

4° Le pronostic en est très grave, à cause des phénomènes cérébraux qu'ils occasionnent, et aussi parce que la rupture d'un des vaisseaux qui les constituent peut amener une hémorrhagie mortelle, ainsi que le montre un cas non opéré, trouvaille d'autopsi publiée en Angleterre par Arcy Porter.

5° Ces tumeurs sont justiciables de la trépanation. L'hémorrhagie, et notamment celle due à la communication avec le sinus, est facilement arrêtée par le pincement temporaire et définitif.

Cholécystotomie et cholécystectomie. — **M. TERRIER** a pratiqué deux nouvelles opérations sur les voies biliaires; dans un cas, il s'agissait d'un homme de quarante-deux ans, souffrant depuis six ans de douleurs dans la région du foie.

La laparotomie permit de constater qu'il s'agissait d'une cholécystite avec péricholécystite, avec des adhérences telles qu'il était impossible de songer à l'extirper; M. Terrier se contenta d'en pratiquer le drainage. Le malade succomba trois jours après à une péritonite septique; l'autopsie permit de constater que la vésicule, rétrécie par des bandes fibreuses, se composait pour ainsi dire de deux loges superposées, dont une n'avait pas été ouverte par l'incision et contenait deux calculs. La mort avait été probablement déterminée par la pénétration de liquides septiques de cette poche vésiculaire dans la cavité péritonéale.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, qui présentait une dilatation de la vésicule biliaire d'origine probablement calculeuse; la tumeur biliaire mesurait 6 centimètres et demi transversalement et descendait jusqu'à un travers de doigt au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'ombilic. L'opération permit de constater qu'il s'agissait, en effet, d'une dilatation de la vésicule par calcul; le peu de résistance des parois de celle-ci, parois très certainement enflammées, la multiplicité des calculs profondément situés, l'oblitération du canal cystique décidèrent M. Terrier à pratiquer la cholécystectomie. Il a, dans ce cas, employé des bougies à bout olivaire, préalablement stérilisées, pour pratiquer le cathétérisme des voies biliaires; il a pu ainsi constater que, les calculs situés vers le col de la vésicule une fois enlevés, les voies biliaires cependant étaient encore obstruées, ou rétrécies, ou oblitérées par un calcul : aucune bougie, même fine, ne pouvant passer; du reste, ce qui le prouva, c'est que, une simple ligature une fois posée, on ne trouva jamais de bile dans le liquide qui s'écoulait de la plaie. La malade guérit rapidement.

M. Terrier se propose d'insister ultérieurement sur le cathétérisme des voies biliaires dont la pratique remonte à un chirurgien français, à J.-L. Petit; reprise en Allemagne, cette pratique a été préconisée en France par M. le docteur Fontan (de Toulon).

M. PÉAN est également partisan du cathétérisme des voies biliaires pour diagnostiquer la présence de calculs dans la vésicule, mais la conduite à tenir diffère, suivant les cas. Souvent, en effet, la vésicule biliaire ne renferme que peu de calculs, quoiqu'elle soit très dilatée; d'autres fois, elle est, au contraire, atrophiée, mais elle en contient en grand nombre; M. Péan en a trouvé jusqu'à 300 dans un cas. Dans d'autres cas, les calculs sont si mous, si friables, que la sonde ne peut déceler leur présence. Il se sert alors d'une curette spéciale avec laquelle il peut en même temps enlever les calculs. En général, l'exploration digitale des voies biliaires est suffisante, et M. Péan insiste sur les avantages de ce mode d'exploration.

M. TERRIER fait observer que le cathétérisme pratiqué avec le doigt ne peut être utilisé que pour la vésicule et le canal cystique; or, il arrive souvent qu'on est obligé d'aller chercher des calculs beaucoup plus loin, jusque dans le canal cholédoque, par exemple.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 juin 1891, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Guitton, médecin auxiliaire de 2e classe.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour une place de chirurgien-adjoint s'est terminé par la nomination de M. le docteur Princeteau.

— M. le docteur Castex, ancien prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission scientifique en Allemagne et en Autriche.

— M. le docteur Jules Janet, chef du service endoscopique de la clinique des voies urinaires, de l'hôpital Necker, est chargé d'une mission en Autriche et en Suisse, à l'effet d'étudier le fonctionnement des cliniques similaires.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ramey, médecin aide-major de première classe; J.-C. Richard, médecin-major de deuxième classe; Scanzoni (de Wurzbourg), Ysabeau (de Nevers).

— *Avis.* — On demande un jeune docteur disposant d'un certain capital, et ayant été interne dans les asiles d'aliénés, pour coopérer à la fondation d'une maison de santé, consacrée spécialement au traitement des maladies mentales et nerveuses, dans une colonie française voisine, appelée à un grand avenir.

Cet établissement doit être subventionné et recevoir forcément les aliénés de toute la colonie, aucune maison de ce genre n'existant encore dans le pays.

S'adresser à M. le docteur Verrier, membre du Conseil supérieur des colonies, 15, rue des Écoles.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 72. — SAMEDI 20 JUIN 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 20 JUIN 1891. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Des granulations vraies et fausses de la conjonctive et de leur traitement, par M. le docteur VALUDE, médecin-adjoint de la Clinique nationale des Quinze-Vingts. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Des granulations vraies et fausses de la conjonctive et de leur traitement.

Par M. le docteur VALUDE,
Médecin-adjoint de la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

Les granulations, terme un peu banal aux lèvres des médecins et des ophthalmologistes, et qui sert d'étiquette commune à un groupe de deux ou trois affections de la conjonctive, certes différentes.

Comment ces diverses lésions granuleuses ont-elles été confondues, unifiées dans une même description par des maîtres, et non des moindres, de notre art ophthalmologique?

Pourquoi la distinction des granulations en deux ou trois espèces (l'une vraie, les deux autres fausses) doit-elle être faite et comment doit-elle l'être?

C'est la réponse à ces questions que nous entendons chercher à développer en cette Revue, espérant ainsi rendre service, non pas seulement aux ophthalmologistes, mais encore aux médecins qui rencontrent, à chaque pas de leur pratique, les granulations conjonctivales avec leurs difficultés de diagnostic.

I

GRANULATIONS VRAIES; TRACHOME. — Les granulations vraies de la conjonctive constituent une affection contagieuse, épidémique dans certaines conditions d'hygiène défectueuse ou d'encombrement, et endémique dans certaines contrées. Les pays chauds et bas sont particulièrement favorables au développement de cette affection. On sait combien les granulations sont communes en Algérie et surtout en Égypte; elles sévissent sur toute la région méditerranéenne orientale, en Asie-Mineure, Turquie, Grèce, dans les provinces des Balkans, avec une très grande intensité. D'autre part, cette affection n'est point spéciale aux pays chauds, puisqu'on la retrouve dans toutes nos villes et surtout dans les populeuses, et qu'elle atteint un degré d'extension assez élevé en Belgique.

La distribution géographique des granulations offre plus d'un point intéressant, et son étude a tenté plus d'un chercheur. L'année dernière, M. Chibret (de Clermont-Ferrand) a présenté, au Congrès international de Berlin, un travail d'après lequel la propagation de la maladie granuleuse dépendrait non seulement de la latitude et de l'altitude des contrées, mais encore de la race des individus. Ses recherches, en ce qui concerne la race celte, l'ont amené à conclure que les représentants de cette race étaient presque absolument à l'abri des granulations.

Les granulations de cette catégorie apparaissent comme de petites élevures hémisphériques, opalines ou rosées, qui ont pour siège de prédilection le cul-de-sac conjonctival supérieur et le bord supérieur du tarse. De là les granulations envahissent le cul-de-sac inférieur, et peu à peu toute la face muqueuse des paupières peut se recouvrir de granulations.

Sauf en certaines circonstances, le début de la maladie granuleuse est insidieux et marqué seulement par un peu d'irritation des paupières, irritation qui se traduit simplement par une légère cuisson, une propension à se frotter les yeux, un larmoiement insignifiant. Il n'est pas rare de découvrir à des individus, qui n'en avaient nullement conscience, une conjonctive farcie de granulations, lesquelles avaient suivi une marche lente exempte de réaction violente.

Cette forme chronique des granulations, qu'on désigne souvent sous le nom de trachome, peut traverser des phases aiguës et l'œil prend alors l'apparence d'une ophthalmie vraie; c'est l'ophthalmie granuleuse, aussi redoutable en soi que l'ophthalmie gonorrhéique avec laquelle elle a quelques points de contact et à laquelle elle a été réunie. C'est là un des points principaux de notre étude et nous aurons à y revenir. Disons ici, pour terminer cette rapide esquisse de la maladie granuleuse, que la formation d'une poussée aiguë n'est pas la seule complication qui se puisse voir au cours ou à la suite des granulations. On observe, du côté de la conjonctive, une rétraction très marquée due à la formation du tissu de cicatrice qui succède aux granulations. Les bords des paupières entraînés par la rétraction se contournent en entropion et les cils déviés et altérés présentent les déformations du trichiasis. Enfin, la conjonctive bulbaire et la cornée sont le siège d'une irritation chronique plus ou moins violente, entretenue d'abord par la présence des granulations, puis par le fait des déviations palpébrales; on observe de la conjonctivite, de la kératite pan-

neuse et des ulcérations cornéennes qui peuvent même aller jusqu'à la perforation.

II

Conjonctivite folliculaire. — Il est une variété de granulations conjonctivales difficiles à distinguer des granulations vraies avec lesquelles elles présentent de tels points de ressemblance que certains auteurs les unifient en une seule description, ce sont les granulations de la conjonctivite folliculaire.

Dans cette affection la prolifération granulaire envahit surtout le cul-de-sac *inférieur*; toute la muqueuse peut être atteinte dans les cas extrêmes. La muqueuse est rouge, boursouflée, hérissée de saillies longitudinales ou d'élevures rosées, semi-transparentes, qui ont pour caractère propre de suivre le pli de la membrane muqueuse. Les paupières sont plus ou moins gonflées et, suivant l'acuité de la maladie, il existe une sécrétion plus ou moins abondante; dans la forme aiguë, la production du pus est assez forte pour donner la physionomie d'une ophthalmie purulente vraie, dont elle a d'ailleurs la virulence. C'est cet état de la maladie qui est connu sous le nom de catarrhe infectant et c'est cette affection dont la description nous a été transmise par les anciens auteurs, comme l'ophthalmie des armées, l'ophthalmie militaire, l'ophthalmie d'Égypte. Mackenzie a consacré à cette maladie un chapitre demeuré célèbre par la réalité saisissante de la relation de certaines épidémies.

Une telle ophthalmie touche par plus d'un point à l'ophthalmie granuleuse et il n'est pas étonnant que certains auteurs aient pu réunir les deux affections en une seule entité morbide. On sait que le professeur Arlt, et à sa suite l'école ophthalmologique de Vienne, considéraient la conjonctivite folliculaire et la granuleuse, comme deux états particuliers et différents de l'infection blennorrhéique de la conjonctive. Nous croyons qu'à tous points de vue une pareille unification n'est pas justifiée.

III

Conjonctivite papillaire. — Enfin, il est certains états irritatifs de la conjonctive, dans lesquels, sans ophthalmie véritable, sans lésions dégénératives de la conjonctive, il existe une production de petites élevures granuleuses, papillaires, à la surface de la muqueuse conjonctivale. Cette prolifération, ordinairement légère, est caractérisée par l'apparition, au cul-de-sac conjonctival inférieur surtout, puis à la paupière supérieure, au niveau [des angles, de petites granulations d'un rouge vif, carminées, très vascularisées, et peu serrées ordinairement les unes contre les autres. Ces pseudo-granulations ne s'accompagnent point de conjonctivite véritable, mais d'un simple larmoiement d'irritation et d'un peu de cuisson au niveau des bords palpébraux.

L'origine de cette conjonctivite papillaire doit être cherchée parmi les causes susceptibles d'irriter la conjonctive ou de fatiguer l'organe de la vision; elles sont très nombreuses. On l'observe chez les individus qui travaillent dans un milieu vicié par des poussières ou des vapeurs irritantes, chez les fumeurs, chez ceux qui font abus des collyres à l'atropine ou à l'ésérine. Elle se produit encore dans tous les états amétropiques de l'œil et principalement dans l'hypermétropie; la fatigue simple chez les sujets anémiés ou chez ceux qui prolongent un travail fatigant à la lumière artificielle et surtout au gaz, est un facteur important dans l'établissement de l'état papillaire de la conjonctive.

Bien que cet état soit très différent des granulations vraies, dont nous avons ci-dessus donné en résumé la physionomie, il n'en doit pas moins être placé à côté de façon à faire ressortir nettement les caractères différentiels des granulations vraies et des granulations fausses. La caractéristique des deux variétés de granulations fausses, les conjonctivites folliculaire et papillaire, réside dans l'évolution de ces maladies : tandis que les granulations vraies aboutissent à la déformation des paupières par formation de tissu de cicatrice, les granulations fausses guérissent sans laisser de traces.

Toutefois, comme la confusion du trachome et de la conjonctivite folliculaire existe encore dans les écrits d'un certain nombre d'auteurs et notamment dans l'esprit des élèves de l'École de Vienne, nous devons nous arrêter spécialement à la discussion des points de ressemblance supposés qui existeraient entre ces deux maladies.

IV

Distinction entre la conjonctivite granuleuse et les conjonctivites folliculaire et papillaire. — A tous les points de vue, on peut relever des différences capitales entre les granulations véritables et les deux affections constituées par des pseudo-granulations. Et d'abord :

L'étiologie. — C'est le point sur lequel ont, principalement, porté les efforts de ceux qui réunissent, en une même espèce nosologique, les trois affections que nous venons de décrire sommairement. L'école de Vienne, à la suite des travaux du professeur Arlt, considère tout d'abord les conjonctivites granuleuse, folliculaire et papillaire, dans leur ensemble comme constituant la forme chronique de la blennorrhée conjonctivale; la forme aiguë étant représentée par l'ophthalmie gonorrhéique des adultes et l'ophthalmie des nouveau-nés. A l'appui de cette manière de voir, on cite des cas de conjonctivite folliculaire succédant à des ophthalmies aiguës.

D'autre part, Arlt et ses élèves ont vu dans des foyers épidémiques se développer, côte à côte et sous l'influence de causes identiques d'apparence, les variétés de granulations que nous avons énumérées plus haut, et même des cas d'ophthalmie franche aiguë. Il semble en résulter, et c'est la conclusion des maîtres de l'école de Vienne, que toutes ces affections, ou aiguës, ou chroniques et granuleuses, se tiennent ensemble par le lien étroit de l'étiologie.

Or, il est un fait qui n'est nié par personne et qui se trouve en contradiction absolue avec cette opinion, c'est que jamais les granulations véritables, le trachome, ne succèdent à une ophthalmie blennorrhagique aiguë. On sait que la poussée aiguë de l'ophthalmie peut parfois, au contraire, faire disparaître les granulations.

D'autre part, les granulations folliculaires, proprement dites, sont parfaitement susceptibles de subsister à la suite d'une ophthalmie aiguë ou de lui succéder; c'est même un cas fréquent. Comment donc établir, entre deux affections se comportant si différemment, une parenté étiologique étroite?

En résumé, à l'heure actuelle, le plus grand nombre, parmi les ophthalmologistes, considère les granulations, le trachome, comme une affection absolument distincte des conjonctivites folliculaire et papillaire qui, elles, pourraient plutôt être réunies; l'une pouvant être considérée comme la forme exagérée de l'autre. Une preuve bien topique que cette distinction est nécessaire, nous est fournie par les ophthalmologistes qui exercent dans les pays où habitent les nègres. Il est connu que les nègres sont presque absolument réfractaires au trachome, aux granulations vraies (deux ou trois cas cités ne peuvent infirmer cette conclusion), tandis qu'ils sont très prédisposés à la conjonctivite folliculaire.

La conjonctivite folliculaire est une affection de déchéance qui se voit chez les enfants chétifs, prématurés, à la suite d'ophthalmies longues, ou qui naît chronique d'emblée dans certaines conditions défectueuses d'hygiène et surtout sous l'influence de l'encombrement. Les causes d'irritation qui agissent directement sur les yeux en favorisent puissamment l'éclosion. Elle coïncide souvent avec l'intoxication paludéenne.

La conjonctivite papillaire, forme très atténuée, si l'on veut, de la précédente, ne s'observe pas dans les mêmes conditions de déchéance organique, mais simplement à la rigueur chez des individus dont l'état des fonctions de nutrition et surtout des fonctions digestives laisse à désirer. Cette variété de granulations fausses est surtout en rapport avec des excitations directes, agissant seules ou combinées avec l'anémie, la dyspepsie, sur l'organe de la vision ; nous rappelons l'action des vapeurs et des poussières, l'effet des différentes variétés d'amétropie, de l'hypermétropie surtout, du travail à la lumière artificielle, au gaz, enfin l'usage prolongé de certains collyres.

Ces deux formes de granulations fausses, en dehors d'états aigus occasionnés par une infection étrangère et surajoutée, ne sont pas contagieuses, pas transmissibles, pas virulentes.

Et c'est là ce qui sépare profondément les granulations fausses, folliculaire et papillaire, des granulations vraies, du trachome.

On a dit que le trachome était la maladie des pauvres et le fait est vrai, en ce sens que le trachome ne se développe facilement, lui aussi, que dans des conditions de l'hygiène la plus défectueuse, dans les maisons ouvrières mal aérées, dans les habitations de paysans humides, sans lumière et encombrées d'individus et d'animaux vivant pêle-mêle ; les scrofuleux des couches sociales misérables payent au trachome le principal tribut.

Mais si ces conditions sont extrêmement favorables au développement du trachome, comme aussi l'altitude et les conditions telluriques du pays, il n'en reste pas moins vrai que la cause efficiente et principale du trachome est la contagion. La contagion est directement liée à la sécrétion et c'est par un contact plus ou moins direct que la maladie granuleuse se répand dans les quartiers populeux d'une ville, parmi les encombrements de la classe pauvre. En Égypte, les mouches posées en grand nombre au bord des paupières des indigènes étendus au soleil, et passant de l'un à l'autre, constituent un des agents les plus actifs de la transmission.

Au point de vue étiologique donc, les granulations vraies se distinguent des autres par ce fait qu'elles sont virulentes et contagieuses.

L'*anatomie pathologique*, la *structure* des granulations fournissent de cette différence des preuves aussi marquées. La différence capitale réside dans ce fait que les granulations folliculaires consistent essentiellement dans l'hypertrophie du tissu adénoïde sous-conjonctival, tandis que les granulations vraies sont constituées par une hyperplasie des corpuscules fixes du tissu conjonctif. Dans le premier, il y a hypertrophie simple, dans le second, il y a formation d'une néoplasie véritable. Il en résulte que la différence entre le follicule et la granulation est la même que celle qui distingue l'œdème inflammatoire d'une tumeur solide.

Le stroma sous-conjonctival, en effet, surtout au niveau des culs-de-sac, est riche en tissu adénoïde, on a dit même en follicules clos ; c'est l'hypertrophie de ce tissu qui donne les granulations folliculaires. C'est la formation, au centre de ce même tissu, de noyaux embryo-plastiques, qui forme les granulations vraies. Cette néoplasie granuleuse a pour caractère de ne point se limiter à la couche sous-muqueuse, mais d'envahir l'épaisseur du cartilage tarse. Aussi ce dernier est-il intéressé, lorsque l'affection, arrivée à son dernier stade, tend à la régression. A ce moment, le tissu granuleux se transforme en tissu fibreux cicatriciel, comme toutes les formations embryo-plastiques, et cette transformation entraîne une rétraction toujours très marquée des paupières. C'est là, peut-être, ce qui sépare le plus profondément le follicule de la granulation : les follicules disparaissent, se résorbent, les granulations se cicatrisent. Les conjonctivites folliculaires ne laissent point de traces après elles; les granulations sont toujours suivies de cette période de rétraction, de recroquevillement des paupières, qu'on appelle le trachome.

Peut-être pourra-t-on plus tard trouver, dans l'étude de la microbiologie, des éléments particuliers et positifs de diagnostic entre les granulations et les follicules de la conjonctive, mais à l'heure présente, la question n'a pas encore rencontré sa solution définitive. Sattler, dans la sécrétion des granuleux, a découvert un micrococque qui serait plus petit que le gonocoque ordinaire (ceci va déjà à l'encontre de l'unification de cette affection avec la blennorrhée) ; Koch et Kartulis ont décrit, il est vrai, le microbe des granulations égyptiennes comme étant semblable au gonocoque, mais Michel, Goldschmidt, Schmidt Rimpler l'ont donné comme un diplocoque très nettement reconnaissable. D'autres auteurs, et en particulier Noiszewski, dans un travail récent (1), ont trouvé dans le trachome des micro-organismes rappelant le microsporon furfur. Ce qui résulte de cet ensemble contradictoire de faits, c'est que le principe contagieux du trachome est encore à trouver, car les préparations des auteurs ne sont point concordantes d'une part et, d'autre part, la reproduction expérimentale des granulations n'a jamais pu être réalisée exactement. En tous cas, le trachome, par son caractère virulent, ne saurait être mis dans la même catégorie que les granulations folliculaires qui ne sont contagieuses que lorsqu'une poussée aiguë est venue apporter à la maladie un élément infectieux nouveau.

Les *symptômes* des granulations vraies et des granulations fausses, étant à peu près les mêmes sur quelques points, ont, plus que tout le reste, permis à la confusion de s'éta-

(1) Noiszewski. *Centralbl. f. Augenh.*, mars 1891.

blir; cependant les différences existent, et visibles pour un observateur attentif et exercé.

Dans la forme d'abord. La granulation a essentiellement une conformation arrondie, tandis que le follicule affecte une forme ovalaire, à long axe couché, le plus souvent. Les follicules se succèdent en traînées linéaires, séparées les unes des autres par des plis conjonctivaux. La granulation papillaire ne se distingue pas moins nettement de la granulation vraie, en ce sens que ces hypertrophies papillaires constituent des sortes de villosités vasculaires plus longues que larges.

Les granulations vraies et fausses présentent aussi des différences au point de vue de la coloration. La forme papillaire se distingue fortement des deux autres par une teinte carminée plus ou moins vive, due aux éléments vasculaires qui remplissent la production papillaire. Les granulations, au contraire, affectent une coloration gris jaunâtre ou gris rosé, mais toujours avec une teinte opaline très évidente. la confusion de la granulation avec le follicule est plus facile qu'avec la forme papillaire, car le follicule revêt, comme la granulation, une couleur gris jaunâtre ou gris rosé et un aspect semi-transparent. Toutefois, la coloration rose est plutôt le propre des granulations vraies que des granulations folliculaires qui sont, le plus souvent, semi-transparentes.

Enfin l'emplacement particulier de ces productions granuleuses joue un rôle important dans le diagnostic de l'espèce, ainsi que nous l'avons déjà signalé au début de cette Revue.

Le siège de prédilection pour les granulations vraies est le cul-de-sac palpébral supérieur et, pour les follicules, le cul-de-sac inférieur; les granulations papillaires s'observent uniquement au cul-de-sac inférieur et aux deux angles de la paupière supérieure.

De plus, les granulations vraies peuvent naître par groupes isolés sur une même paupière et laissent, entre chacun d'eux, une certaine portion de conjonctive saine; les follicules envahissent toujours la totalité du cul-de-sac et l'irritation conjonctivale concomitante s'étend à la portion de la muqueuse qui recouvre les tarses.

Enfin dans les états granuleux très accentués, on peut voir naître des granulations jusque sur la conjonctive bulbaire et au bord même de la cornée; les formes folliculaire et papillaire restent toujours cantonnées aux culs-de-sac ou tout au moins à la portion palpébrale de la conjonctive.

Dans les granulations vraies infectieuses, la réaction conjonctivale des parties voisines de la granulation est parfois assez faible pour passer presque inaperçue; elle existe toujours un peu cependant; dans la forme folliculaire, la conjonctive environnante est toujours enflammée et souvent à un haut degré; dans la forme papillaire, elle l'est fort peu et, quelquefois même, la réaction conjonctivale s'y montre nulle.

Au point de vue des *complications*, il existe des différences très tranchées entre les granulations vraies, les follicules et les granulations papillaires.

Les granulations vraies, par les formations cicatricielles qui s'ensuivent, portent toujours atteinte à l'intégrité de la paupière, et cette région se trouve même, chez les vieux granuleux, altérée profondément dans toutes ses parties. Conjointement, le globe oculaire lui-même et la cornée spécialement est le siège de lésions types, caractéristiques du trachome.

A l'encontre de ce type altérant, la conjonctivite papillaire n'entraîne jamais à sa suite de complications palpébrales ni oculaires, et les follicules de la conjonctive, tenant le milieu entre ces deux états, ne sont suivis de complications oculaires que sous une forme particulière, lorsque la conjonctivite folliculaire prend un caractère aigu.

En résumé, les complications oculaires sont constantes dans le trachome, inconstantes dans la conjonctivite folliculaire; elles ne se produisent pas dans la conjonctivite papillaire.

Le genre des complications lui-même permet de distinguer nettement les granulations vraies de la conjonctivite folliculaire.

A toutes les périodes du trachome et à tous les états de la maladie, des complications existent du côté de la cornée, des paupières ou des deux à la fois.

Au début de l'affection, alors que les paupières n'ont pas encore subi la déformation due au recroquevillement du cartilage tarse, que les granulations sont à l'état floride, on voit se produire, à la surface de la cornée, une kératite vasculaire, dite panneuse, surtout prononcée vers le tiers supérieur de cette membrane, au lieu où elle se trouve en contact avec la paupière supérieure chargée de granulations.

Cette kératite panneuse supérieure est une lésion cornéenne caractéristique, spécifique des granulations vraies.

Le pannus granuleux peut s'étendre parfois à la totalité de la cornée, quand les granulations ont envahi elles-mêmes la totalité de la conjonctive palpébrale et rempli les deux culs-de-sac.

Rarement, sauf en cas de granulations aiguës greffées d'ophthalmie purulente, la kératite vasculaire devient ulcéreuse; mais même avec cette modification, le pannus, c'est-à-dire le développement anormal de vaisseaux à la surface de la cornée, domine toute la scène.

Les granulations anciennes, les lésions du trachome, quand elles ont amené le recroquevillement du tarse, l'ectropion du bord des paupières, c'est-à-dire quand elles ont causé les pires désordres du côté des paupières, donnent encore lieu à la formation du pannus granuleux de la cornée; mais, à ce moment, il n'est pas rare de voir s'établir, du côté de la conjonctive, une autre complication, très grave, et qui se caractérise par l'établissement de brides cicatricielles reliant plus ou moins étroitement la conjonctive bulbaire à la conjonctive palpébrale; c'est le symblépharon granuleux, dont la limite extrême est la soudure intime de la paupière au globe de l'œil. A ce degré, les paupières sont de toutes parts adhérentes au globe oculaire, dont le centre cornéen reste à découvert et desséché par le contact perpétuel de l'air extérieur. Cet état prend alors le nom particulier de xérosis ou de xérophthalmie (dessèchement de l'œil) et il est tellement particulier que l'on a l'habitude de le décrire à part, bien que son existence soit liée très étroitement à l'évolution des lésions granuleuses.

A côté de ces complications constantes, progressives, la conjonctivite folliculaire ne nous offre que peu de chose. Avec les follicules simples, chroniques, il ne se produit pour ainsi dire pas de complications cornéennes, à peine une injection vasculaire péri-kératique tendant parfois à envahir le territoire de la cornée. On voit survenir des lésions cornéennes véritables lorsque la conjonctivite folliculaire chronique devient la conjonctivite folliculaire

aiguë, le catarrhe infectant dont les épidémies eurent des suites si navrantes aux premières années de ce siècle et qui mérita le nom qu'il a encore de « redoutable ophthalmie des armées ». Dans ces conditions, il se produit, et très rapidement, des lésions cornéennes, les mêmes que celles qui se voient dans l'ophthalmie blennorrhagique aiguë et qui consistent essentiellement en des ulcérations de la cornée tendant à la perforation.

Ces ulcérations, ou abcès ulcérés de la cornée, se produisent en dehors de tout état vasculaire de la membrane cornéenne et c'est là le point capital qui distingue la granulation du follicule au point de vue des complications.

La complication du trachome c'est le pannus cornéen qui est constant ; celle du follicule est l'ulcération progressive de la cornée, qui ne se produit pas dans tous les états de la maladie.

V

Traitement. — Enfin, si rien ne permettait de distinguer les granulations vraies des follicules ou de la conjonctivite papillaire, il suffirait de mettre en regard les uns des autres les traitements qui leur sont généralement opposés, pour se convaincre de l'étendue des différences qui séparent ces affections.

Le traitement des granulations véritables, du trachome, comprend deux parts distinctes : la prophylaxie et le traitement proprement dit.

Comme la maladie est éminemment transmissible et contagieuse, on s'efforcera d'en diminuer la dissémination par l'isolement et par des mesures antiseptiques, prises dans leur entourage. De plus, cette affection sévit à l'ordinaire dans des milieux insalubres où les individus se trouvent entassés en nn nombre considérable. C'est l'amélioration des locaux, suivant les règles modernes de l'hygiène, qui devra suffire à remplir ce desideratum. Sous le rapport de l'aération, les constructions actuelles des lycées et des casernes ne laissent que peu de chose à désirer.

Enfin, on sait encore que le trachome s'attaque de préférence, et pour la même raison que précédemment, aux familles éprouvées par la scrofule et la misère physiologique : aux soins généraux, au traitement tonique approprié de venir diminuer la réceptivité morbide créée par un état général défectueux.

Le traitement tonique des granulations se résume en des cautérisations répétées de la surface granuleuse de la conjonctive. Diverses substances caustiques ont été tour à tour essayées et préconisées contre les granulations : l'acide chromique, le nitrate d'argent, l'acétate de plomb, le sulfate de cuivre. C'est cette dernière substance qui, en fin de compte, donne les meilleurs résultats. Le nitrate d'argent, en effet, après un usage prolongé, donne à la conjonctive une teinte noire, fort désagréable à voir ; l'acétate de plomb compte encore de chauds partisans, mais l'application en est délicate et il n'est pas rare de voir survenir, du côté de la cornée, des incrustations métalliques, indélébiles, de sels de plomb.

La cautérisation des granulations se fait donc le plus communément avec le sulfate de cuivre, et cette pratique est un retour, en somme, à celle des Anciens, qui employaient en pareil cas l'onguent vert ægyptiac à base de cuivre. Aujourd'hui, on se sert du sulfate de cuivre en cristal taillé en pointe et passé doucement sur les granulations, ou encore de la solution suivante étalée quotidiennement sur la conjonctive avec un pinceau :

Glycérine	8 grammes.
Sulfate de cuivre	1 —

La pratique de ces cautérisations doit être soigneusement faite et l'on doit s'appliquer surtout à retourner très complètement les paupières de manière à atteindre toute la surface granuleuse ; elle suffit à amener la guérison dans un grand nombre de cas.

Souvent, toutefois, le trachome se montre rebelle aux seules cautérisations de sulfate de cuivre, ou bien la quantité des granulations existantes laisse préjuger d'un temps excessivement long avant que la guérison puisse être obtenue ; dans ces deux circonstances, on a cherché le salut du côté de l'action chirurgicale pure.

La plus simple de ces actions chirurgicales, qui est renouvelée des Anciens également, est le massage direct des masses granuleuses. Les paupières sont retournées et le doigt nu ou armé d'un linge (après cocaïnisation de l'œil) exerce un massage progressif à la surface des granulations. Les Anciens se servaient, pour cet usage, des feuilles sèches du figuier. Aujourd'hui, on ajoute, à l'effet mécanique de massage, un effet topique antiseptique ou médicamenteux ; le massage est effectué, soit à l'aide de poudre d'acide borique, soit avec la pommade au précipité jaune.

Cette pratique du massage n'est pas à négliger, mais elle n'améliore la maladie qu'avec lenteur, et elle demande à être combinée avec les cautérisations au cuivre ; les deux méthodes peuvent alterner de temps à autre.

On a cherché, dans le cas où les granulations sont rebelles ou volumineuses, à en finir rapidement par une action chirurgicale radicale.

C'est ainsi que, depuis de longues années, M. Galezowski préconise l'excision complète du cul-de-sac conjonctival et des granulations qui le recouvrent ; d'autres ont cherché à détruire le tissu granuleux avec le cautère actuel.

Plus dernièrement, Sattler, considérant la granulation comme constituée par une infiltration néoplasique sous-muqueuse, a rajeuni ces divers procédés en imaginant l'opération suivante, laquelle a été reprise en France par M. Abadie : il retourne entièrement les deux paupières après une anesthésie profonde au chloroforme et avec un scarificateur traçant des sillons profonds jusqu'à la couche sous-muqueuse de la conjonctive, il met à nu le tissu granuleux comme le passage de la charrue ouvre le sillon. Ensuite, avec une brosse à dents dure, chargée d'une solution caustique de sublimé à 1 p. 100, il frotte les granulations ainsi découvertes jusqu'à les enlever. Après la chute des symptômes réactionnels, il a été observé, avec cette opération, quelques résultats heureux. En tous cas, cette intervention pourra, dans les cas rebelles, servir d'intermède aux cautérisations et favoriser la reprise du traitement ordinaire au sulfate de cuivre ; c'est le mérite le plus clair de tous les moyens de traitement qui ont été préconisés contre les granulations.

Quand les granulations de l'état chronique passent à l'état aigu, le meilleur traitement consiste dans des irrigations antiseptiques, froides ou glacées, de sublimé sans alcool à 1 p. 10000, et dans des applications réfrigérantes de compresses imbibées de la même solution. On attendra le retour de l'état chronique pour reprendre le traitement substitutif.

Le cadre de cette Revue ne nous permet pas d'envisager les traitements opératoires complexes, applicables aux complications palpébrales, qui sont la suite ordinaire du trachome; mais les complications cornéennes ne peuvent être passées sous silence.

Contre le pannus granuleux il suffira, dans les cas légers, de prescrire l'atropine et les massages à la pommade jaune, sans cesser les cautérisations au sulfate de cuivre, qui, par la diminution qu'elles entraînent dans le volume des granulations, ont encore l'effet le plus direct sur la kératite vasculaire. En même temps, on conseillera aux malades l'application de compresses antiseptiques chaudes.

Si le pannus est plus épais, il offre l'état de pannus crassus ou sarcomateux, les simples massages demeurent insuffisants. C'est dans ces cas que l'on avait été conduit à inoculer, dans les yeux atteints, du pus virulent de gonorrhée aiguë, dans le but de provoquer l'éclosion d'une ophthalmie blennorrhagique aiguë, chargée de balayer la surcharge vasculaire de la cornée.

Cette pratique, outre ses côtés répugnants, offrait le gros danger de procurer une ophthalmie peu aisée à restreindre dans ses proportions; la découverte du jéquirity a permis de lui substituer l'ophthalmie jéquiritique, plus maniable et plus propre. Les graines concassées du jéquirity sont préparées en macération froide et le liquide de la macération est versé dans l'œil à l'aide d'une petite éponge ou d'un pinceau. Le lendemain se développe une ophthalmie dont on a pu préparer la violence en répétant un nombre de fois variable le badigeonnage au jéquirity. La réaction aiguë de l'ophthalmie débarbouille la cornée de son revêtement vasculaire et s'attaque en même temps aux granulations pour en diminuer le volume.

Après une vogue exagérée qui avait fait considérer l'emploi du jéquirity comme le traitement par excellence des granulations, sous toutes formes, ce médicament a été injustement abandonné; on doit le conserver pour les cas de pannus granuleux épais, et aussi dans certaines formes de granulations coriaces ou rebelles, pour préparer toujours le terrain aux cautérisations par le sulfate de cuivre.

Le traitement des granulations vraies ou de leurs complications est, on le voit, très spécial; il est très différent de celui de la conjonctivite folliculaire et surtout de la conjonctivite papillaire.

La conjonctivite folliculaire, qui succède le plus souvent à une ophthalmie aiguë de forme plus ou moins longue ou bâtarde et qui s'observe aussi, comme les granulations, dans des conditions défectueuses d'hygiène ou d'encombrement, sera prévenue par des mesures prophylactiques analogues à celles qui conviennent aux granuleux. Mais le traitement topique est ici tout différent. On sait que l'essence même de la conjonctivite folliculaire est de donner lieu à une forte réaction conjonctivale et à une sécrétion muqueuse ou muco-purulente plus ou moins abondante. Si cette sécrétion est minime on conseillera, outre les lavages antiseptiques au sublimé, les instillations quotidiennes au nitrate d'argent à 1 p. 100 ou 1/2 p. 100; si la sécrétion est franchement muco-purulente et surtout si elle est abondante, on adjoindra à ce collyre quelques gouttes de laudanum de Rousseau. L'opium a une action très nette sur la sécrétion du pus et en particulier sur la conjonctive : c'est l'emploi de ce collyre combiné, renouvelé de celui de Follin, qui nous a donné les meilleurs résultats dans le cas de conjonctivite folliculaire.

La conjonctivite papillaire demande, pour être traitée, une connaissance exacte des causes qui l'ont fait naître; le traitement topique, si efficace qu'il soit, reste impuissant s'il n'est appuyé du traitement étiologique.

On recherchera donc dans les influences extérieures : effets de vapeurs irritantes, poussières, fumées, etc., les causes possibles de cette conjonctivite, pour engager le malade à cesser toute occupation lui pouvant nuire. Parfois le travail prolongé à la lumière artificielle, surtout du gaz, ne pourra être supporté; on en atténuera les effets en faisant porter au malade des lunettes fumées ou bleues. Beaucoup de garçons de café sont dans ce cas, et comme ils ne peuvent porter de lunettes, ils sont astreints à changer de profession.

Le développement de la conjonctivite papillaire peut être dû à un état général particulier du sujet, anémie ou dyspepsie; il est à peine besoin d'insister sur la nécessité d'un traitement particulier.

Enfin, ce qui est le cas le plus fréquent, la conjonctivite papillaire est l'effet direct d'une fatigue de l'œil lui-même, fatigue qui tient à une disposition défectueuse de la dioptrique oculaire, que l'œil soit hypermétrope, astigmate ou même myope. Dans chacun de ces cas, le travail intime du muscle ciliaire est dérangé dans son équilibre, et il en résulte une irritation concomitante des parties voisines dont la traduction est la formation de la conjonctivite papillaire. Le remède principal à cet état de choses est le port des verres appropriés, et c'est affaire à l'ophthalmologiste d'en faire la détermination exacte.

En dehors de ces divers traitements étiologiques nécessaires, il est un traitement topique excellent de la conjonctivite papillaire et qui consiste dans l'attouchement des petites granulations fines qui remplissent le cul-de-sac inférieur à l'aide d'un cristal d'alun pur. Cette cautérisation sera répétée tous les deux jours.

L'alun pour la conjonctivite papillaire, le nitrate d'argent pour les follicules et le cuivre pour le trachome, on voit que ces différentes variétés de granulations ne se laissent pas plus confondre au point de vue de la thérapeutique qu'à celui de l'étiologie, des symptômes et des complications.

Et, pour rappeler l'expression de Schmidt Rimpler dans son travail sur le même sujet, au Congrès international de Berlin, quand bien même les granulations véritables et la conjonctivite folliculaire se confondraient dans leurs origines et leurs symptômes, il n'en reste pas moins vrai que leur séparation est absolument légitime et nécessaire à la chirurgie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Gérard, pharmacien de première classe, est chargé des fonctions d'agrégé (pharmacie et matière médicale).

— *École de médecine d'Angers.* — M. le docteur Mullois est nommé chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Moreau, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Biard a été élu conseiller général pour le canton de Miradoux.

— La question posée pour 1892, pour le prix de l'hygiène de l'enfance (1000 francs), est : « Prophylaxie de la syphilis dans

l'allaitement. » Les mémoires devront être adressés à l'Académie de médecine avant le 1er mars 1892, terme de rigueur.

Notice sur les propriétés et les applications du chlorure de méthyle, par BRIGONNET et NAVILLE. 1 broch. in-8° de 15 p. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Magnésie Roy, sel purgatif alcalin, dépuratif chimique.
Sinapisme Rigollot — Exiger la signature sur chaque feuille.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*, 2 ou 3 à chaque repas.
Contrexéville-Pavillon — Goutte, gravelle, diabète, voies urinres.
Constipation — *Poudre laxative de Vichy.*
Anti-Asthmatiques Barral — *Papier* et *Cigares*. Efficacité constante contre les *accès d'asthme* et contre la *toux* causée par *les affections diverses des voies respiratoires.*

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 73. — MARDI 23 JUIN 1891. 64e ANNÉE. MARDI 23 JUIN 1891. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE. Évacuation, par un même malade et en une fois, de vingt-cinq tænias. — Note sur le retard du pouls carotidien dans l'insuffisance aortique. — REVUE DE LA PRESSE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — INSTRUMENTS ET APPAREILS. Siphon vide-bouteille du docteur Budin. — Congrès annuel des aliénistes de France et des pays de langue française. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 22 juin 1891.

Les officiers de santé répondent à une nécessité de la pratique médicale. Il existe, dans beaucoup de nos départements, de petites agglomérations de maisons, formant à peine des villages. La ville la plus proche est encore éloignée; les honoraires du médecin qui doit se déplacer sont relativement élevés et la population est pauvre. Il en résulte que, si dans l'avenir le titre de docteur est obligatoire, toutes ces petites bourgades seront complètement privées de médecin.

Lorsqu'un jeune homme a passé huit à neuf années dans un lycée, puis, pendant cinq ou six ans, a suivi les cours d'une Faculté; lorsqu'à force de travail, d'études et de dépenses, il est arrivé à acquérir le titre de docteur, il doit pouvoir espérer une légitime rémunération de ses peines. Or, dans nombre de villages, le médecin parvient à peine à vivre de l'exercice de sa profession. Il en résulte qu'aucun docteur n'établira sa résidence dans un endroit où il se sait d'avance condamné à végéter médiocrement, sans aucun espoir d'améliorer un jour sa situation.

L'officier de santé peut se convenir là où le docteur ne saurait exister. Ses études secondaires ont à peine duré deux à trois ans, ses études médicales sont de trois à quatre années; elles ont lieu, la plupart du temps, dans une ville de province, où l'aspirant à l'officiat trouve la vie à bon compte, souvent même chez des parents. Le titre d'officier de santé représente donc une dépense de temps et une mise de fonds bien moins considérable que le titre de docteur et celui qui le possède peut se contenter d'honoraires moins élevés.

Mais l'existence de ces deux classes de médecins pratiquants a, sans doute, choqué l'esprit égalitaire de nos représentants, et, à l'avenir, tout le monde, riche comme pauvre, sera soigné par un docteur.

Sans doute, la chose est théoriquement belle, mais pratiquement, elle est détestable. En rendant le docteur obligatoire, on prive purement et simplement de soins médicaux toute une catégorie d'habitants.

L'officier de santé est indispensable dans de certaines régions de la France; mais la loi qui, jusqu'ici, a réglementé l'officiat, a besoin d'être largement modifiée. Deux points nous paraissent devoir être étudiés à nouveau par le législateur : 1° la répartition des officiers de santé dans les départements; 2° leur instruction médicale.

Praticien modeste, à besoins restreints, l'officier de santé a été créé pour résider en certains centres peu fortunés qui, privés de docteur, seraient sans lui dénués de tous soins médicaux. Aussi l'officier de santé ne devrait-il pouvoir s'établir que dans certains endroits nettement spécifiés, par exemple, dans les campagnes et jamais dans un centre dépassant 3 ou 4000 habitants. A Paris, il y a près de cent officiers de santé, *officiellement* reconnus; nous n'exagérons rien en disant qu'il y en a bien cent autres qui exercent sous le titre de docteur. Or, qu'est-il besoin d'officiers de santé à Paris et dans les grands centres? Les pauvres ont les médecins du bureau de bienfaisance, les hôpitaux, l'Assistance publique. Les pauvres des campagnes n'ont rien de toùt cela, supprimer l'officier de santé c'est les condamner au rebouteur.

La nouvelle loi, qui doit régler l'exercice de la médecine, ferait donc bien de modifier le recrutement des officiers de santé, et, au lieu de donner un diplôme ne permettant d'exercer que dans un département déterminé et non dans le voisin, on agirait plus sagement en laissant l'officier de santé s'établir dans la région qu'il choisirait, mais exclusivement dans les campagnes.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. DU CAZAL.

Évacuation, par un même malade et en une fois, de vingt-cinq tænias.

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.)

Les cas sont fréquents dans lesquels on a vu des malades rendre trois et quatre tænias à la fois. Ceux dans lesquels on a constaté l'évacuation simultanée d'un plus grand nombre de ces parasites sont, au contraire, assez peu communs.

Dans un mémoire très important sur les tænias, présenté à la Société médicale des hôpitaux en 1876, M. le professeur Laboulbène dit « qu'un pharmacien militaire, M. Leprieur, lui a affirmé avoir compté seize tænias rendus par son fils après un séjour en Algérie ».

Tous les médecins connaissent l'observation de Gervais et Van Beneden, qui virent un malade en évacuer quarante et un. Ce dernier chiffre n'a, du reste, pas été dépassé.

En 1881, M. Richard a présenté, également à la Société des médecins des hôpitaux, l'observation d'un malade qui avait rendu vingt-sept têtes de tænias.

En 1885, enfin, notre collègue, M. Laveran, a rapporté, dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, un cas dans lequel il constata la présence de vingt-deux têtes.

Ces faits ne sont donc pas absolument exceptionnels; il m'a semblé cependant qu'ils étaient encore assez rares pour mériter d'être signalés lorsqu'ils se présentent. C'est à ce titre que j'ai cru devoir rapporter l'observation suivante :

M. T..., âgé de trente et un ans, lieutenant d'infanterie de marine, a huit frères ou sœurs, tous très bien portants; lui-même a toujours été très bien portant et très robuste jusqu'à son départ pour le Tonkin, où il a fait deux séjours : de 1884 à 1887 et de 1888 à 1890.

Lors de son premier séjour dans notre colonie, M. T... eut des accès pernicieux de fièvre paludéenne, la dysentérie et, de plus, contracta le tænia. Il rendait de grandes quantités d'anneaux; ses selles, nous dit-il, étaient composées, pour moitié, de morceaux de tænias, quelquefois très longs, et toujours très mobiles.

On fit une tentative d'évacuation qui échoua. Peu de temps après, le malade rentra en France, et, pendant toute la durée de son séjour dans la mère patrie, il ne rendit pas un seul anneau et se crut à jamais débarrassé de son hôte. Mais cette illusion ne dura guère, et à peine fut-il de retour dans la colonie que ces évacuations alvines présentèrent de nouveau de longs et abondants fragments de ver rubané, soit qu'il ait été victime d'une nouvelle infection, soit, comme le croit M. T..., que le ver solitaire ait retrouvé, sous ce climat, les conditions nécessaires au retour de sa pleine activité.

Deux nouvelles tentatives d'évacuation furent faites, à trois ou quatre mois d'intervalle, sans plus de résultat que la première fois.

Le malade rentre en France pour la seconde fois et constate le même phénomène qu'à sa première rentrée, c'est-à-dire la disparition complète des anneaux de tænia.

Il entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 1er avril, pour fièvres intermittentes et dyspepsie. A ce moment, il ne nous parle même pas de son tænia, dont il se croit encore une fois débarrassé. Mais, dans les premiers jours de mai, et alors qu'il se disposait à quitter l'hôpital, il voit réapparaître des anneaux dans ses selles, mais peu abondants.

Le 9 mai, le malade est mis à la diète lactée. Le 10, au matin, il absorbe 6 grammes d'huile éthérée de fougère mâle en douze capsules, et, une demi-heure après la dernière capsule, il prend 60 grammes d'huile de ricin.

Environ deux heures après la prise du purgatif, il est sollicité par le besoin d'aller à la garde-robe et rend, en une fois, un énorme peloton de tænia.

Celui-ci est, par des lavages successifs, séparé des matières fécales; il est impossible de le mesurer, parce qu'il forme une masse composée de nombreux fragments enchevêtrés; mais ceux-ci représentent certainement une longueur exceptionnelle.

En recherchant si la tête a été rendue, nous constatons avec étonnement la présence de plusieurs vers terminés par des têtes très distinctes, et la recherche de celles-ci nous permet d'en compter jusqu'à vingt-cinq. Ce sont des têtes de tænia inerme, dont les ventouses sont facilement visibles à la loupe et surtout à un examen microscopique.

Dans les jours qui ont suivi cette évacuation, le malade n'a plus rendu d'anneaux et nous dit qu'il se sent considérablement soulagé; remarquons cependant que cette famille de tænias ne produisait chez lui que des désordres bien peu considérables, puisque, tant qu'il ne vit pas réapparaître les anneaux à l'extérieur, il put croire à la disparition de l'animal lui-même.

NOTE SUR LE RETARD DU POULS CAROTIDIEN
DANS L'INSUFFISANCE AORTIQUE

Par le docteur Gaston Lyon,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté.

Le retard du pouls chez les aortiques a été signalé, en 1831, par Marc Despine, et, en 1837, par Henderson qui ne connaissait pas les recherches françaises. Henderson rencontra cinq cas où l'intervalle entre la contraction du cœur et le pouls des artères périphériques était assez considérable pour que la pulsation radiale alternât avec la systole ventriculaire; il attacha à ce signe une importance extrême. Nié par Aran, considéré par Requin comme purement physiologique, par Grisolle comme n'étant pas spécial à l'insuffisance aortique, le retard du pouls a été particulièrement étudié par M. le professeur Tripier [de Lyon (1)]. M. Tripier chercha à constater le retard, en un point du système circulatoire très rapproché du cœur, sur la carotide; il trouva ce retard dans l'insuffisance aortique et dans cette maladie seulement; il fit observer d'autre part que l'existence de ce signe indique que l'insuffisance est grave, il fait défaut, en effet, au début de la maladie, alors que l'insuffisance est peu marquée. M. Fr. Franck voulut vérifier le retard carotidien signalé par M. Tripier et formula des conclusions opposées à celles du professeur de Lyon; pour lui le retard du pouls, dans l'insuffisance aortique, est, au contraire, moindre qu'à l'état physiologique (6/100 de seconde au lieu de 9/100); M. Rivals, dans une thèse soutenue à Bordeaux (1883), se rangea à l'opinion de M. Franck; pour M. Rivals « la diminution du retard du pouls est exagérée dans l'insuffisance aortique, car non seulement, dans ce cas, le retard produit par le temps nécessaire au soulèvement des sigmoïdes est supprimé, mais encore la contraction ventriculaire étant plus énergique et la pression moyenne conservée, l'ondée sanguine se trouve lancée avec une impulsion plus grande dans la circulation ».

M. Germain Roque, élève de M. Tripier, dans une thèse fort intéressante soutenue à Lyon, en 1886, a repris la question et démontré, avec preuves cliniques et physiologiques à l'appui, que le retard carotidien, signalé par M. Tripier, existe réellement, et précisé les cas où il se rencontre. Dans son travail, M. Tripier rapportait que, sur 26 observations, 14 fois il avait trouvé le retard carotidien, et que 12 fois ce retard faisait défaut; et il indiquait que, dans ce dernier cas, ou bien on a affaire à une insuffisance au début, ou bien à l'*insuffisance d'origine artérielle*. Joignant ses observations à celles de M. Tripier, M. Roque a constaté que, sur 32 cas d'insuffisance aortique avec retard carotidien, le rhumatisme était relevé 21 fois comme cause de l'affection valvulaire, et que 26 fois les malades avaient moins de 40 ans. Ainsi donc, dans la grande majorité des cas, l'insuffisance du type endocardique s'accompagne de retard carotidien. Dans 28 autres cas d'insuffisance aortique, d'origine artérielle, chez des sujets âgés de plus de quarante ans, ce retard carotidien n'a jamais pu être constaté.

Quelle est la cause du retard dans certains cas d'insuffisance et pourquoi ce signe fait-il défaut dans d'autres cas?

(1) Tripier. *Revue de médecine*, 1877.

En ce qui concerne la réponse à la première question, il faut s'en tenir à l'explication proposée par M. Tripier : « Au commencement de la systole, la première onde produite rencontre le courant sanguin en retour, dont la force est d'autant plus grande que l'insuffisance est plus prononcée, et que les parois artérielles ont une force élastique plus grande, d'où un retard plus ou moins marqué dans la vitesse de transmission de cette onde, qui s'accuse immédiatement à son entrée dans le système artériel. »

Quant à l'absence du retard chez les artério-scléreux, elle s'explique par ce fait que l'ondée sanguine se transmet avec une vitesse d'autant plus grande que le tube qui lui sert de conducteur devient moins métallique et se rapproche d'un tube rigide.

En résumé, le retard du pouls, nié par M. Fr. Franck, existe bien réellement dans l'insuffisance aortique, avec cette restriction que son existence est liée à la forme endocardique de cette affection (Tripier, Roque). C'est donc là un signe différentiel entre les deux variétés d'insuffisance qu'il est bon de connaître. Dans notre Revue sur les insuffisances aortiques (1), nous avions fait trop bon marché des recherches de M. le professeur Tripier et de M. le docteur Roque; nous nous faisons un devoir d'apporter un correctif à notre appréciation trop absolue et de tenir un compte mérité de leurs intéressants travaux.

REVUE DE LA PRESSE

Empoisonnements par l'antipyrine. — Biggs rapporte un fait d'intoxication par l'antipyrine survenu chez un malade assez robuste, âgé de trente-cinq ans, et atteint d'angine herpétique avec fièvre intense. Ce malade prit en trente heures 4 grammes d'antipyrine, par doses fractionnées données toutes les quatre heures. Les accidents toxiques portèrent surtout sur l'appareil rénal : urines verdâtres, troubles, renfermant de l'albumine, des globules rouges, des cylindres; ces modifications de l'urine qui, examinée peu auparavant, avait été trouvée tout à fait normale, semblaient bien dues à l'antipyrine. Elles persistèrent quatre jours après la cessation du médicament. Un fait digne de remarque est que le malade avait, à différentes reprises, pris de l'antipyrine pour des migraines, sans éprouver d'accidents toxiques.

Biggs signale divers autres accidents : éruptions cutanées, parésies cardiaques, troubles nerveux divers, produits par l'antipyrine. Ces accidents ont parfois apparu avec des doses de 60 centigrammes à 1 gramme. Parfois aussi, l'antipyrine avait pu être longtemps continuée à fortes doses, et tandis que la tolérance semblait parfaitemeet établie, les accidents apparaissaient brusquement, sans augmentation de la quantité de médicament prise.

Biggs pense, avec M. Huchard, que l'antipyrine est contre-indiquée toutes les fois qu'il existe une lésion rénale. C'est surtout quand une affection fébrile (pneumonie, fièvre typhoïde) survient chez des malades atteints de néphrite ou se complique elle-même de néphrite, qu'il faut éviter de donner l'antipyrine à hautes doses comme antipyrétique. Les reins, surchargés déjà par l'élimination des toxines fébriles, résisteraient mal à ce surcroît de travail causé par l'élimination du médicament. D'après Drescher, l'antipyrine amènerait d'ailleurs, toujours, une diminution de la sécrétion rénale. Dans deux cas même elle aurait produit la rétention. M. Peter a rapporté, de son côté, une observation de fièvre typhoïde, où la mort paraît due à des accidents d'urémie, produits par l'antipyrine.

L'usage trop prolongé de l'antipyrine serait également dangereux. Portes croit que ce médicament, trop longtemps continué à fortes doses, peut amener des dégénérescences graisseuses du foie et des reins. Portes aurait souvent observé ces dégénérescences graisseuses. (*New-York Med. Journal.*)

Scarlatines apyrétiques. — Wertheiner rapporte, en insistant sur les hésitations que ce fait peut jeter dans le diagnostic, deux observations de scarlatine entièrement apyrétique. L'aspect de l'éruption, l'état de la langue, l'angine caractéristique ne permettaient pas de douter de la nature de l'affection. Pourtant la température maximum, atteinte par le premier malade, fut de 37°5. Le second présenta, une fois seulement, le soir du deuxième jour, une température de 38 degrés. Mais si l'apyrexie était complète, il existait une accélération du pouls; le nombre des pulsations dépassait 100 et atteignit pendant les premiers jours 116 à 120. Dans les cas où l'apyrexie ferait hésiter le diagnostic, cette accélération du pouls pourrait constituer un bon signe différentiel. (*Medical Record.*)

Des accidents qui surviennent à la suite des opérations intra-nasales. — M. Lermoyez expose les accidents auxquels peuvent donner lieu les opérations intra-nasales. Ces accidents sont de trois ordres : 1° accidents infectieux, comprenant en particulier la rhinite diffuse, les abcès sous-muqueux, la conjonctivite, l'otite moyenne, l'amygdalite, l'érysipèle; et à des degrés plus graves : la méningite et la pyohémie ; 2° accidents nerveux, migraines, vertiges, syncope, asthme, maladie de Basedow, dépression générale ; 3° accidents mécaniques, hémorrhagies nasales et rougeur permanente du nez. Assurément cette longue liste de complications ne saurait empêcher les interventions vraiment indiquées. La fréquence des complications infectieuses doit tout au moins faire comprendre la nécessité d'une stricte antisepsie, toujours difficile dans cette région. Il faut enfin éviter d'exagérer la part des réflexes d'origine nasale. M. Lermoyez rappelle les paroles de Frænkel à la section laryngologique du Congrès de Berlin : « Il faut ne se laisser amener à intervenir dans le nez que par des indications opératoires rigoureuses, ne pas aller chercher au fond des fosses nasales le remède à la céphalée urémique ou à la dyspnée cardiaque. On assurera ainsi le bien des malades et surtout la confiance du grand public médical en notre spécialité. » (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx.*)

Traitement des maladies du larynx par le cantharidate de potasse. — Heymann a essayé le cantharidate de potasse chez 27 malades atteints d'affections du larynx (phthisies laryngées, catarrhes laryngés). Les doses ont varié de 1/10 de milligr. à 4; la dose générale a été de 2/10 de milligr. en injections sous-cutanées. Ces injections, faites sur la peau du dos entre les omoplates, ont été bien tolérées; elles ont parfois déterminé certains incidents, douleur nerveuse, réaction inflammatoire, maux de tête, vertige, cuisson en urinant; mais ces accidents ont été insignifiants. Chez les malades maigres, on a été parfois forcé de faire les injections dans la région fessière, pour éviter la douleur assez vive que provoquaient les injections faites au dos. La strangurie a toujours cédé rapidement à l'administration de quelques gouttes de laudanum. Les malades ont pu suivre le traitement sans changer leur manière de vivre et sans interrompre leurs occupations.

Sur les 27 malades, 10 sont encore au début du traitement, et l'effet thérapeutique ne peut être apprécié. Les 17 autres comprennent onze phthisies laryngées. L'amélioration de la voix, du facies, de l'état général a été, chez tous, très marquée. Les crachats devinrent, dans tous les cas, plus faciles à expulser, plus liquides et plus rares; la toux se fit moins intense et moins fréquente. Avec la diminution de la toux, le sommeil devint meilleur; dans presque tous les cas, les sueurs nocturnes diminuèrent ou cessèrent complètement. A l'examen laryngoscopique, on constate une diminution progressive de la rougeur de l'infil-

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 637.

tration, un aspect bourgeonnant, puis la cicatrisation des surfaces ulcérées. Dans un cas de gravité moyenne, à la douzième injection, la guérison semblait être complète. Les six cas de laryngite catarrhale se sont, eux aussi, sauf un seul, très rapidement améliorés. Un malade, souffrant depuis plusieurs semaines, se sentit guéri six heures après l'injection, et l'examen laryngoscopique, fait le jour suivant, permit, en effet, de constater la disparition de presque tous les symptômes de la maladie. (*Archives de laryngologie.*)

Traitement de la teigne tonsurante. — Simpson recommande la préparation suivante dans le traitement de la teigne tonsurante :

Sublimé	5 centigrammes.
Collodion	30 grammes.

Pour appliquer ce collodion, on commence par faire couper les cheveux très courts, puis laver la tête au savon. Ce collodion agirait, tant par l'action directe du sublimé sur les champignons de la teigne, que par l'occlusion parfaite qu'il assure et qui prive ces champignons aérobies de l'oxygène qui leur est nécessaire. Son efficacité est plus rapide encore dans l'herpès circiné, en application sur la peau. (*Medical Record.*)

Traitement du rhumatisme musculaire. — M. le professeur Potain résume de la façon suivante, dans une clinique publiée par l'*Union médicale*, les principales indications du traitement du rhumatisme musculaire.

Le traitement de la forme aiguë du rhumatisme musculaire ne diffère pas beaucoup de celui du rhumatisme articulaire aigu; il y a analogie de nature et cela légitime l'emploi des moyens analogues. Le salicylate de soude est donc indiqué chez ces malades et donne des succès; ces derniers sont cependant moins nets que dans le rhumatisme articulaire aigu. Vous savez, en effet, que le médicament agit d'autant mieux que la forme du rhumatisme est plus aiguë et que, dans le rhumatisme articulaire chronique, il n'a plus d'action. Il en est de même dans le rhumatisme musculaire subaigu, et surtout chronique. Cependant, il y a des cas où, même dans la forme chronique, mais non fibreuse, on a obtenu des succès. Je l'ai vu agir sur des douleurs épicraniennes très douloureuses, qui avaient résisté à différentes médications. L'antipyrine peut encore être très utile dans les formes chroniques.

Bien différent en cela du rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme musculaire réclame un traitement spécial. Les ventouses scarifiées, si communément prescrites, ont une action rapide et complète plutôt par dérivation cutanée que par la petite perte sanguine qu'elles entraînent. On peut obtenir des effets identiques avec de petites scarifications qu'on ne fait pas saigner ou, comme l'a fait un empirique allemand, en frappant la peau avec un marteau garni d'aiguilles multiples et en frottant ensuite avec un peu d'huile irritante. La faradisation, qui provoque une rougeur intense de la peau, donne aussi de très bons résultats. On peut encore faire disparaître la douleur en injectant sous la peau un liquide un peu irritant, l'eau pure, par exemple, et M. le professeur Dieulafoy, alors qu'il était mon interne, a beaucoup préconisé ces injections d'eau. Elles font cesser la douleur au prix d'une douleur très vive, mais momentanée; s'il n'y a pas de douleur, il n'y a pas d'effet thérapeutique. Les premiers effets se produisent à la suite de l'injection d'un liquide quelconque pouvant causer de la douleur, tel que l'alcool et l'éther. Le rhumatisme peut encore disparaître immédiatement et radicalement, quand on fait simplement passer un courant électrique à travers une canule sans rien injecter, ce qui entraîne une douleur vive. Il faut bien savoir qu'il y a des précautions à prendre en faisant les injections d'eau. D'abord, cette dernière doit être absolument aseptique, sinon il pourra se développer des abcès. Ensuite, il faut se méfier des syncopes. Un jour, j'ai injecté à un malade, atteint d'un rhumatisme musculaire très douloureux de l'épaule, et qui désirait en être débarrassé très vite, une seringue pleine d'eau sous la peau de la région. A peine mon injection était-elle faite que le malade, qui était debout, tombait à terre sans connaissance. Cet accident n'eut pas de suites, mais vous savez qu'une syncope de ce genre pourrait être très grave chez un malade atteint d'affection cardiaque.

Les pulvérisations de chlorure de méthyle, qui ont été très vantées, ont été rendues plus faciles par le stypage, qui consiste à diriger le jet de liquide sur un tampon de coton que l'on applique ensuite sur le point révulsé. Cette pratique peut rendre des services. Tous ces traitements réussissent lorsqu'il s'agit de rhumatismes sur le point de céder, mais l'on a souvent des échecs, quand le rhumatisme appartient à la forme chronique. Alors on recourra, suivant les cas, à l'emploi de la chaleur, des douches de vapeur, du massage, des douches sulfureuses chaudes.

Le salicylate de naphtol β ou betol. — Le salicylate de naphtol β, combinaison d'acide salicylique et de naphtol β, possède un pouvoir antiseptique égal à celui du naphtol β. Il est bien toléré par l'estomac. N'ayant pas de saveur désagréable, il est bien accepté, même par les jeunes enfants. Voici quelques formules, proposées par M. Yvon, pour l'administration de cette substance :

Cachets. Salicylate de naphtol β, 50 centigrammes pour un cachet. 2 à 6 par jour.

Potion pour les enfants :

Salicylate de naphtol β. . .	1 à 2 grammes.
Sirop fleurs d'oranger . . .	30 —
Eau gommeuse.	20 —

Une cuillerée à dessert contient 25 à 50 centigrammes de salicylate de naphtol β.

Enfin le salicylate de naphtol peut se donner en cachets, en paquets, associé à la magnésie, au bicarbonate de soude, à la craie préparée, au salol, au salicylate de bismuth. (*Progrès Médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juin 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

De la craniectomie. — M. **SCHWARTZ**, à l'appui des considérations présentées dans la dernière séance par MM. Lucas-Championnière et Terrier, communique l'observation suivante : Un homme de quarante-deux ans, robuste, a fait, étant jeune, une chute sur la tempe droite, il porte une cicatrice nette, non douloureuse à la pression. Il y a dix ans, il a été atteint d'une pleurésie purulente terminée par une vomique, puis d'une rougeole. Depuis l'époque de cette pleurésie, il a des vertiges, de la céphalée, des crises d'epilepsie; celles-ci sont devenues plus fréquentes, en même temps qu'apparaissait une hémiplégie faciale gauche, avec de vives douleurs dans le côté droit de la tête, de la perte de l'intelligence et de la mémoire. Les crises épileptiques sont devenues quotidiennes; le malade bave en mangeant, est plongé parfois dans une sorte de coma; cependant, ses réflexes sont normaux. Un traitement antisyphilitique énergique reste sans résultat. Sur le côté droit de la tête, on sent comme une lamelle élastique douloureuse, mais dont la pression ne détermine pas des phénomènes de compression cérébrale. On pense qu'il s'agit d'une tumeur cérébrale ou d'un abcès. M. Schwartz fait une large trépanation au niveau du point affaibli de la voûte cranienne; la dure-mère est saine; on n'y constate aucun battement; on ne constate non plus aucune lésion apparente à la surface du cerveau; mais on sent une masse dure, profonde; M. Schwartz fait deux ponctions qui n'amènent aucun liquide. Il s'agit donc bien d'une tumeur solide, profonde, inaccessible. Ce malade est mort trois jours après avec des signes d'encéphalite diffuse.

Ce fait prouve quelles sont souvent, dans ces cas, la difficulté du diagnostic et la gravité de la trépanation même antiseptique, en présence de lésions profondes.

M. Lucas-Championnière fait observer, qu'en effet, ce fait vient à l'appui de ce qu'il a dit, savoir que, dans les cas de grosses lésions cérébrales, la trépanation était une opération grave. C'est, au contraire, une opération bénigne quand il s'agit d'un sujet porteur d'une petite lésion. Dans le fait de M. Schwartz, il était facile, d'après les symptômes, de prévoir qu'il s'agissait d'une lésion très importante.

RAPPORTS

Genu valgum. — M. Kirmisson fait un rapport sur un travail de M. Phocas (de Lille), relatif au genu valgum infantile et à son traitement.

Dans ce travail, M. Phocas s'applique à démontrer que le genu valgum est le plus souvent double, qu'il dépend d'une malformation tibiale, qu'il se rattache toujours au rachitisme et qu'il est généralement d'origine congénitale et héréditaire. M. le rapporteur admet, avec M. Phocas, que le genu valgum est le plus souvent double; mais il pense qu'il est plus souvent d'origine fémorale.

M. Phocas, à l'appui de son opinion, rapporte l'observation d'une petite fille de quatre ans, atteinte d'un double genu valgum congénital; le père et un frère de cette enfant étaient également atteints de genu valgum, un autre frère avait un bec de lièvre.

Dans un autre cas, il s'agit d'un enfant présentant une ankylose du genou dans la demi-flexion, avec un double genu valgum. M. Phocas cite plusieurs exemples analogues dans lesquels il y a ainsi coexistence du genu valgum avec d'autres déformations. Il rapporte également le cas d'une petite fille de quatre mois, atteinte d'un double genu valgum contre lequel il fit des tentatives d'ostéoclasie. Il échoua et eut recours à l'ostéotomie. La correction obtenue était bonne, mais deux jours après l'enfant eut 39 degrés. Elle avait fait, deux jours avant l'opération, une chute qui avait déterminé une petite plaie au niveau du front; elle eut successivement un petit abcès, un érysipèle et une pneumonie à laquelle elle succomba douze jours après l'opération. Enfin, M. Phocas cite un autre fait dans lequel il y avait une exostose, attribuable au rachitisme, coïncidant avec un double genu valgum.

M. Phocas admet que, dans les cas de genu valgum très prononcé, on peut avoir recours à l'ostéoclasie manuelle. Si l'os est trop dur, il faut recourir à l'ostéomie. M. Kirmisson préfère l'ostéotomie qui, dans trois cas, lui a donné les résultats les plus satisfaisants.

Hernie ombilicale avec rupture du sac chez un nouveau-né. — M. Routier fait un rapport sur une observation adressée par M. le docteur de Larabrie (de Nantes). Il s'agissait d'un enfant nouveau-né qui présentait une véritable éventration. La hernie était constituée par l'appendice iléo-cæcal, le cæcum et la terminaison de l'intestin grêle, le tout entouré d'une sorte de collerette grisâtre semblable à l'enveloppe du cordon. Il y avait des brides qui empêchaient la réduction. M. de Larabrie coupa ces brides et fit la cure radicale de cette hernie et la guérison fut obtenue. M. Routier a relevé une observation analogue dans un journal belge, mais dans cette observation on se contenta de réduire et de panser à plat. L'enfant guérit avec une fistule stercorale. M. Routier préfère la conduite tenue par M. de Larabrie.

M. Berger fait observer qu'il s'agit, dans ces cas, de hernies embryonnaires. Ces hernies sont constituées par les anses d'intestin et par la persistance du pédicule de la vésicule ombilicale. Elles sont extra-péritonéales. Il est indiqué de faire la résection des bords de ces hernies, de réduire et de réunir.

Rupture du tendon du triceps. Fractures de rotule. — M. Richelot lit un rapport sur deux communications de M. Chaput. Dans la première, il s'agit d'un homme de soixante-sept ans qui, dans une chute sur le dos, se fit une rupture du tendon du triceps. M. Chaput fit la suture primitive de ce tendon tricipital et le malade guérit.

M. Richelot cite un cas analogue dans lequel la guérison spontanée a été obtenue après une légère immobilisation.

Dans la seconde observation de M. Chaput, il s'agit d'une fracture de rotule, ayant été immobilisée pendant quarante jours, sans résultat. M. Chaput, qui vit le malade seulement après cette immobilisation, fit l'ablation du fragment supérieur et obtint un très bon résultat. M. Richelot approuve la conduite tenue, dans ce cas, par M. Chaput. Il vaut mieux, dans certains cas, enlever que réunir.

M. Marc Sée croit qu'on peut attendre, avant d'intervenir, en présence d'une rupture du tendon du triceps. Il faut tenir compte, dans ces cas, de l'abondance de l'épanchement intra-articulaire et des bons effets de la bande de caoutchouc.

M. Monod cite un cas de rupture du tendon du triceps, guérie spontanément.

M. Kirmisson dit qu'en effet on peut obtenir la cicatrisation de ces ruptures sans intervention chirurgicale, mais le degré d'écartement des fragments joue un grand rôle au point de vue du pronostic. Dans ces cas, l'arthrotomie est parfois utile pour débarrasser l'articulation des caillots, des épanchements sanguins ou séreux qu'elle contient. Aussi, cette intervention est-elle justifiée dans les fractures avec grand écartement.

M. Richelot est d'accord avec M. Marc Sée sur l'importance des gros épanchements et des grands écartements qui nécessitent une intervention, quelle qu'elle soit. Il est bon, dans ces cas, de faire la suture immédiate. Quant aux écartements secondaires, comme ils ne nuisent pas au fonctionnement du membre, il n'y a pas lieu d'intervenir.

PRÉSENTATION

Appendicite. — M. Routier présente un appendice iléo-cæcal, qu'il a enlevé sur une jeune fille de douze ans, qui avait été atteinte, à plusieurs reprises, d'accidents intestinaux graves. La malade a bien guéri.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Siphon vide-bouteille du docteur Budin

Différents appareils ont été imaginés pour permettre de faire sortir l'eau d'une bouteille, tout en la maintenant bouchée. On a, par exemple, mis deux tubes dans un bouchon en caoutchouc : un court, pour laisser passer l'eau, l'autre long, destiné à porter l'air, qui fera pression au-dessus du liquide, contenu dans le flacon renversé.

Voici ce que nous avons pensé :

1° Le tube qui doit laisser passer l'air plus fluide, n'a pas besoin d'être aussi gros que celui destiné à l'écoulement de l'eau ;

2° Si le tube à air a un calibre plus petit, et si, au lieu d'être long, il est court, quand on renversera la bouteille, l'eau tendra à le traverser, mais elle rencontrera plus d'obstacles que pour franchir le gros tube.

L'eau s'écoulera donc facilement par le gros tube, et en sortant, elle fera le vide dans la bouteille. L'eau qui a commencé à pénétrer dans le petit tube est aspirée avant d'avoir pu sortir ; elle est entraînée de dehors en dedans et de bas en haut : l'air envahit la bouteille dans le même sens, et s'élève au-dessus du liquide. Le siphon est amorcé, et l'eau coule abondamment.

Nous avons fait réaliser différents instruments en nous fondant sur ces principes :

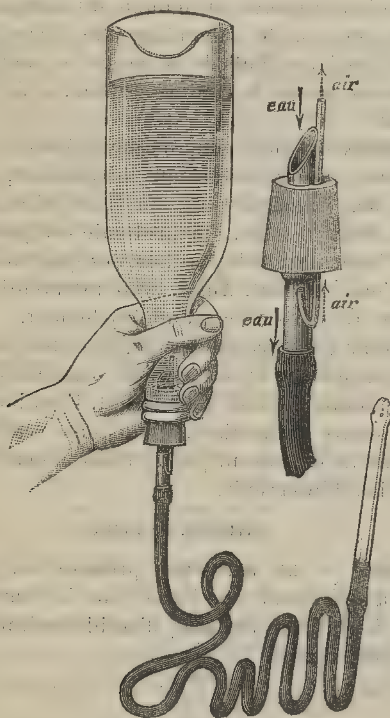
Si le tube à air est très petit, l'écoulement n'est pas considérable, et peut n'être pas suffisant.

Si ses dimensions sont, au contraire, trop grandes, l'eau le franchira vite, et il en sortira quelques gouttes avant que le siphon soit amorcé.

On peut cependant lui donner un diamètre assez notable, si on oppose, par un procédé quelconque, une résistance nouvelle à la sortie de l'air. On y parvient, par exemple, en donnant de la longueur au petit tube. Pour cela, on fait dépasser un peu le gros tube à l'intérieur de la bouteille; et à l'extérieur du bouchon, on lui imprime une courbure en faisant une anse notable.

L'air pouvant entrer en plus grande quantité, l'eau sortira plus vite.

Dans l'appareil que nous présentons, le gros tube a un calibre extérieur de 9 millimètres, celui du petit tube de 2mm7. Le bouchon en caoutchouc porte les numéros 3, 4 ou 5. La longueur totale de l'instrument est de 10 centimètres.



Si on fixe sur le conduit à eau, un tube de caoutchouc ayant une longueur de 1 mètre, un litre est vidé en 20 secondes, ce qui donne un débit de 3 litres par minute.

L'appareil est simple, peu volumineux, et par conséquent transportable, peu coûteux, nullement fragile, et facile à tenir propre.

Comme on trouve partout un litre, une bouteille ou une carafe, il est facile d'obtenir un laveur ou un injecteur avec un siphon vide-bouteille.

Il pourra rendre service aux sages-femmes et aux médecins.

L'influenza continue à faire de grands ravages à Londres. Le nombre des décès, directement attribués à cette maladie, qui a été de 319 et de 310, pendant les deux semaines précédentes, a encore été de 303 pendant la semaine qui se terminait le 6 juin. Il faut ajouter, à ces 303 cas, 52 autres dans lesquels l'influenza est survenue dans le cours d'autres maladies.

Cette mortalité a frappé particulièrement les personnes âgées; en effet, 132 cas d'influenza mortelle, c'est-à-dire 43 p. 100, se rapportaient à des personnes âgées de plus de soixante ans. Il y a eu 547 décès par affections des voies respiratoires dans la dernière semaine, plus du double de la quantité normale. Il y avait 320 cas de bronchite et 176 de pneumonie, plus du double encore du chiffre habituel. Ce sont surtout les personnes de soixante à quatre-vingts ans qui ont succombé à la bronchite. Les décès par pneumonie ont surtout été observés chez des enfants au-dessous de cinq ans. Il est vraisemblable qu'un certain nombre de ces décès, bien qu'attribués à la bronchite et à la pneumonie, étaient d'origine grippale. Dans la plupart des grandes villes de province, il y a eu un abaissement du taux excessif de la mortalité observée dans les dernières semaines; ce taux de mortalité dépassait de 50 p. 100 environ la normale dans les vingt-sept principales villes : ne croirait-on pas en lisant ces renseignements empruntés au *British Medical Journal*, retrouver un des bulletins de la santé publique à Paris et en France pendant les mois de grippe de l'hiver 1889-1890?

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite du dernier concours pour deux places de prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, M. Jonnesco a été nommé prosecteur.

MM. Chevalier, Faure et Mauclaire auront à subir une épreuve complémentaire, pour la nomination du deuxième prosecteur titulaire.

— Le Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de la langue française se tiendra, à Lyon, du lundi 3 août au samedi 8 août 1891.

Programme. — *Lundi* 3 *août*. A deux heures du soir, séance d'ouverture. — Nomination du bureau, discussion de la première question du programme (Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale).

Mardi 4 *août*. A neuf heures du matin, deuxième séance. — Discussion de la deuxième question du programme (De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs). — A deux heures, troisième séance. — Discussion de la troisième question du programme (De l'assistance des épileptiques).

Mercredi 5 *août*. Dans la matinée. Visite de l'Asile départemental des aliénés du Rhône, à Bron. — Dans l'après-midi. Visite de l'Asile des aliénés de Saint-Jean-de-Dieu et de la Faculté de médecine.

Jeudi 4 *août*. — Excursion à l'établissement d'épileptiques de la Teppe, près de Tain (Drôme); à l'aller, descente du Rhône en bateau à vapeur, retour par le chemin de fer.

Vendredi 7 *août*. A neuf heures du matin, quatrième séance. Communications et discussions sur des sujets en dehors du programme. — A deux heures du soir, cinquième et dernière séance. — Fixation du siège du prochain Congrès; communications et discussions diverses. Clôture du Congrès.

Samedi 8 *août*. — Excursion finale à l'Asile des aliénés de Saint-Robert (station de Saint-Egrève, près Grenoble); déjeuner offert par l'Administration de l'asile. — M. le docteur Dufour, médecin directeur de cet établissement, et son personnel se mettent à la disposition de MM. les membres du Congrès pour organiser des excursions à la Grande-Chartreuse et dans d'autres parties des Alpes dauphinoises.

Pendant la durée du Congrès, une soirée sera consacrée à une réception de M. le maire de Lyon à l'hôtel de ville, et une autre soirée à un banquet par souscription. Les séances se tiendront au Palais du commerce dans la salle des réunions industrielles (entrée par la place de la Bourse), où sera le siège du Congrès depuis la veille de son ouverture jusqu'à sa clôture. Jusque-là les lettres et tous autres documents devront être adressés à M. le docteur Albert Carrier, médecin des hôpitaux, 13, rue Laurencin, à Lyon. La qualité de membre du Congrès est acquise à tout docteur en médecine de France ou des pays de langue française qui verse une cotisation de 20 francs.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Damourette (de Sermaize) et Mouzard (de Paris).

Leçons de thérapeutique, par Georges Hayem, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris. 3e série : *Les Médications*. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 fr. — Paris, G. Masson.

Des tumeurs incluses dans les ligaments larges, par le docteur Charles Lassalle, interne des hôpitaux de Montpellier. Broch. gr. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Traitement de la métrite chronique par le crayon de sulfate de cuivre, par le docteur Vangeon. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

HOPITAL ANDRAL. — M. DEBOVE.

Des rapports du goître simple avec la maladie de Basedow; des faux goîtres exophthalmiques.

Par M. le docteur I. BRUHL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Tout dernièrement M. Lamy publiait, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, l'observation très complète, suivie d'autopsie, d'un malade atteint depuis vingt-cinq ans d'un goître; depuis quelques mois cette affection s'était compliquée de quelques-uns des symptômes classiques de la maladie de Basedow, en particulier de tremblement, de tachycardie transitoire; ce malade succomba à des accidents asystoliques. A l'occasion de cette communication des plus intéressantes, M. Brissaud signala deux faits analogues qu'il avait observés et qui sont consignés dans la thèse toute récente de M. Lasvènes (1).

De notre côté, nous avons pu suivre dans le service de M. le professeur Debove une malade atteinte de goître et présentant également des symptômes de la maladie de Graves. Sur le conseil de M. Debove, nous avons fait quelques recherches bibliographiques et nous avons réuni un certain nombre de faits établissant, d'une part, que cette coïncidence de goître et de maladie de Basedow n'était pas une rareté pathologique, d'autre part, que, dans quelques-uns de ces cas, la thyroïdectomie paraît avoir donné des résultats très favorables.

S'agit-il dans ces faits de la véritable maladie de Basedow? S'agit-il plutôt d'un syndrome clinique simulant cette maladie et méritant le nom de *faux goître exophthalmique?* Tel est le point que nous nous proposons de discuter.

Il nous paraît superflu de résumer les symptômes de la maladie de Graves. A la triade classique est venu s'ajouter un signe presque constant dans cette affection, le tremblement vibratoire, si spécial, dont nous devons la description à MM. Charcot et Marie. Enfin, longue serait la liste des manifestations nerveuses, motrices, sensitives, réflexes, psychiques, vaso-motrices, qu'on a observées au cours de cette maladie : leur énumération est faite d'une façon complète dans l'excellente thèse de M. Chevalier (Montpellier 1890). Cette symptomatologie si riche et si variée a permis de rapprocher cette singulière affection des autres névroses, de l'hystérie, en particulier. Cette conception, admise actuellement par la majorité des cliniciens, a donné la clef de toute une série d'associations morbides. Cependant, ce n'est là qu'une théorie très commode; et il ne faut pas nous dissimuler que la nature intime de cette affection nous échappe encore.

Avant de chercher à interpréter les faits que nous avons réunis, nous désirons rapporter *in extenso* l'observation de la malade de M. Debove. Nous devons à l'obligeance de notre collègue M. de Grandmaison, interne du service, les détails de l'histoire de la maladie.

Il s'agit d'une femme de soixante et un ans, qui est entrée le 16 mars 1891 à l'hôpital Andral pour des accidents asystoliques; depuis vingt ans, elle avait un goître de dimensions moyennes. Ses antécédents héréditaires méritent d'être rappelés avec quelques détails. Le père de la malade est mort d'accident à cinquante-quatre ans; sa mère est morte d'asystolie à soixante-quinze ans. Elle a douze frères et sœurs. Tous les membres de la famille sont des névropathes; presque tous étaient porteurs de goîtres; ils étaient originaires d'une localité des environs de Strasbourg, où le goître existe à l'état endémique.

D'après les antécédents personnels de la malade, nous sommes manifestement en présence d'une névropathe : dès l'âge de sept ans, elle était sujette à des crises d'étouffements; elle avait des terreurs nocturnes. A partir de l'âge de trente ans elle avait assez fréquemment, mais à des intervalles très irréguliers, des attaques de nerfs qui paraissent devoir être mises sur le compte de l'hystérie. En 1869, à l'âge de trente-neuf ans, elle s'aperçut que son cou commençait à grossir d'une façon lente et graduelle.

En 1870, des revers de fortune furent la cause occasionnelle d'une aggravation de son état nerveux.

La malade a toujours été bien réglée; elle n'a eu ni enfant, ni fausse-couche. A cinquante ans survient la ménopause, sans amener aucune espèce d'accident.

Il y a trois ou quatre ans, l'étrangeté et la fixité de son regard auraient frappé son entourage; c'est depuis cette époque qu'existe vraisemblablement un certain degré d'exophthalmos. Depuis deux ans seulement elle se plaint de palpitations, qui reviennent d'ordinaire sous forme de crises nocturnes. Il y a quelques mois, son goître se serait accru dans des proportions assez notables; c'est à ce moment qu'elle a éprouvé les premiers phénomènes d'insuffisance cardiaque; à l'occasion d'un effort ou d'une fatigue survenaient des accès de dyspnée; depuis deux mois, elle s'est aperçue qu'elle avait de l'œdème péri-malléolaire. Telle est la filiation des symptômes présentés par la malade. Quel est son état actuel?

C'est une femme amaigrie, presque cachectique, parlant avec difficulté. La respiration s'accompagne d'un sifflement trachéal perceptible à distance, et qui fait d'emblée songer à un rétrécissement de la trachée. La dyspnée est considérable; elle oblige la malade à garder la position assise.

Le cou est gros; on constate, à l'inspection et par la palpation, l'existence d'une tumeur du corps thyroïde, qui s'étend depuis le cartilage thyroïde jusqu'à la fourchette sternale, qu'elle ne dépasse pas par sa limite inférieure. La tuméfaction atteint d'une façon inégale les deux lobes; le lobe gauche, le plus volumineux, présente le volume du poing; le lobe droit a le volume d'un gros œuf. La tumeur est dure, manifestement solide; il n'existe aucun frémissement au niveau du goître, qui ne présente, d'ailleurs, aucun mouvement d'expansion. La peau est normale; elle est sillonnée par les veines jugulaires antérieures et externes, très distendues, et dans lesquelles on peut constater un reflux du sang.

L'exophthalmie, quoiqu'elle ne soit pas très prononcée, est indiscutable; le globe oculaire est totalement recouvert par l'occlusion des paupières.

Il n'existe aucune espèce de tremblement. Le cœur est légèrement hypertrophié; les battements sont précipités, tumultueux, difficiles à compter tant à cause de leur fréquence que de leur extrême irrégularité; l'auscultation ne permet que de constater une arythmie très grande des contractions cardiaques. Le pouls radial est petit, presque imperceptible, impossible à compter.

Il existe un œdème considérable des membres inférieurs, atteignant la racine des cuisses. L'examen de la cavité

(1) LASVÈNES. *De la maladie de Basedow développée sur un goître ancien.* Thèse de Paris, 1891.

abdominale ne nous a fourni que des résultats négatifs; le foie, en particulier, ne paraît pas déborder les fausses côtes. Les urines sont rares, foncées et contiennent des traces d'albumine. L'examen des poumons nous révèle l'existence de râles d'œdème pulmonaire.

Le diagnostic d'asystolie s'imposait; aussi la malade fut-elle soumise à un traitement digitalique; on prescrivit 30 centigrammes de poudre de digitale et on continua l'administration du médicament pendant une série de jours, jusqu'à ce qu'il se produisît des signes d'intolérance. Sous l'influence de ce traitement, on obtint une diminution notable de l'œdème des membres inférieurs, une augmentation de la quantité des urines, un ralentissement du pouls qui descendit à 124 d'abord, puis à 108, enfin, à 96; c'est le chiffre minimum que nous avons pu constater. En même temps les contractions cardiaques devinrent plus énergiques; toutefois, nous relevons toujours les mêmes irrégularités; mais il n'existait ni souffle, ni dédoublement, ni bruit de galop; le claquement des valvules aortiques présentait un timbre éclatant. Il était évident que nous avions affaire à une altération déjà avancée du myocarde.

Ce qui nous a paru très intéressant, c'est la diminution de volume du goître et la disparition presque complète de l'exophthalmie sous l'influence de ce traitement. La cachexie, cependant, fit des progrès et la malade succomba, le 23 avril, après une aggravation subite dans son état.

L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Le cadavre est amaigri; il existe encore une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire des membres inférieurs. Le goître, que nous avons énucléé, était volumineux. Le lobe gauche, plus allongé, présentait le volume du poing; le lobe droit plus large, plus étalé, mais moins haut, avait le volume d'un gros œuf de poule. La surface de la tumeur est irrégulière, légèrement bosselée. Quelques veines distendues rampaient dans le tissu cellulaire qui enveloppait la tumeur. Celle-ci, d'une dureté presque ligneuse en certains points, offrait une consistance pâteuse en d'autres. En l'incisant, on voit qu'elle est constituée par un tissu dur, manifestement fibreux, circonscrivant de petites cavités kystiques remplies de matière colloïde. Nous insistons sur l'absence de vascularisation de la tumeur; à la coupe, il ne s'est pas écoulé une seule goutte de sang. Il s'agissait donc bien d'un goître vulgaire, classique. Les nerfs pneumogastriques et récurrents ne paraissent pas comprimés; à l'œil nu, ils ont leur aspect normal; ils sont entourés d'un tissu cellulaire, dans lequel il est facile de les isoler. La trachée est aplatie d'avant en arrière, au niveau du goître; elle présente une forme presque rubanée; cet aplatissement persistait même après l'ablation de la tumeur; il était beaucoup plus marqué à gauche qu'à droite.

Le cœur présente une hypertrophie notable du ventricule gauche; le myocarde a une teinte jaune, légèrement feuille morte; à la coupe des piliers, on aperçoit des points blanchâtres, indices d'une sclérose cardiaque. Le bord libre des valvules sigmoïdes de l'aorte est légèrement épaissi. Il existe de l'athérome de l'aorte, dont on poursuit les altérations jusque dans sa portion abdominale.

Poumons : emphysémateux; congestion des bases.

Foie : petit, dur, non granuleux, pèse 950 grammes. Sur une coupe on retrouve l'aspect du foie muscade.

Rate : petite et scléreuse.

Reins : la capsule est légèrement adhérente; sur une coupe le parenchyme est congestionné et graisseux.

Les centres nerveux sont absolument sains; pas d'altérations des vaisseaux du cerveau; pas d'adhérences des méninges. Le bulbe est également sain; on constate seulement à la surface du quatrième ventricule une petite ecchymose sous-épendymaire. Nous avons pratiqué des coupes aussi rapprochées que possible de la protubérance et du bulbe; nous n'avons rien constaté d'anormal; les vaisseaux ne sont pas dilatés; il n'existe pas de piqueté hémorrhagique. L'ecchymose que nous avons signalée est sous-séreuse; elle n'intéresse pas la substance nerveuse.

M. de Grandmaison a bien voulu se charger de faire un examen histologique des diverses pièces que nous avons recueillies; mais cet examen ne nous a fourni aucun renseignement d'un intérêt spécial; aussi croyons-nous superflu d'y insister.

Cette observation nous paraît à la fois intéressante et instructive à plus d'un titre. En effet, si nous cherchons à résumer, en quelques mots, l'histoire de notre malade, nous verrons que nous sommes en présence d'une femme manifestement névropathe, qui, depuis vingt et un ans, était atteinte de goître; dix-sept ans après l'apparition de ce goître, serait survenu un léger degré d'exophthalmie; enfin, il y a deux ans, se sont montrés des accidents cardiaques, qui ont abouti à l'asystolie et à la mort.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de la glycérine solidifiée en gynécologie.

Par M. le docteur Laugrandet,

Les premières indications thérapeutiques de la glycérine visaient la constipation habituelle. Anacker ne s'était pas contenté d'établir, par des faits certains, qu'à la dose de 10 à 15 grammes, administrée en lavement (*enema*), la glycérine provoquait une évacuation prompte, complète, indolore, il avait voulu aussi expliquer le *modus agendi* en invoquant ses propriétés hydroscopiques, lesquelles augmentent l'activité de la circulation et favorisent les mouvements péristaltiques du tube intestinal.

La théorie d'Anacker a été contestée par Vamossy qui n'attribuait à la glycérine qu'un *effet mécanique*, et par Unger qui ne voyait dans son action « qu'une excitation des glandes muqueuses à une plus grande sécrétion ».

Quoi qu'il en soit, ce genre de médication a été accueilli avec une faveur toujours croissante aux États-Unis, patronnée qu'elle était par Smith (de Philadelphie), par Slocum, par Cadogan-Masterman, et par Warden qui la déclarait *la meilleure pilule du monde*.

C'est à ce moment que, pour dispenser le malade de tout instrument (grand ou petit, fixe ou mobile), Unger imagina d'administrer la glycérine en *suppositoires*, en y incorporant du savon et du *Rhamnus frangula* (Bourdaine-Nerprun).

Enfin, alors que W.-H. Morse préconisait l'emploi de la glycérine dans le pansement des plaies, Dean l'employait avec succès contre les oxyures (*Oxyuris vermicularis*), soulageant ainsi les enfants d'énervantes démangeaisons anales.

C'est au professeur Sims, l'éminent gynécologue, que revient le mérite d'avoir, le premier, utilisé les propriétés osmotiques de la glycérine, en l'appliquant directement sur la muqueuse utérine.

Sims portait, sur le col utérin, un tampon d'ouate fortement imbibé de glycérine. L'un de ses élèves préférait se servir d'une sonde en gomme élastique, recouverte de glycérine, et tenue sur place, avec des mouvements alternatifs de va-et-vient, mais, dans les deux cas, le pansement local présentait le triple inconvénient : de faire intervenir un corps étranger, cause d'irritation; de nécessiter la présence du médecin et l'emploi du spéculum.

Dans ces conditions, la généralisation de la méthode devenait très problématique.

Cependant, la substitution du suppositoire au lavement dans les cas de constipation, ne pouvait manquer d'inspirer une substitution analogue pour les affections localisées de la matrice. C'est le problème que s'est posé M. Chaumel du Planchat, et, qu'après de patientes recherches il a résolu, d'une façon heureuse et pratique, en *solidifiant la glycérine* sous forme d'*ovules* qui en permettent facilement l'introduction par la femme elle-même. Ce procédé présente ainsi deux avantages réels :

1° Il permet à la malade d'appliquer elle-même, chaque jour, un pansement en se conformant, bien entendu, aux indications formelles de son médecin.

2° Il remplace les tampons, sachets glycérés et autres moyens jusqu'alors employés, car, d'une part, il assure, grâce à sa fusion lente (huit à dix heures), l'action constante du principe médicamenteux qu'il renferme, et, d'autre part, il permet à la malade d'appliquer elle-même, chaque jour, un pansement en se conformant, bien entendu, aux indications formelles de son médecin;

3° Il agit non seulement comme osmotique et décongestif, mais encore, d'une façon mécanique, en maintenant un certain écartement entre les parties enflammées et toujours douloureuses.

Le principe une fois établi par l'observation clinique, il devenait facile de multiplier les indications thérapeutiques en incorporant à la glycérine solidifiée les substances les plus actives telles que la morphine, la belladone, la cocaïne, le tannin, le salol, le chloral, l'acide borique, l'iodure de potassium, etc., etc.

Actuellement, grâce aux ovules Chaumel (1), le gynécologue, le médecin des hôpitaux et le praticien de quartier, ont sans cesse à leur disposition des agents incontestés des médications les plus variées : *simples* à la glycérine pure, à titre décongestif; *antiseptiques*, modifiant, au bout de quelques jours, les écoulements leucorrhéiques les plus rebelles ; *astringents*, agissant avec efficacité sur les granulations internes et l'hypersécrétion qui en est la conséquence ; *résolutifs*, aux débuts des néoplasmes ; *sédatifs*, pour calmer, en toutes circonstances, l'élément douleur, compagnon inséparable de tout état congestif ou inflammatoire.

L'état physique et morbide de la femme est digne de toute la sollicitude des médecins et des hygiénistes, et nous félicitons de cœur notre distingué collègue de la Société française d'hygiène d'avoir, par la création de ses nouveaux pansements vaginaux, largement contribué à la réalisation d'un véritable progrès humanitaire.

---

(1) NOMENCLATURE ET DOSAGE

Simple à la Glycérine pure 30 degrés (Poids de l'Ovule **20** grammes)

Acide borique, Rétinol	**2** grammes.
Camphre, Myrrhe, Talc, Bismuth	**1** »
Tannin, Alun, Ratanhia, Iodoforme, Résorcine, Ichthyol, Aristol, Oxyde de zinc, Iodol, Perchlorure de fer, Antipyrine, Iodure de plomb, Salol camphré, Naphtol camphré	**0,50** centigr.
Sulfate de zinc, Acide gallique, Naphtol, Chlorure de zinc, Acide phénique, Créoline, Chloral, Acide thymique	**0,25** centigr.
Ext. Jusquiame, Ext. Belladone, Iodure de Potassium, Cocaïne, Microcidine	**0,10** centigr.
Morphine, Extrait d'Opium, Extrait de Digitale	**0,05** centigr.
Sublimé corrosif, Atropine	**0,01** »

NOTA. — L'ovule doit être introduit le soir en se couchant, son emploi nécessitant la position horizontale et sa fusion demandant en général une grande partie de la nuit. (La malade est tenue de bien se garnir.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juin 1891. — Présidence de M. TARNIER.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un mémoire sur la grippe par M. le docteur Raymond;

2° Un travail de M. Rosander (de Stockholm), sur le traitement du cancroïde;

3° Un pli cacheté sur le traitement de la tuberculose, déposé par M. le docteur Nadaud (accepté).

COMMUNICATIONS

Pleurésie grippale. — M. MARROTTE, pour compléter la communication qu'il a faite dans la dernière séance, fait connaître ce qu'il entend par pleurésie grippale ou catarrhale, ou mieux encore fièvre catarrhale pleurétique. Il désigne sous ce nom les pleurésies qui diffèrent des pleurésies ordinaires par les caractères suivants : elles ont une marche périodique ; elles se composent d'une série d'accès, débutant ordinairement vers trois ou quatre heures de l'après-midi, par des frissons, de la toux sèche, un point de côté de nature névralgique. En même temps, se produit un épanchement modéré. La fièvre et les autres symptômes augmentent jusqu'au soir et pendant la nuit, accompagnés quelquefois d'un peu de délire. Le matin, le malade s'endort et tout se termine par de la sueur. Le malade se trouve mieux dans la matinée et l'accès revient dans l'après-midi. Cette série d'accès dure de trois à quatre semaines et diminue peu à peu sous l'influence du sulfate de quinine. Dans quelques cas, ils cessent brusquement.

Les greffes et inoculations de cancer chez l'homme. — M. CORNIL fait, sur ce sujet, la communication suivante :

Des tentatives ont été faites depuis longtemps en vue d'obtenir la greffe et la pullulation de tumeurs cancéreuses dans des tissus sains; cette question très importante, de la reproduction par greffe ou par injection de liquide cancéreux, se lie étroitement à l'étiologie du cancer et à sa cause parasitaire soupçonnée, mais non encore démontrée. Je ne prétends nullement faire l'historique de cette question; je rappellerai seulement les essais de greffe et d'inoculation tentés par MM. Goujon et Onimus, par Legros, la réussite de la greffe obtenue, plus récemment, par M. Hanau sur des animaux de même espèce, ainsi que le succès de M. le docteur Morau, qui a reproduit l'épithéliome à cellules cylindriques de la souris en injectant sous la peau d'individus sains de la même espèce le suc laiteux de la tumeur. Les résultats obtenus par M. le docteur Morau sont hors de toute contestation ; ils ont été montrés à la Société de biologie, le 2 mai dernier. Il a bien voulu me faire examiner comparativement les préparations des tumeurs spontanées et des tumeurs qu'il avait obtenues par injection du liquide cancéreux, et il n'y a absolument aucune différence entre elles au point de vue du siège, de la marche et de la structure histologique. La greffe et l'inoculation du liquide cancéreux peuvent donc réussir sur les individus d'une même espèce ou sur l'animal porteur d'une tumeur et à qui on pratique une greffe ou une inoculation.

Les deux observations, prises chez l'homme, que je communique aujourd'hui à l'Académie ne sont pas moins démonstratives. Elles m'ont été apportées, il y a quatre ans, par un chirurgien étranger, dont je tairai le nom et dont je n'entreprendrai pas la justification. Elles n'auraient jamais été publiées si elles ne me paraissaient pas avoir un grand intérêt scientifique :

I. La première a trait à une femme atteinte d'une volumineuse tumeur du sein. L'opérateur, après avoir enlevé cette tumeur, en a sectionné un très petit fragment et l'a inséré dans la glande mammaire du côté opposé qui était parfaitement normale. L'opération avait été faite pendant le sommeil chloroformique, avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses.

On n'observa rien pendant les premiers jours au niveau de cette

greffe; la peau s'était cicatrisée par première intention et il n'y avait pas eu trace d'inflammation. Mais bientôt on sentit un nodule induré qui grossit, atteignit au bout de deux mois le volume d'une amande et fut enlevé par le même chirurgien.

Je reçus des fragments et des préparations histologiques de la tumeur primitive et de la tumeur développée après la greffe.

Le tissu de la première et de la seconde présentaient identiquement la même structure. Il s'agissait d'un sarcome fasciculé formé de longues cellules fibro-plastiques disposées en faisceaux entrecroisés. La greffe offrait une très grande quantité de cellules en karyokinèse, comme cela a lieu dans les tumeurs en voie de développement et d'accroissement rapides. Les noyaux ovoïdes de ces cellules du sarcome montraient souvent les figures de division indirecte par deux.

Il y avait donc eu là une greffe très évidente d'une espèce de tumeur parfaitement définie, d'un sarcome fasciculé. Le tissu greffé avait continué à vivre et à se développer, ainsi que le prouvaient la structure, la vascularisation, la karyokinèse observées. Ce tissu n'avait pas végété seulement comme un parasite qui s'isole des parties voisines et possède une vie individuelle. Les vaisseaux étaient anostomosés avec ceux du voisinage, ses cellules avaient pénétré de proche en proche dans les tissus normaux périphériques et déterminé leur transformation en sarcome.

La malade succomba peu de temps après à une maladie aiguë intercurrente. Son autopsie fut faite avec soin. Elle ne présentait trace de sarcome nulle part, ni dans les ganglions lymphatiques, ni dans les organes internes, ni dans le tissu spongieux des os.

On peut élever des objections contre la réalité d'une greffe pratiquée chez un individu déjà en puissance de la tumeur qu'on a greffée. On peut dire qu'il était prédisposé à des néoformations secondaires, puisqu'il était déjà porteur de la tumeur primitive, que ses humeurs étaient modifiées par la tumeur primitive, au point d'avoir acquis une réceptivité spéciale. Cela est soutenable et peut être vrai. La greffe prendra plus sûrement chez un animal qui présente une tumeur cancéreuse dont on aura greffé sur lui-même un fragment; mais, comme l'a démontré M. Morau, elle réussit également chez les individus sains de même espèce.

Dans l'observation du chirurgien anonyme que je viens de relater, il est certain que la tumeur secondaire est bien due à la greffe et n'est pas un nodule secondaire survenu spontanément à la suite des progrès de l'infection sarcomateuse, car il n'y avait nulle part dans l'économie de néoformation sarcomateuse secondaire.

II. La seconde observation se rapporte aussi à une tumeur du sein. Après l'ablation du sein malade et pendant le sommeil chloroformique, le chirurgien inséra dans le tissu glandulaire du sein du côté opposé un petit fragment de la tumeur enlevée. La greffe suivit la même évolution : cicatrisation par première intention, rien d'apparent, peu d'inflammation les premiers jours, puis, au bout de quelques semaines, un nodule qui évolua comme un néoplasme.

L'examen histologique de la tumeur primitive montra qu'il s'agissait d'un épithéliome tubulé du sein, qui est une des formes les plus communes du cancer.

La malade ne voulut pas se soumettre à l'opération en vue d'enlever la greffe devenue une petite tumeur. Elle sortit de l'hôpital et elle n'a pas été suivie depuis.

Cette observation, bien que moins démonstrative et moins complète que la précédente, n'en prouve pas moins la possibilité de la greffe d'une tumeur d'une espèce histologique, comme le cancer épithélial tubulé.

Ces deux faits démontrent qu'un fragment de tumeur sarcomateuse et cancéreuse humaine, mis en contact avec les tissus normaux de l'individu porteur de cette tumeur, s'y fixe, se développe et envahit le tissu sain en le transformant en néoplasme. C'est une greffe de tissu néoplasique ou même une greffe de cellules. Ce processus nécessite la réunion immédiate du tissu greffé avec le tissu qui est en contact avec lui.

Des cellules d'une néoplasie abdominale ou pleurale, plus ou moins détachées de sa surface, en rapport avec d'autres points normaux de cette séreuse, s'y grefferont et produiront des nodules secondaires multiples, sèmeront les germes d'une éclosion de petites granulations néoplasiques qui s'accroîtront isolément. Une tumeur ovarienne, par exemple, qui restera bénigne tant qu'elle sera limitée dans la capsule fibreuse de l'ovaire, deviendra le point de départ de nodules péritonéaux secondaires, lorsqu'un ou plusieurs bourgeons de cette tumeur auront perforé la capsule et se trouveront en contact avec la séreuse. L'hypothèse de greffe que faisaient en pareil cas les pathologistes, prend corps et devient une réalité. C'est là, en effet, un procédé de généralisation qui peut se faire aussi bien lorsque les vaisseaux sanguins et lymphatiques transportent les éléments cellulaires et liquides provenant des néoplasmes, et qui est encore activé avec plus d'intensité, lorsque la greffe se fait par l'intermédiaire de la circulation sanguine et lymphatique.

M. LE FORT proteste énergiquement contre l'expérience chirurgicale faite par ce chirurgien étranger que M. Cornil n'a pas nommé.

M. LARREY appuie la protestation de M. Le Fort et demande que la conduite de ce chirurgien, dans le travail de M. Cornil, soit jugée comme elle le mérite.

M. MOUTARD-MARTIN ajoute que c'est là une action criminelle et croit qu'il est nécessaire qu'on sache bien que c'est l'opinion de toute l'Académie.

M. CORNIL rappelle avoir déclaré qu'il n'entreprenait pas la justification de ce chirurgien, dont l'observation n'aurait jamais été publiée si elle ne présentait un grand intérêt scientifique.

LECTURE

Élasticité de contraction du cœur et médicaments régulateurs du cœur. — **M. G. SÉE** commence la lecture d'un travail sur ce sujet.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats au Bureau central (médecine), déclarés admissibles aux épreuves définitives, sont : MM. Œttinger, Lebreton, Dalché, Le Gendre, Gauchas, Marfan, Roger et Darier.

— Le concours du prosectorat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Prosecteurs titulaires : MM. Jonnesco et Chevalier.

Prosecteurs provisoires : MM. Mauclair et Noguès.

— L'ouverture du concours pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, qui devait avoir lieu le lundi 3 août 1891, est fixée au samedi 25 juillet.

Cette séance aura lieu ledit jour à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Le registre d'inscription des candidats restera ouvert du lundi 29 juin au samedi 18 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures, les dimanches et jours de fête exceptés, au chef-lieu de l'Administration de l'assistance publique, avenue Victoria, nº 3.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 juin 1891, un concours s'ouvrira le 22 décembre 1891, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

— La Société contre l'abus du tabac met au concours la question suivante, pour 1891 :

Prix de médecine (300 francs). — Rapporter au moins six observations inédites, bien circonstanciées (étiologie, symptomato-

logie, terminaison, etc.) d'affections exclusivement attribuables à l'abus du tabac.

Le prix consistera en une somme de 300 francs, dont 100 francs pour le rachat de cotisations du lauréat. (Offert par M. Decroix.)

Le programme détaillé du concours sera adressé gratuitement aux médecins qui en feront la demande au président, 38, rue Jacob, Paris.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique publique, le dimanche 28 juin, aux falaises de la Manche, entre Boulogne et Wimille.

On prendra à Paris, à la gare du Nord, le train spécial rapide de six heures trente du matin, dans lequel on sera admis pourvu qu'on se soit inscrit au laboratoire de géologie du Muséum, avant samedi quatre heures, et qu'on y ait versé, pour frais d'aller et de retour, 8 fr. 45.

On sera rentré à Paris à onze heures vingt-cinq du soir.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Pathologie et thérapeutique des maladies du système nerveux; manuel pratique à l'usage des étudiants et des médecins par le docteur Louis Hirt, professeur à l'Université de Breslau; traduit par M. le docteur M. Jeanne, assistant à la clinique médicale de l'Université de Liége; préface et annotation par M. le docteur Francotte, de l'Université de Liége. In-8°. — Prix : 20 francs. — Liège, Marcel Nierstrasz, éditeur.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 75. — SAMEDI 27 JUIN 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 27 JUIN 1891. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7 000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Revue générale. Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale, par le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale.

Par le docteur Péan,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Il nous semble aujourd'hui bien singulier, après tous les travaux que nous et nos élèves avons publiés sur les procédés d'exploration et d'opération par la voie vaginale, de voir le peu de parti que quelques chirurgiens ont su retirer de ces procédés nouveaux et le peu d'importance qu'ils paraissent vouloir leur accorder.

Nous pensions qu'après la publication de ces travaux et des résultats des nombreuses opérations que nous avons faites à l'hôpital et en ville, la plupart de nos collègues entreraient résolument dans cette voie, qui marque une nouvelle étape à travers le champ de la science et permet d'aborder avec plus de sécurité les petites tumeurs qui prennent naissance dans l'appareil utéro-ovarien ou dans les organes de son voisinage ; nous croyions qu'il en serait ainsi surtout après la démonstration que nous avions faite des précieuses ressources qu'offrent le pincement des vaisseaux et le morcellement des tissus, au cours de ces opérations.

Les récentes discussions qui viennent de surgir, à propos des diverses méthodes de traitement des suppurations pelviennes, prouvent que la conviction n'est pas faite dans tous les esprits : ce n'est pas pour ceux qui ont compris la valeur de notre méthode et l'ont si heureusement appliquée que nous écrivons aujourd'hui. Notre but est de mieux faire comprendre, par quelques exemples nouveaux, les nombreux avantages des procédés d'exploration et d'opération par la voie vaginale que quelques-uns méconnaissent, au point de vouloir les rejeter. Nous sommes, en effet, convaincu que ces chirurgiens ne tarderont pas à les admettre et à les employer avec succès, pourvu qu'ils veuillent bien se servir des instruments que nous avons imaginés et se conformer à la technique spéciale que nous avons déjà décrite.

Il ne s'agira pas seulement ici d'un des côtés de la question, c'est-à-dire du traitement des seules suppurations pelviennes par l'hystérectomie, mais du traitement et, dans certains cas, du diagnostic d'un certain nombre de tumeurs pelviennes par la voie vaginale.

Ce n'est pas que nous voulions substituer l'hystérectomie à tous les autres procédés : cette opération ne constitue pas pour nous une méthode exclusive et absolue ; nous prétendons seulement qu'elle est indiquée dans beaucoup de cas et nous soutenons qu'il est souvent plus simple et plus direct d'aborder certaines tumeurs pelviennes par le vagin que par l'abdomen.

Les nombreux médecins qui assistent à nos cliniques du samedi ont souvent l'occasion de voir que, dans nos opérations sur l'utérus et ses annexes par la voie vaginale, nous ne pratiquons l'hystérectomie qu'avec une grande réserve et en présence d'indications formellement obligatoires.

D'autre part, nos procédés nous permettent, dans les cas de lésions simples n'altérant que passagèrement les fonctions des organes pelviens, de recourir à des opérations en quelque sorte symptomatiques, assurant la guérison sans hystérectomie ni laparotomie.

Enfin, les procédés vaginaux que nous recommandons et utilisons nous permettent de préciser certains diagnostics difficiles et douteux, sans faire de grands dommages opératoires et sans, pour cela, compromettre le succès de l'intervention et de la guérison chirurgicales.

Il ne faut donc pas croire que notre méthode entraîne forcément l'opérateur habile et de sang-froid au delà des limites que la saine vision des choses trace à son bistouri. On n'est jamais obligé, pour avoir incisé un utérus, une trompe ou un ligament large, d'en pratiquer nécessairement et immédiatement l'extirpation.

Entrons directement dans le sujet et passons en revue les diverses circonstances dans lesquelles nous préconisons les procédés vaginaux pour le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs, ayant pour siège l'utérus et ses annexes.

I

De la voie vaginale dans le diagnostic et le traitement des petites tumeurs de l'utérus. — La voie abdominale était autrefois la seule connue pour aborder les tumeurs de

l'utérus. Sans doute, la laparotomie est devenue aujourd'hui une opération facile et relativement peu dangereuse; mais vraiment, depuis que la voie vaginale nous est ouverte, nous prétendons qu'il y a d'assez nombreux cas de tumeurs pelviennes pour le diagnostic et le traitement desquelles la voie abdominale, toute simple et inoffensive qu'elle puisse être, nous paraît disproportionnée. Il est bien entendu que nous n'avons en vue ici que les tumeurs d'un petit volume et que nous acceptons d'emblée la voie abdominale pour les autres. Nous avons, en effet, dans nos travaux antérieurs, suffisamment insisté sur ce point que, *toutes les fois qu'une tumeur de l'utérus ou de ses annexes dépasse le volume d'une tête de fœtus à terme, il y a avantage à ouvrir le ventre si l'extirpation est jugée nécessaire.* Nous avons également prouvé que, pour les tumeurs d'un volume moindre, le chirurgien pouvait les aborder par la voie vaginale avec autant, sinon plus, d'avantages que par la voie abdominale. Une expérience plus longue nous a permis d'étendre ces conclusions et d'affirmer que la plupart des tumeurs de l'utérus et de ses annexes peuvent être aussi aisément diagnostiquées et radicalement guéries par la voie vaginale que par la voie abdominale.

Il ne faudrait pas, en effet, s'imaginer, comme certains chirurgiens qui ont suivi de loin notre pratique, qu'il soit très difficile, dans la majorité des cas, de reconnaître par l'exploration vaginale à quelle variété de tumeur on a affaire, avant ou au cours de l'opération. Sans nul doute, il en est dont le diagnostic est singulièrement obscurci par les complications variées qui ont précédé, accompagné ou suivi la formation de la tumeur. Mais, le plus habituellement, un chirurgien pourvu de connaissances cliniques suffisantes peut facilement se rendre compte, par l'exploration vaginale, si cette tumeur s'est développée dans l'utérus, les trompes, les ovaires, les ligaments larges ou même dans les organes avoisinants. Dans ces cas, le diagnostic établi, la ligne de conduite du chirurgien peut être méthodiquement déterminée. Quand, au contraire, le diagnostic demeure incertain, soit parce que la tumeur est très petite, soit parce qu'elle présente une consistance insolite, soit parce qu'elle provoque des douleurs ou des désordres fonctionnels qu'on n'observe pas d'habitude, la voie vaginale, nous n'hésitons pas à le déclarer, permet tout aussi bien que la voie abdominale de donner au diagnostic la précision voulue et de pratiquer une opération curative.

Il suffit de relire nos observations déjà publiées et d'assister aux opérations que nous faisons chaque semaine, en public, à l'hôpital, pour s'en bien convaincre. Toutefois, nous ajouterons, au cours de cette étude, quelques exemples nouveaux et probants.

Afin de mettre plus d'ordre et de précision dans ce nouvel exposé, nous allons passer isolément et rapidement en revue les petites tumeurs de l'utérus, puis celles des trompes, des ovaires, des ligaments larges, et enfin des organes voisins.

A. *Col de l'utérus.* — Pour ce qui est des tumeurs limitées au col de l'utérus, faisant saillie dans le vagin, il est tellement aisé de les explorer par la vue, aidée du spéculum, et par le toucher, qu'à aucune époque les chirurgiens n'ont songé à une autre voie que la voie vaginale pour les aborder et les extirper; il n'y a donc pas lieu de nous en occuper.

B. *Corps de l'utérus.* — Il n'en est pas de même pour celles du corps. Qu'elles soient liquides ou solides, bénignes ou malignes, dès l'instant où elles troublent l'existence au point de nécessiter l'intervention chirurgicale, nous posons plus que jamais en principe que, si leur volume ne dépasse pas celui que nous avons fixé, la voie vaginale doit être préférée à la voie abdominale pour en faire le diagnostic et le traitement.

a. Parmi les tumeurs liquides qui peuvent se développer dans le corps de l'utérus, les plus fréquentes sont : les rétentions de sang ou de sérosité dans l'intérieur de la muqueuse et les kystes de la couche musculeuse ou de l'enveloppe péritonéale. La rétention des liquides dans la muqueuse est due tantôt à une oblitération spontanée de cette tunique, tantôt à l'existence de tumeurs qui obstruent la cavité utérine à un certain niveau.

Il semble, au premier abord, qu'en s'aidant de la séméiologie classique, le chirurgien puisse, dès le début, faire le diagnostic de ces tumeurs aussi facilement que si la cause siégeait à l'entrée du museau de tanche. L'expérience démontre qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Nous avions dernièrement, dans notre service, une femme dont le col, hypertrophié en longueur, donnait 9 centimètres à l'hystéromètre. Elle portait une tumeur siégeant manifestement dans le corps de l'utérus, qu'elle avait déformé d'une façon inégale, et donnant la sensation de fibromes interstitiels multiples. La fluctuation ne pouvait être perçue, tant en raison de la consistance que du siège élevé de cette tumeur. La malade souffrait de métrorrhagies rebelles qui l'affaiblissaient et de douleurs qui l'empêchaient de se livrer à ses travaux; aussi réclamait-elle avec insistance notre intervention.

Or, par quel procédé pouvions-nous nous assurer exactement s'il s'agissait d'une tumeur solide ou liquide, et reconnaître si nous pouvions guérir ou non la malade en lui conservant son utérus? Nous nous décidâmes à intervenir, comme s'il se fût agi d'enlever une tumeur intra-utérine de nature bénigne, tout prêts à pratiquer une hystérectomie totale si l'organe ne pouvait être conservé, et bien nous en prit, comme vous allez le voir.

Après avoir disséqué, sectionné de chaque côté et réséqué le col de l'utérus sans ouvrir les culs-de-sac péritonéaux, nous cherchâmes à introduire une sonde cannelée dans la cavité du corps de l'utérus, pour en faciliter la section bilatérale. A notre grand étonnement, la sonde ne put pénétrer et nous fûmes obligé de faire sans guide cette section, afin de mieux nous rendre compte de la nature de l'obstacle qui empêchait l'introduction de la sonde.

Cette section, à peine commencée, donna immédiatement issue à un flot de sang, jaune noirâtre, qui était retenu depuis longtemps dans la cavité utérine. Grâce à cette section bilatérale du corps, faite sans crainte d'hémorrhagie, puisqu'au préalable nous avions fait le pincement des ligaments larges, nous pûmes introduire aisément l'index dans la cavité agrandie du corps de l'utérus et reconnaître que la rétention hématique était due à une oblitération cicatricielle de la muqueuse, et non à une tumeur provenant de l'une ou l'autre des tuniques de l'organe. L'inégalité de résistance de la muqueuse nous expliquait la cause des douleurs, mais nous ne pûmes trouver la raison de cette oblitération cicatricielle, la malade n'ayant pas été antérieurement traitée par l'un de ces procédés fâcheux de cautérisa-

tions intra-utérines que quelques collègues éminents préconisent et appliquent journellement.

Il est évident, dans ce cas, que si nous n'étions pas intervenu par la voie vaginale, certain d'avance que nous pourrions enlever cette tumeur, nous n'aurions pu rien faire d'utile par la laparotomie, que quelques chirurgiens considèrent trop exclusivement comme un procédé plus direct d'examen et d'intervention.

C'est donc à cette voie qu'il vaut mieux recourir pour savoir si l'on a affaire à une tumeur liquide ou solide, bénigne ou maligne, des tuniques muqueuse et musculeuse du corps de l'utérus.

b. Tumeurs du corps faisant saillie vers le péritoine. — On nous objectera peut-être que si, au lieu de faire saillie à l'intérieur de l'utérus, une tumeur liquide ou solide faisait saillie à l'extérieur et, à plus forte raison, si elle siégeait dans la couche péritonéale, notre incision intra-utérine ne suffirait plus pour en reconnaître l'étendue, la nature et le siège précis. Mais nous avons bien souvent montré qu'avant de faire cette incision, le chirurgien devait, en pareil cas, ouvrir et disséquer les culs-de-sac péritonéaux pour assurer son diagnostic, toutes les fois qu'il le jugera nécessaire. Grâce à cette manière d'agir, il reconnaîtra, sans augmenter le danger, quel est le mode de traitement auquel il devra recourir sans plus tarder. Il enlèvera l'utérus par morcellement si la tumeur est multiple et étendue sur une large surface, et si son extirpation isolée devait nécessiter un trop grand délabrement opératoire, à plus forte raison si elle est maligne. Au contraire, s'il s'agit d'une tumeur bénigne, unique, bien circonscrite, l'incision simple suivie du drainage si cette tumeur est liquide, le morcellement et l'extraction si elle est fibreuse, permettront ainsi de conserver l'utérus et d'assurer ultérieurement l'intégrité de ses fonctions.

Dans les cas analogues à celui que nous avons cité plus haut, où l'on a pratiqué une incision du corps et une résection du col, pour éviter que l'endomètre ne devienne le siège de rétrécissements cicatriciels, on terminera l'opération en suturant la muqueuse du vagin à celle de l'utérus, au moyen de quelques fils métalliques à anses séparées, conduits avec notre chasse-fil.

Le même instrument servira à fermer, par suture et filopressure, les ligaments larges, quand on aura dû les ouvrir, car, le plus souvent, ce procédé suffit à l'hémostase et permet d'enlever les pinces qui ont été appliquées sur la partie inférieure de ces ligaments.

c. Complications et difficultés. — Il faut savoir que des complications diverses peuvent empêcher le chirurgien d'aborder facilement par cette voie le centre même de la lésion : mais, en réalité, ces faits sont exceptionnels. Nous n'en citerons qu'un exemple, qui s'est dernièrement présenté à nous, chez une malade atteinte d'une petite tumeur maligne, qui faisait saillie au museau de tanche. Le cathétérisme montrait que l'utérus avait une longueur de 20 centimètres et l'examen de la tumeur décelait sa nature cancéreuse; malgré l'énorme volume de l'organe, nous n'hésitâmes pas à préférer l'hystérectomie vaginale totale, à toute tentative d'hystérectomie par la voie abdominale. La malade avait eu, en outre, une rectocèle et une cystocèle vaginales des plus prononcées; le col utérin paraissait faire saillie entre ces deux hernies, mais il était masqué directement par la tumeur maligne. Nous eûmes donc recours à notre méthode habituelle; saisissant avec précaution ce qui nous paraissait être les lèvres du col, malgré leur amincissement et leur peu de résistance, nous en poursuivions la dissection en avant et en arrière, avec la plus grande prudence, pour ne pas blesser la vessie ou le rectum. Mais après avoir poursuivi cette dissection jusqu'à une hauteur d'environ un demi-centimètre, nous reconnûmes que le canal intermédiaire à la double hernie vésicale et rectale, n'était constitué que par une muqueuse épaissie, sclérosée, et nous dûmes suspendre la dissection du côté de la vessie, pour ne pas nous exposer à blesser l'uretère; nous la poursuivions seulement du côté de la cloison recto-vaginale. En même temps nous fîmes le débridement bilatéral de ce canal inter-recto-vésical, dans la direction des ligaments larges, et c'est alors que, réséquant progressivement la tumeur, nous nous aperçûmes que ce canal n'était autre qu'un rétrécissement annulaire de la partie supérieure du vagin, dû à l'irritation chronique provoquée par la cystocèle et la rectocèle, et que le col était situé plus haut. Nous l'abordâmes franchement à son tour et bientôt nous pûmes nous rendre compte que l'énorme saillie formée par la totalité de l'utérus était due à la dégénérescence carcinomateuse totale de sa tunique muqueuse : nous nous empressâmes donc d'enlever le corps du délit, c'est-à-dire l'utérus tout entier, par morcellement, selon les règles que nous avons tant de fois décrites.

Voici donc un cas très compliqué, dont le diagnostic et l'opération, par la voie vaginale, paraissaient au premier abord difficiles, sinon impossibles, et qui cependant a pu être soumis aux règles habituelles de notre méthode, et nous en avons, du reste, obtenu les meilleurs résultats qu'on puisse espérer d'une telle situation.

Enfin, nous n'avons parlé jusqu'ici que des tumeurs bénignes ou malignes, développées isolément dans le col ou le corps de l'utérus; mais il y a des cas, où des tumeurs bénignes et malignes peuvent se développer simultanément dans cet organe, telles que, par exemple, des fibromes multiples du corps et un cancer du col, et, dans ces cas, on pourrait croire que la voie vaginale sera, cette fois, insuffisante pour établir le diagnostic et faire le traitement. Or, des faits nombreux nous ont prouvé qu'on y parvient mieux encore avec notre méthode que si l'on fait, comme quelques chirurgiens l'ont proposé, une sorte d'opération double consistant à enlever le col cancéreux par le vagin et les tumeurs du corps par la laparotomie. Cette opération complexe, en deux temps, nous paraît parfaitement inutile et nous avons pu, maintes fois, dans une seule séance, sans danger aucun et sans trop de difficultés, enlever, par la voie vaginale, le col cancéreux de l'utérus et le corps chargé de fibromes, ou bien le col sain et le corps farci à la fois d'épithéliomes, de sarcomes et de fibromes.

Nous avons pu même réussir à enlever ces tumeurs, alors qu'il y avait du côté du vagin des obstacles plus ou moins graves, entourant de difficultés et même de dangers le manuel opératoire : tel est le cas d'une malade, qui avait à la fois une cystocèle et une rectocèle, avec rétrécissement annulaire du vagin, et chez laquelle nous enlevâmes le corps de l'utérus dans lequel existait un énorme fibrome, après avoir préalablement extirpé un épithélioma polypiforme du col.

En résumé donc, quels que soient le siège, la consistance,

la nature et les difficultés opératoires des tumeurs utérines, du moment que leur volume ne dépasse pas la tête du fœtus à terme, c'est à la voie vaginale qu'il faut recourir de préférence, avec incision de l'utérus ou des culs-de-sac péritonéaux, si cela est nécessaire, pour donner au diagnostic la précision qui manque dans les cas douteux, et pour aborder ces tumeurs toutes les fois que le traitement chirurgical est indiqué.

II

Tumeurs des trompes. — Les tumeurs des trompes sont aujourd'hui bien connues, grâce aux nombreux travaux qui ont été publiés à leur sujet dans ces dernières années : ce sont des inflammations (salpingites) simples, parenchymateuses et végétantes, compliquées ou non de rétention catarrhale (hydro-salpinx), hématique (hémato-salpinx) ou purulente (pyo-salpinx); ce sont encore des tubercules, des cancers et parfois des kystes ou des végétations développées à leur périphérie.

Les tumeurs inflammatoires sont habituellement consécutives à des inflammations de l'utérus, et il faut tenir compte de cette notion étiologique pour pouvoir mieux apprécier la nature et l'étendue des altérations salpingiennes.

Ce fait que les salpingites sont rarement primitives et presque toujours consécutives à des endométrites dont on peut déterminer la cause, simplifie beaucoup la question du diagnostic de ces lésions qu'on croit volontiers assez difficile. Donc, toutes les fois qu'une femme, à la suite ou au cours d'une inflammation intra-utérine, présente des phénomènes douloureux et inflammatoires du côté des trompes, le chirurgien est suffisamment mis sur la voie pour bien reconnaître, s'il y est habitué, la valeur des signes locaux : aussi, dans la plus grande majorité des cas, le toucher lui suffira, avec l'aide des phénomènes cliniques, pour savoir si la salpingite est simple ou si elle est compliquée d'une tumeur liquide, hématique ou purulente.

Tant que la poussée inflammatoire reste simple, sans aboutir à la formation du pyo-salpinx, tant qu'elle est tolérée sans trop d'inconvénients, il n'y a pas lieu, pour le chirurgien, d'intervenir ; il doit céder le pas au médecin, qui peut diriger le traitement, et obtenir une résolution par les moyens thérapeutiques et hygiéniques dont il dispose.

Mais, si ces accidents donnent lieu à des douleurs intolérables et compromettent, sinon la vie, au moins la santé des malades, si le médecin a utilisé sans succès toutes les ressources de son art, le chirurgien ne saurait plus longtemps lui refuser l'intervention nécessaire.

Dans ces cas, qu'il s'agisse d'hydro-salpinx, d'hémato-salpinx ou de pyo-salpinx unilatéral ou bilatéral, il doit commencer par faire la dilatation préalable et le curage de l'utérus pour voir s'il est possible d'évacuer le liquide par cette voie. Sinon, il doit intervenir plus radicalement.

Nous le répétons, grâce aux renseignements cliniques, au palper hypogastrique et au toucher vaginal, il est possible, dans la plus grande majorité des cas, de faire le diagnostic et de savoir s'il s'agit d'une salpingite [uni ou bilatérale, hématique ou suppurée, etc., sans être obligé de faire une incision exploratrice.

Or, le diagnostic une fois établi, s'il est en présence d'une *tumeur unilatérale et kystique*, le chirurgien pourra facilement l'atteindre par le vagin, en suivant les règles que nous avons indiquées, c'est-à-dire en disséquant circulairement le col de l'utérus jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux et en pinçant le ligament large par étages successifs de bas en haut, du côté correspondant, jusqu'au niveau de la tumeur. Arrivé là, on incise la poche salpingienne, à sa partie inférieure, entre les deux feuillets du ligament large ; l'incision doit être suffisante pour permettre de vider tout le liquide contenu, et pour introduire dans cette poche un tube en canon de fusil qui sera lui-même fixé au col de l'utérus par un point de suture métallique ; ce tube, qui permettra de faire des injections antiseptiques, sera laissé en place pendant le temps nécessaire au retrait complet de la poche, soit trois ou quatre semaines, temps habituellement utile à la guérison.

Cette intervention par la voie vaginale est donc le plus souvent suffisante et aussi simple que la laparotomie, lorsqu'il s'agit de tumeurs des trompes unilatérales et kystiques.

Toutefois, en raison du peu de gravité que présente la voie abdominale, il n'est pas étonnant qu'un certain nombre de chirurgiens préfèrent y recourir dans les *cas douteux*, lorsqu'une seule des trompes paraît atteinte et que le mal n'est pas encore de grande importance. Mais il ne faudrait pas croire, qu'en pareil cas, la voie vaginale soit impuissante à faire le diagnostic et même le traitement.

Il suffit de disséquer le col de l'utérus, opération sans gravité, si l'on désire compléter le diagnostic avant d'intervenir d'une manière définitive, puis d'inciser les culs-de-sac péritonéaux antérieur ou postérieur, de façon à y introduire le doigt dans la direction des annexes ; alors, pour peu qu'on en ait l'habitude, on reconnaîtra si les trompes sont mobiles ou adhérentes, petites ou volumineuses, kystiques ou sclérosées, et surtout si elles sont malades des deux côtés.

Si l'exploration montre que *les deux trompes sont manifestement atteintes*, très douloureuses, empêchent les malades de se livrer à leurs occupations, leur rendent la vie intolérable, si, d'autre part, elles sont le siège de tumeurs séreuses, sanguines, et surtout purulentes, à ce moment de l'exploration peut commencer l'intervention opératoire, et pour peu que les annexes ne soient pas trop adhérentes ni fixées à une trop grande hauteur, on peut les saisir, les détacher, les attirer, les examiner et les enlever, tout en conservant l'utérus, après avoir pincé, lié et réduit les ligaments larges.

Il reste bien entendu que, si, au cours de l'exploration, on trouve les deux trompes malades au point que leur extirpation simultanée soit nécessaire, il sera toujours plus simple et plus avantageux d'enlever l'utérus en même temps qu'elles.

A plus forte raison, si l'opérateur constate que ces trompes sont suppurées et même qu'elles se sont rompues et ont donné lieu à des foyers de péritonite circonscrite, ne doit-il pas hésiter, dans ces cas, à faire l'hystérectomie vaginale totale, qui a si bien réussi à ceux de nos collègues, particulièrement MM. Reclus et Segond, qui sont entrés si résolument et si brillamment dans cette voie nouvelle des méthodes vaginales.

Nous préférons, dans tous ces cas, recourir à la voie vaginale et pratiquer ainsi l'hystérectomie totale, plutôt que d'employer la voie abdominale pour enlever uniquement les trompes malades parce que l'expérience nous a depuis longtemps démontré que la castration tubo-ovarienne seule

donne moins de chances d'une guérison radicale que lorsqu'elle est accompagnée d'hystérectomie.

En effet, chez certains malades dont l'appareil génital, sous l'influence de ces inflammations, est le point de départ de névralgies violentes et de manifestations névropathiques souvent inquiétantes, la plupart de ces désordres peuvent persister si les trompes seules ont été extirpées et plus tard il faut revenir à la charge et pratiquer une *hystérectomie secondaire*, qu'il eût été beaucoup plus simple et plus sage de faire dès la première intervention : souvent tous les moyens échouent contre la persistance de ces désordres, que l'ablation simple des annexes n'a fait que calmer passagèrement et qui ne disparaissent pas après la guérison des lésions inflammatoires, ni même lorsque l'utérus s'atrophie : il faut savoir, d'ailleurs, que, si les annexes s'atrophient assez rapidement après l'extirpation de l'utérus, la proposition contraire n'est pas exacte : l'utérus ne s'atrophie pas aussi complètement et nécessairement, après l'ablation simple des annexes.

On dira peut-être que la castration tubo-ovarienne faite par la voie abdominale est beaucoup plus facile et moins dangereuse : c'est une erreur qui n'est excusable que pour ceux qui sont peu exercés à ce genre d'opérations. On objectera encore que, même en pratiquant l'hystérectomie totale par le vagin, dans les cas de pyo-salpinx doubles et adhérents, on éprouvera plus de difficultés à détacher et extirper les trompes en totalité, que si l'on avait, au préalable, ouvert une large voie abdominale, permettant d'y plonger le regard et la main. Mais MM. Segond et Reclus ont parfaitement répondu à ceux qui, sans expérience personnelle, avaient soulevé de pareilles objections.

En effet, non seulement il est plus facile de décoller les trompes par la voie vaginale après que l'utérus a été enlevé, quand les adhérences sont molles et les parois de la poche encore résistantes; mais, lorsqu'il y a des adhérences multiples ne permettant pas de tout enlever, sous peine de faire courir des risques plus graves, c'est encore la voie vaginale qu'il faut préférer. Il n'y a, dans notre méthode, aucun inconvénient à laisser en place quelques débris de la poche adhérente dont l'extraction pourrait, d'ailleurs, offrir des dangers en raison de la vascularisation des membranes, ou de leur accolement avec des anses d'intestin : on établit alors un drainage qui facilite leur élimination progressive, et c'est un avantage sur lequel on ne saurait compter par la simple laparotomie. Il nous est même arrivé, au début de nos opérations, en trouvant un kyste tubaire de grande dimension, dont la dissection eût été trop laborieuse, de suturer les parties les plus mobiles de la poche aux lèvres des incisions vaginales, pour mieux l'isoler des parties saines voisines et permettre l'installation d'un drainage à demeure et l'injection de solutions antiseptiques jusqu'à retrait complet de la cavité kystique. Nous verrons bientôt qu'on peut agir de même, grâce à notre méthode, pour certains kystes hématiques ou suppurés des ovaires, quand ils sont trop adhérents.

Maintenant, à ceux qui prétendent que les opérations qu'ils ont faites, dans des cas semblables, par la voie abdominale, leur ont donné des succès assez satisfaisants pour qu'ils ne croient pas utile de chercher autre chose, nous apprendrons encore qu'il y a souvent des complications qu'ils ne soupçonnent même pas et qui justifient l'utilité et les avantages de la voie vaginale.

Un bon nombre d'affections tubaires peuvent être dues à des lésions extra-tubaires plus ou moins diagnostiquées, telles que la présence de fibro-myomes interstitiels, qu'on ne recherche pas et qui ont été la première cause de l'endométrite à laquelle la salpingite doit elle-même son origine. Ces fibromes agissent non seulement comme un corps étranger qui irrite, mais, par actes réflexes, ils exagèrent les sécrétions ou parfois ils engendrent des désordres mécaniques, en obstruant tantôt l'utérus et tantôt l'une ou les deux trompes; nous avons même vu des cas où ces petites tumeurs avaient produit, par rétention, des hématocèles tubaires ou rétro-péritonéales.

En pareil cas, nous dira-t-on, l'ablation simple des trompes malades, par la voie abdominale, avait suffi à mettre les malades à l'abri des souffrances occasionnées par ces lésions, l'utérus et ses fibromes devant s'atrophier. N'a-t-on pas, du reste, affirmé sur tous les tons, en invoquant des statistiques plus ou moins nombreuses, que la castration tubo-ovarienne aboutit nécessairement à l'atrophie de l'utérus et de ses productions fibro-myomateuses? Or, cette assertion est loin d'être aussi absolument vraie qu'on est tenté de le croire : il est bien certain qu'il existe des cas où cette atrophie s'est produite; mais ce n'est pas toujours une raison pour que les douleurs utérines et d'autres troubles fonctionnels se calment complètement et définitivement, à la suite de ces castrations partielles.

Il y a même des exemples où ces douleurs et les autres troubles fonctionnels ont persisté, bien qu'on eût extirpé les fibro-myomes de l'utérus et guéri l'endométrite par un traitement approprié.

D'autre part, il existe d'assez nombreuses observations, où des corps fibreux de l'utérus ont continué à se développer jusqu'à acquérir un volume énorme, devant nécessiter une hystérectomie secondaire, après et malgré la castration tubo-ovarienne complète.

Récemment, nous avons enlevé un fibro-myome interstitiel du corps de l'utérus, qui pesait 20 kilogrammes et remplissait le bassin dont il comprimait ou refoulait tous les organes intra-abdominaux; or, deux ans auparavant, un de nos collègues avait pratiqué la castration ovarienne, et, à ce moment, le fibro-myome avait à peine le volume du poing : l'observation fut même publiée comme un bel exemple de guérison; mais, l'année suivante, la tumeur utérine paraissait prendre un certain développement, on la soumit aux procédés de l'électrolyse, et de nouveau, on enregistra la guérison, comme un cas favorable à cette méthode. Malgré toutes ces interventions, le fibro-myome atteignit assez rapidement le poids et le volume que je viens de dire, refoulant la vessie jusqu'à l'ombilic et obstruant presque entièrement le rectum. Eh bien! cette tumeur était rétro-péritonéale et parfaitement opérable par le vagin, quand elle avait à peine le volume du poing : à ce moment-là, ses rapports avec les culs-de-sac péritonéaux étaient même plus favorables à la voie vaginale qu'à la voie abdominale; mais, lorsque nous dûmes procéder à l'ablation par la voie abdominale, nous nous trouvâmes en présence de difficultés dues à la castration tubo-ovarienne, qui avait été pratiquée antérieurement : cette première opération avait détruit certains rapports anatomiques qui nous servent habituellement de guide pour aller à la recherche des ligaments larges et pratiquer le pincement des vaisseaux dont la plus grande partie arrive à la tumeur par la base de ces ligaments; or, cette circonstance est particulièrement défavorable quand la surface d'implantation pel-

vienne est assez étendue, ce qui était ici le cas. Nous eûmes donc quelque peine, en raison de la suppression de ces points de repère par une première intervention, à reconnaître exactement le siège des ligaments larges, et notre opération en fut d'autant plus retardée. Il eût été, à mon avis, beaucoup plus simple de pratiquer, dès la première fois, une hystérectomie totale pour éviter toutes ces complications et récidives opératoires.

En somme, toutes ces considérations établissent bien que l'ablation de l'utérus, devenu inutile par suite de la double castration tubo-ovarienne, donne des résultats beaucoup plus complets, sur lesquels il n'y a pas à revenir; et le fait s'explique, d'ailleurs, pour peu qu'on y réfléchisse : car l'ablation simple des ovaires et des trompes ne supprime qu'un petit nombre des vaisseaux de l'appareil génital interne et, par suite, n'aboutit pas nécessairement à la suppression des autres manifestations pathologiques qui peuvent se développer dans cet appareil : au contraire, il n'y a plus rien à craindre lorsque l'utérus est enlevé et surtout lorsque l'hystérectomie, à laquelle convient si bien la voie vaginale, est accompagnée de la double castration tubo-ovarienne.

Tubercules des trompes. — En ce qui concerne ces tumeurs, on sait que les tubercules des trompes peuvent être primitifs ou consécutifs à ceux de l'utérus et que, souvent, ils sont compliqués de tubercules des ovaires ou même des ligaments larges; ils peuvent également se présenter sous deux formes, suivant qu'ils sont ou non suppurés et que la suppuration est limitée au point de départ ou qu'elle a déterminé des abcès intra-péritonéaux. Il est évidemment nécessaire que le chirurgien qui est appelé à diagnostiquer et traiter ces tubercules, en reconnaisse les diverses variétés; mais il ne faudrait pas croire que, pour en faire le diagnostic précis, on soit nécessairement obligé d'ouvrir largement l'abdomen, lors même que les trompes sont encore peu volumineuses et que la lésion paraît être circonscrite.

Le clinicien peut déjà les soupçonner d'après l'état général et les antécédents personnels ou héréditaires, aidés des signes locaux qu'il peut constater : mais s'il reste encore quelque doute, il doit, de préférence, faire l'incision exploratrice dont nous avons parlé, en ouvrant l'un des culs-de-sac péritonéaux : il introduit alors le doigt dans la cavité séreuse, suit la face utérine la plus rapprochée de la tumeur, explore celle-ci, l'attire au besoin et, s'il voit qu'elle est malade, il la saisit avec des pinces et l'excise après avoir lié et réduit le pédicule. Si les deux trompes sont prises et que la lésion paraisse y être absolument localisée, il peut les enlever toutes les deux par le même procédé; mais il fera bien d'enlever en même temps les ovaires, alors même qu'ils lui paraissent sains; ils ne servent à rien et peuvent s'infecter secondairement. Quant à l'utérus, on peut le laisser en place, s'il est absolument indemne, et terminer l'opération en fermant complètement ou drainant, par notre procédé, la plaie vagino-péritonéale. Toutefois, pour peu qu'on ait le moindre doute sur l'intégrité de l'utérus dont la muqueuse a, le plus souvent, été la voie de transmission, quand le mari est lui-même tuberculeux, il y aura tout avantage, pour prévenir la récidive, à en faire l'ablation qui n'ajoute rien à la gravité de l'opération.

Dès lors, n'est-il pas évident que la voie vaginale est la voie de prédilection pour de telles interventions : la voie abdominale ne se prête pas à toutes ces hypothèses et est loin d'offrir de telles ressources.

Cancers des trompes. — Le cancer primitif des trompes est rare : il est presque toujours compliqué de cancer des ovaires, et d'ailleurs il suit une évolution si rapide que, le plus souvent, le chirurgien n'est pas appelé assez tôt pour se trouver en présence d'une lésion circonscrite et pouvoir songer à la voie vaginale; dans ces cas, la voie abdominale s'impose et elle-même n'offre malheureusement que des avantages bien insuffisants, quand il s'agit de tumeurs réellement malignes, qui sont presque toujours volumineuses, vasculaires et adhérentes, et dont l'ablation est ordinairement suivie d'une réaction générale grave. Toutefois, il ne faut pas les confondre avec les tumeurs simplement végétantes du péritoine dont nous avons été le premier à démontrer la bénignité.

III

Tumeurs des ovaires. — Les affections des ovaires qui ont, au point de vue qui nous occupe, le plus d'intérêt, sont les déplacements, les inflammations, les kystes, les tubercules et les cancers.

Déplacements. — Toutes les fois qu'un ovaire se déplace et se rapproche du fond de l'un des culs-de-sac péritonéaux, il est ordinairement reconnaissable à sa forme, à son volume, à ses rapports et au siège de son ligament suspenseur. Il est rare que ce déplacement ne donne pas lieu, au bout d'un temps plus ou moins long, à des névralgies très douloureuses et à des désordres névrosiques variés, sans que l'organe soit pour cela enflammé ou atteint de toute autre lésion. Aussi le chirurgien est-il souvent appelé pour l'enlever et l'opération est surtout indiquée si le déplacement est unilatéral : dans ce cas, d'ailleurs, rien n'est plus facile et la voie vaginale doit avoir la préférence. Il suffit de diriger le col utérin du côté opposé, d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal correspondant à l'ovaire déplacé et d'exciser cet ovaire mis à nu, avec ou sans la trompe, après avoir pincé, lié et réduit le pédicule; il est inutile de dire qu'on ne proposera pas l'opération pour un ovaire déplacé, qui ne donnerait lieu à aucun trouble pathologique.

En revanche, nous ne saurions qualifier la conduite d'un chirurgien qui, sous prétexte de se créer une voie plus large, irait à la recherche de l'ovaire par la voie abdominale et ferait courir des risques inutiles.

Inflammations. — Lorsque l'ovaire occupe sa position normale, il est rare qu'il soit enflammé sans que l'utérus et la trompe l'aient été avant lui ; toute inflammation simple est habituellement facile à diagnostiquer et relève, le plus souvent, des traitements médicaux ; le chirurgien n'est appelé à intervenir que si la métro-salpingo-ovarite résiste à tous les autres traitements et surtout s'accompagne de désordres fonctionnels très pénibles. Mais l'indication opératoire devient nécessaire lorsque l'ovaire est suppuré ou qu'il est devenu le siège de petits kystes hématiques ou même séreux : il n'est plus bon à rien, peut devenir le point de départ de lésions plus graves et il vaut mieux l'enlever dès le début.

Le plus souvent, il n'est pas nécessaire de faire d'incision

exploratrice pour reconnaître ces lésions; si toutefois le chirurgien la croit utile, il devra recourir à la voie vaginale en pratiquant l'incision des culs-de-sac péritonéaux, comme nous l'avons indiqué pour les trompes : l'index suit la face de l'utérus jusqu'à ce qu'il rencontre l'organe malade et peut alors se rendre compte de l'état et de l'étendue de la lésion; si la tumeur est petite, peu adhérente, facile à abaisser, rien de plus simple que de la saisir, l'attirer et l'extirper par le procédé vaginal que nous avons décrit.

Si, au contraire, on rencontre trop de difficulté pour l'enlever par ce procédé et si, d'autre part, on a la certitude que l'utérus et l'ovaire de l'autre côté sont absolument indemnes, on referme la plaie.

Toutefois, cette hypothèse ne se rencontre pas fréquemment; le plus souvent, les deux ovaires sont suppurés en même temps et l'utérus lui-même est plus ou moins gravement atteint; dans ce cas, le plus simple et le mieux pour l'avenir est de pratiquer, séance tenante, l'ablation de tout l'appareil utéro-ovarien.

Kystes. — Dans nombre de cas, sous l'influence de l'inflammation, les kystes séreux ou sanguins des ovaires se rompent et donnent lieu à des pelvi-péritonites locales, dont on peut aisément reconnaître l'existence, en dehors de toute incision exploratrice.

Souvent alors l'incision des culs-de-sac vagino-péritonéaux suffit pour vider et laver le péritoine, s'assurer que le kyste est uniloculaire et finir l'opération en suturant les bords du kyste à la plaie vaginale et en terminant par un drainage qui permet de faire les injections antiseptiques jusqu'à complète cicatrisation; nous avons guéri ainsi, par une intervention aussi simple que possible, bon nombre de malades auxquelles ce procédé a épargné une laparotomie parfaitement inutile dans ce genre de lésions.

Mais si les deux ovaires sont en même temps kystiques et que l'utérus soit également malade, l'ablation de cet organe donne un jour nouveau à l'opérateur et lui permet d'extraire alors, par dissection, les kystes ovariques, séreux ou sanguins, suppurés ou végétants, rompus ou non, et cela sans chance ultérieure de récidive, grâce à notre procédé de drainage et aux injections antiseptiques consécutives.

C'est ainsi que nous avons pu extraire par cette méthode un certain nombre de kystes qui contenaient 2 ou 3 litres de liquide et dont la poche, plus ou moins ramollie et friable, était adhérente à la plupart des organes pelviens; nos divers modèles de pinces nous permettaient de saisir, d'attirer et de morceler progressivement les diverses portions de la tumeur, plus facilement peut-être que si nous avions ouvert la cavité abdominale. On conçoit, d'ailleurs, qu'une telle opération ait plus d'avantages, tout en faisant courir moins de risques, puisqu'elle permet de surveiller et de favoriser sans danger l'élimination des débris de la poche restée adhérente jusqu'à la cicatrisation définitive.

A ceux qui objecteraient que les manœuvres opératoires se faisant par une voie moins grande exigent une main plus délicate et une somme de connaissances un peu plus grande, nous répondrions que les chirurgiens qui entreprennent ces sortes d'opérations doivent avoir les qualités nécessaires, sous peine de se limiter aux petites interventions chirurgicales.

Sans plus nous attarder sur ce point, ajoutons que ce que nous avons déjà dit pour les cancers et les tubercules des trompes s'applique exactement aux lésions de même ordre qui peuvent se développer dans les ovaires.

IV

Tumeurs des ligaments larges. — Les petites tumeurs des ligaments larges, dont nous avons à parler ici, sont surtout des abcès, des kystes, des tubercules, et plus rarement des sarcomes et des lipomes. En général, rien n'est plus facile que de diagnostiquer la présence et le siège de ces tumeurs, qui sont en contact presque direct avec le vagin, ordinairement bien circonscrites et parfois saillantes dans les culs-de-sac latéraux.

Abcès. — Quand il s'agit d'abcès, alors même qu'ils se seraient développés au centre d'un phlegmon ou d'un foyer de pelvi-péritonite, le procédé opératoire par la voie vaginale a été de tous temps le procédé classique. Jamais les chirurgiens n'ont hésité à ouvrir par le vagin ces collections purulentes, qui se développent dans les ligaments larges et tendent naturellement à s'ouvrir à la partie inférieure de ces ligaments. Quelques-uns reculaient pourtant autrefois devant la dilatation des artères de la région qu'ils avaient souvent le plus grand mal à reconnaître, soit pour les éviter, soit pour les saisir et les lier ou les cautériser. Notre méthode du pincement a fait disparaître cette difficulté, en assurant une hémostase certaine. Ajoutez à cela le drainage avec un tube en canon de fusil fixé par un fil au col de l'utérus, et les pansements et lavages antiseptiques, et vous comprendrez comment on peut aujourd'hui opérer sans aucun risque et guérir assez rapidement ces tumeurs des ligaments larges.

Toutefois, il n'est pas rare de voir un autre abcès se développer du côté opposé à celui que l'on a déjà guéri, et ces poussées suppuratives bilatérales peuvent s'accompagner d'un état fébrile et même infectieux, sans qu'il soit facile de prévoir et de déterminer la cause de cette complication. Dans ces cas, l'ouverture simple de l'autre ligament suppuré ne suffit pas toujours à enrayer la marche inquiétante de ces accidents locaux et généraux; c'est alors que l'hystérectomie vaginale totale fait merveille.

L'ablation de l'utérus, qu'on trouve parfois baigné, ramolli et même en partie détruit au milieu de ces foyers de suppuration, est rapidement suivie d'une amélioration complète; le calme renaît comme par enchantement, la fièvre tombe, l'appétit, les forces et la gaieté reviennent avec une étonnante rapidité. Nous avons, par cette méthode, guéri des malades, même âgées, qui, par toute autre intervention, n'auraient pu être qu'améliorées et auraient probablement succombé avant que le pus ait eu le temps de se faire jour spontanément dans un des organes du voisinage.

Kystes. — Les kystes séreux ou sanguins, qui se développent dans l'intérieur des ligaments larges, ont reçu le nom de kystes para-ovariens. La plupart d'entre eux contiennent un liquide séreux et clair comme de l'eau de roche; mais, sous l'influence de poussées inflammatoires, ils peuvent devenir hématiques ou purulents. Enfin, ces kystes peuvent être multiloculaires ou aréolaires, ainsi que nous en avons cité de nombreux exemples.

Or, il suffit de jeter un coup d'œil sur les observations publiées dans la science pour voir que les chirurgiens attendent le plus souvent, pour aborder ces tumeurs, qu'elles

soient volumineuses; ils les opèrent alors par la voie abdominale, suivant des méthodes que nous avons préconisées pour ces cas : tantôt ils peuvent les énucléer et les extirper complètement, s'il n'y a pas trop d'inflammation ou d'adhérences; tantôt ils ne peuvent qu'en réséquer une partie et suturent le reste au bord inférieur de la plaie hypogastrique, suivant la méthode de suppuration que nous avons imaginée pour le traitement des kystes uniloculaires adhérents, dont on ne pouvait enlever qu'une portion sans danger. Mais, en réalité, une telle ligne de conduite nous paraît vicieuse. Ne serait-il pas plus simple d'opérer ces tumeurs par la voie vaginale dès qu'elles sont reconnues, et alors qu'elles sont encore petites, plutôt que d'attendre leur développement et celui de leurs adhérences pour les opérer par la voie abdominale? Rien n'est, en effet, plus facile que d'aborder ces petites tumeurs par le vagin, alors même qu'elles seraient situées à la partie supérieure des ligaments larges. Il suffit, comme dans le procédé que nous avons indiqué pour les petites tumeurs et suppurations des trompes, de disséquer circulairement le col de l'utérus et d'inciser les ligaments larges sans ouvrir le péritoine.

Grâce à nos pinces hémostatiques, l'opération peut être faite sans danger, et le champ opératoire est suffisamment ouvert par l'application de nos rétracteurs vaginaux. On peut ainsi aborder, sans aucun risque, la partie inférieure du kyste, l'inciser, le vider et placer dans sa cavité un tube à drainage, qu'on fixe comme toujours au col utérin. C'est par cette voie qu'on fait les injections antiseptiques, qui produisent rapidement la cicatrisation et le retrait de la poche.

Tubercules. — Quand il s'agira d'un foyer tuberculeux arrivé à la période de suppuration, on devra recourir au même procédé, mais en prenant la précaution de pratiquer un râclage et un grattage en règle de toutes les parties suspectes. On agira de même pour l'autre côté si un foyer tuberculeux nouveau se développe dans l'autre ligament, ce qu'on observe quelquefois.

Mais si le chirurgien n'est appelé qu'au moment où les lésions tuberculeuses se sont propagées aux annexes et au péritoine voisin, il n'y a vraiment pas d'autre ressource que de faire l'*extirpation* totale de l'appareil génital interne, en prenant soin d'*enlever* tout ce qui paraît malade : c'est la seule chance qu'on ait d'empêcher la récidive.

Au lieu de suivre cette voie si simple, nous avons vu quelques-uns de nos collègues préférer la voie abdominale pour extirper les annexes qu'ils supposaient être le point de départ de la tuberculose. Ils croyaient, en effet, comme pour les kystes, qu'après s'être frayé un large chemin opératoire, il leur serait plus facile d'ouvrir et de râcler ces foyers tuberculeux. Malheureusement, les faits ont justifié notre conduite, puisque la voie abdominale, dans ces cas, a fait ultérieurement des victimes que la voie vaginale avait une première fois sauvées.

Nous avons vu des malades auxquelles nous avions enlevé et râclé, par le vagin, des foyers tuberculeux du ligament large; elles avaient bientôt repris leurs forces en même temps qu'elles voyaient disparaître leurs douleurs. Or, quelques années plus tard, une nouvelle poussée tuberculeuse se faisait de l'autre côté; d'autres chirurgiens les opéraient par l'abdomen, et elles ne tardaient pas à succomber après ce second mode d'intervention, alors qu'une première opération par le vagin les avait antérieurement guéries.

Fibromes, lipomes, sarcomes. — Les fibromes et lipomes, comme les kystes simples, peuvent être facilement reconnus et extirpés par la voie vaginale, mais à la condition d'être encore de petites tumeurs. Quant aux grandes, elles sont avant tout passibles de la voie abdominale. Enfin, c'est à cette dernière voie que nous conseillons encore de recourir pour les sarcomes qui prennent une extension rapide et se développent du côté de la partie supérieure du bassin.

V

Péritoine. — Nous n'insisterons pas longuement sur le diagnostic et le traitement des tumeurs qui peuvent se développer dans le péritoine pelvien.

Sans doute, on peut y rencontrer, comme dans tout le reste du péritoine, des pelvi-péritonites primitives; mais elles sont beaucoup plus rares que les pelvi-péritonites consécutives aux métro-salpingo-ovarites. Sous l'influence de ces inflammations, la séreuse se vascularise, s'épaissit et contracte avec l'utérus et ses annexes des adhérences qu'il est habituellement facile de reconnaître par le toucher vaginal, à leur sensibilité anormale, à leur consistance et à la fixité qu'elles impriment aux organes voisins. Ces adhérences sont parfois tellement fâcheuses qu'elles déterminent des névralgies utéro-ovariennes intolérables. Suivant quelques auteurs, MM. Bernutz et Goupil en particulier, elles peuvent même devenir le point de départ de fluxions hémorrhagiques, et par suite d'hématocèles.

Or, autant les chirurgiens, nos maîtres, qui diagnostiquaient d'ailleurs facilement les pelvi-péritonites séreuses, sanguines ou purulentes, hésitaient à donner issue aux liquides contenus dans ces poches péritonitiques enkystées, parce qu'ils redoutaient surtout les hémorrhagies et la septicémie, autant nous avons mis de zèle à en conseiller l'ouverture aussi prompte et aussi large que possible, n'ayant plus rien à craindre de l'hémorrhagie, avec nos pinces, ni de la septicémie, avec les pansements modernes.

Rien n'est aujourd'hui plus facile, le vagin étant bien lavé et rétracté, que de disséquer circulairement le col de l'utérus, d'ouvrir le péritoine au niveau de la tumeur et de donner issue au liquide; puis on établit le drainage de la cavité avec un tube en canon de fusil, qui sert aux injections antiseptiques, et que l'on maintient en place pendant un temps qui varie nécessairement, selon qu'il s'agit d'une poche à liquide séreux, sanguin ou purulent.

Si la pelvi-péritonite est primitive, la guérison ainsi obtenue est rapide. Il en est de même encore si l'épanchement est consécutif à une grossesse tubaire ou à la rupture d'un kyste sanguin uniloculaire de l'ovaire. Mais si l'inflammation péritonéale provient d'une métro-salpingo-ovarite suppurée, la guérison pourra se faire longtemps attendre, alors même que le pus ne se serait pas encore fait jour dans l'une des cavités avoisinantes. Aussi faut-il, en pareil cas, le péritoine étant ouvert, explorer avec soin l'état de l'utérus, des trompes et des ovaires. Si l'on constate alors que ces organes sont assez profondément altérés pour être devenus impropres à la reproduction, le mieux sera de les extraire en totalité, afin de mettre la malade à l'abri d'une récidive qui pourrait être fatale, et c'est toujours la voie

vaginale qui, dans ces cas, est la seule praticable avec succès.

Nous en avions encore la preuve l'autre jour à l'hôpital. Le samedi 3 mai, nous étions appelés à opérer une jeune actrice, tourmentée depuis deux ans par des poussées inflammatoires métro-péritonéales avec vomissements, tympanisme, diarrhée purulente, etc. Ces renseignements cliniques et l'examen direct de la région nous donnaient l'impression d'abcès péri-utérins entourés de fausses membranes épaisses dans tout le petit bassin. Le col de l'utérus était sain, mais le corps était entièrement immobilisé dans une véritable sphère de tissus morbides, épais et résistants, qui donnaient au doigt la sensation de corps fibreux ayant envahi et englobé tous les organes pelviens.

En présence de telles lésions, la laparotomie ne pouvait rendre aucun service; elle ne nous aurait certainement pas permis de pratiquer sans danger l'ouverture, le grattage et l'ablation complète de ces foyers purulents, de ces fausses membranes épaisses et adhérentes, en présence desquelles nous nous sommes trouvé. L'hystérectomie seule, telle que nous l'avons pratiquée par la voie vaginale, pouvait, en ouvrant largement la voie à l'élimination de ces produits inflammatoires et en enlevant la cause qui les produisait, permettre d'enrayer l'évolution de ces accidents, d'obtenir la résolution ultérieure de tous ces reliquats purulents, pseudo-membraneux.

L'ablation de l'utérus et de ses annexes, entièrement envahis par le mal, nous permit, séance tenante, de vider la plupart de ces abcès et d'extirper une grande partie des adhérences, en un mot de faire le nettoyage du champ opératoire; le drainage et les lavages antiseptiques ont complété notre intervention, et la malade, promptement rétablie, se trouve désormais à l'abri des récidives.

Si la laparotomie d'emblée nous avait mis en présence de tels désordres, nous ne voyons pas trop par quels procédés elle eût pu obtenir les résultats surprenants que nous a donnés l'hystérectomie vaginale.

Dans les cas de tuberculose du péritoine pelvien, non encore suppurée et localisée aux culs-de-sac, on peut se contenter d'ouvrir la séreuse et obtenir d'importantes améliorations à l'aide des injections antiseptiques. Mais si les tubercules sont suppurés et qu'ils soient surtout consécutifs à d'autres lésions tuberculeuses de l'utérus et de ses annexes, c'est encore l'hystérectomie vaginale totale qui permettra le mieux de faire disparaître les souffrances, les désordres de voisinage, l'état fébrile même, qui mettent la vie en danger, et de couper court aux menaces d'une tuberculose locale grave et fatalement envahissante.

De même pour les tumeurs végétantes limitées au péritoine pelvien. L'ouverture de la séreuse par les culs-de-sac permettra de les reconnaître et d'en apprécier l'étendue. Si elles ont envahi la surface de l'utérus et ses annexes et comme englobé dans leur développement tout ou la plus grande partie de l'appareil génital interne, il faudra sans hésiter pratiquer, séance tenante, l'ablation totale de ces organes par la voie vaginale. Si, au contraire, on ne trouve qu'une petite tumeur de même nature sur l'un ou l'autre de ces organes, on se contentera de l'extirper en respectant le reste de l'appareil utéro-ovarien. Nous avons, en effet, démontré que ces tumeurs, bien qu'elles s'accompagnent d'une production d'ascite considérable, sont habituellement bénignes et n'exposent pas à la récidive après leur ablation.

VI

Organes du voisinage. — A côté des tumeurs que nous venons d'examiner rapidement dans leur ensemble, et qui prennent naissance dans l'appareil génital interne et ses annexes, on rencontre quelquefois de petites tumeurs qui se sont développées dans la paroi antérieure du rectum ou la paroi postérieure de la vessie. Ces petites tumeurs sont le plus souvent kystiques et peuvent être facilement confondues avec celles que nous venons de décrire. Comme celles-ci, d'ailleurs, elles peuvent être avantageusement abordées par la voie vaginale.

Dernièrement, après avoir ouvert le cul-de-sac postérieur du péritoine, pour savoir quel était le siège exact d'un kyste gros comme une orange, accolé et adhérent à la face postérieure de l'utérus, nous reconnûmes, avec l'extrémité du doigt, que ce kyste avait pris naissance dans la paroi antérieure du rectum, dont il refoulait la tunique péritonéale; comme il était uniloculaire, nous prîmes le parti, après l'avoir vidé, de le traverser avec un tube à drainage dont l'une des extrémités fut passée à travers la cloison recto-vaginale et le périnée et l'autre sortait au dehors par le vagin : la plaie péritonéale fut ensuite fermée à l'aide de points de suture métalliques, à anses séparées, qui furent retirés après quelques jours; le drain fut laissé en place et permit de faire des injections antiseptiques jusqu'à la rétraction complète de la poche, qui se fit, d'ailleurs, assez rapidement.

Voici donc un nouveau cas, où les partisans de la voie abdominale eussent été, il me semble, embarrassés pour le diagnostic et le traitement par cette voie : ils n'eussent pu énucléer entièrement le kyste adhérent et enkysté lui-même, pour ainsi dire, dans la paroi rectale et ce n'était certes pas une occasion favorable pour recourir à la méthode de suppuration par l'hypogastre.

C'est également à notre méthode vaginale, que notre habile collègue, M. Segond, a dû de découvrir en avant de l'utérus le kyste séreux du bas-fond de la vessie, dont il a présenté l'intéressante observation au dernier Congrès de chirurgie. Par conséquent, même pour ces tumeurs, qui sont plus rapprochées de l'hypogastre que les précédentes, il nous semble démontré que leur diagnostic et leur traitement ne sauraient se faire aussi tôt et aussi bien par la voie abdominale que par la voie vaginale, que nous préconisons, et dont nous venons d'énumérer les principales indications.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'exercice chez les adultes (1), par le docteur Fernand Lagrange, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine, médecin consultant à Vichy.

L'auteur qui avait étudié, dans un précédent volume, l'hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, indique aujourd'hui les règles qui doivent diriger l'application des exercices physiques chez l'homme fait.

Il fait d'abord un exposé rapide des maladies qui résultent du défaut d'exercice, plus funeste encore à l'adulte qu'à l'enfant. Puis il expose les règles rationnelles des exercices du corps dans l'âge mûr et la vieillesse.

(1) In-18. Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Après les indications de l'âge viennent les indications du tempérament. Cette deuxième partie du livre est assurément la plus intéressante et la plus neuve. Les règles de l'application des exercices physiques aux tempéraments extrêmes et même aux tempéraments morbides sont exposées, avec une foule de détails pratiques, dans une série de chapitres intitulés : les valétudinaires, les obèses, les goutteux, les dyspeptiques, les diabétiques, les essoufflés, les cardiaques, les névrosthéniques.

Enfin, sont passés en revue tous les exercices connus avec leurs effets utiles ou nuisibles. Les effets hygiéniques des jeux de plein air, de l'escrime et des divers exercices de sport, la gymnastique française sont exposés avec détails dans la troisième partie du livre, ainsi que la gymnastique suédoise que l'auteur a pu étudier à Stockholm, dans une mission scientifique que lui a confiée le ministère de l'Instruction publique.

Bien que le livre vise à fournir aux médecins d'utiles renseignements pratiques, l'auteur s'est appliqué à éviter les formules trop techniques et à parler la langue de tout le monde. Il a réussi à conserver à son ouvrage un caractère de « vulgarisation » sans lequel un livre d'hygiène ne saurait être vraiment utile.

Vaccine et vaccination (1), par le docteur Saint-Yves Ménard.

Après avoir rappelé les terribles épidémies de variole qui ont décimé les populations jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, M. Saint-Yves Ménard expose brièvement l'histoire de la découverte de la vaccine, par Jenner, et en montre immédiatement les bienfaits.

Mais l'humanité tire-t-elle tout le profit possible de cette découverte ? Non, pour trois raisons principales :

1° La vaccination, telle que l'a instituée Jenner, n'est pas sans inconvénients. Le vaccin entretenu d'enfant à enfant nous expose à la transmission de maladies graves et notamment de la syphilis ;

2° La moitié des sujets vaccinés donnent prise encore à la variole au bout d'un certain temps ;

3° Nombre d'enfants échappent à la vaccination, soit par suite de l'ignorance ou de l'insouciance des parents, soit par suite de difficultés locales.

A ces trois causes qui empêchent la vaccine de donner tout le bien qu'on en peut attendre, l'auteur oppose trois remèdes :

1° Le vaccin animal (cow-pox cultivé de génisse à génisse) et les précautions antiseptiques rendent désormais la vaccine inoffensive ;

2° La revaccination peut faire cesser complètement les épidémies de variole. Il faut proclamer son utilité, au même titre que celle de la vaccination ;

3° Il est facile de distribuer du vaccin de génisse dans tous les services publics, sans organisation dispendieuse. Il est à souhaiter qu'une loi rende la vaccination et la revaccination obligatoires.

Tel est, en substance, l'enseignement pratique qui ressort de cette leçon de la clinique Baudelocque.

Guide pratique pour le choix des lunettes (2), par le docteur Trousseau.

Qu'avaient jusqu'ici à leur disposition les étudiants et les médecins désireux d'apprendre à corriger les troubles si variés de la réfraction? De volumineux traités d'où les notions pratiques ensevelies sous un monceau de considérations et de formules scientifiques ne pouvaient être extraites qu'après de laborieux efforts, ou des ouvrages plus clairs, excellents pour les spécialistes, mais encore trop savants pour le débutant ou pour le praticien. M. Trousseau a pensé qu'un très petit livre, mettant à la portée de tous les notions indispensables pour choisir avec sécurité les verres de lunettes, aurait de grandes chances d'être favorablement accueilli, d'où l'éclosion de ce Manuel. Il en a banni toute considération théorique, n'y a maintenu que les seuls renseignements nécessaires à l'étude des anomalies de réfraction et au choix correct des verres. Présenté comme un traité de réfraction, il eût pu être déclaré incomplet. Ses allures modestes, son caractère d'utilité pratique lui concilieront la sympathie de tous.

(1) 1 vol. broché. Prix : 1 franc. — Paris, Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain.

(2) Prix : 1 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 juin 1891, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Rémond et Ambiel.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Martine, Rousseau et Le Méhauté.

— Par décret, en date du 24 juin 1891, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, démissionnaires, Pascal, Augiéras, Brault de Bournonville, Lagrange, Dève.

— Par décision ministérielle, en date du 24 juin 1891, les officiers du corps de santé dont les noms suivent, ont été inscrits à la suite des tableaux d'avancement, savoir :

Pour le grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Loillier et Darde.

Pour le grade de pharmacien principal de première classe. — MM. les pharmaciens principaux de deuxième classe Rebuffat, Arrufat et Bouillon.

— Par décision ministérielle, en date du 25 juin 1891, M. Choné, médecin-major de deuxième classe au 7e dragons, a été désigné pour le 48e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 juin 1891, la date du concours qui devait s'ouvrir le 9 novembre 1891, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger, est fixé au 20 octobre 1891.

— MM. les docteurs Deschamps (de Paris) et Massie (de Labatut), ont été nommés chevaliers du Mérite agricole.

— M. le docteur Caillette, médecin inspecteur des écoles, successeur de M. le docteur Moreau-Marmont, vient d'être chargé du service de médecine et de chirurgie dentaires, créé au Cercle national des armées de terre et de mer.

En raison de l'impropriété des locaux, M. le docteur Caillette recevra MM. les officiers, membres du cercle, en son cabinet, 23, boulevard Haussmann, tous les jours, de dix heures à quatre heures.

— Clientèle médicale très importante, à céder de suite, à une faible distance de Paris. Rapport annuel 18000 francs. Fixe 1500 francs (environ 25 châteaux). — S'adresser à M. le docteur Hautecœur, 24, rue de Ponthieu, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

5

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide		
Arséniate »	sesqui-oxyde de fer	
Phosphate »		
Sulfate »		0.44
— de chaux....................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

46

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

77

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

50

MARTIGNY-LES-BAINS (VOSGES)

EAUX ALCALINES, LITHINÉES, FERRUGINEUSES ET MAGNÉSIENNES

SOURCE Nº 1 : **Goutte, gravelle, diathèse urique.**

SOURCE Nº 2 : **Diabète, lithiase biliaire.**

SAISON : *20 mai — 20 septembre.*

Caisse de 50 et 25 bouteilles, **25** fr. et **13** fr.

99

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

—employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.
La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . 2 *fr.*
Ph en ✠, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

44

ANALYSE DE JUIN DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de juin, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1033.400
	gr.	
Beurre par litre. . . .	50.900	
Albumine.	5.500	
Caséine.	29.500	
Sucre de lait	49.000	
Sels.	7.100	
Total des matières fixes. . .	142.000	142.000
Eau		891.400

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique.	1.988
Acide sulfurique	0.127
Potasse	1.590
Soude	0.640
Chaux	1.660
Magnésie	0.166
Acide carbonique, chlore, fer, etc. . .	0.929
Total.	7.100

PRIX :
Dans les dépôts. . . 65 c. le litre.
— . . . 40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile. . 70 c. le litre.
— . . . 45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : DE 1 A 4 CUILLERÉES A SOUPE DANS UN PEU D'EAU.

Phie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

29

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

20

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le seul vin de Quinquina ne constipant pas et n'irritant pas les voies intestinales, grâce à l'action tempérante *correctrice* que les principes adoucissants, digestifs et nutritifs de l'Extrait fluide de Malt exercent sur les éléments astringents du quinquina.

Dépôt central : SECRETAN, 52, r. Decamps, Paris.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

65

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

72

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

29

LES PILULES DE VALLET

ont été approuvées par l'Académie de médecine après un rapport qui constate leur efficacité et leur supériorité sur les autres préparations ferrugineuses, pour la guérison de la *chlorose* et de l'*anémie*. « Les **Pilules de Vallet** étant solubles dans les sucs digestifs, on n'a pas à craindre qu'elles traversent les organes sans produire d'effet. Mais la dissolution en est lente et graduelle, en sorte qu'elles n'offensent pas l'estomac, comme les préparations martiales liquides ou très solubles, qui produisent souvent de l'irritation ou de la gastralgie. » (Extrait du rapport de l'Académie de médecine de Paris.)

Les **Pilules de Vallet** contiennent le fer sous le même état de combinaison où il se trouve dans les eaux minérales naturelles (carbonate ferreux) avec ce grand avantage que, dans la préparation de Vallet, le sel de fer se conserve inaltérable et que le malade n'est pas obligé de boire de grandes quantités d'eau, au préjudice de son estomac (Gubler), pour une faible quantité de médicaments. Dose : 2 à 8 par jour.

NOTA. — Les *véritables* **Pilules de Vallet** ne sont pas argentées, mais blanches, et sur chaque pilule le nom Vallet est imprimé en noir. Elles ne se vendent qu'en flacons de 3 francs et en demi-flacons de 1 fr. 50. Sur tous les flacons se trouve la signature *Vallet*, 19, rue Jacob, Paris. Dans toutes les pharmacies.

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.

Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.

Exiger Timbre de l'Etat. — Toutes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Andral. Des rapports du goître simple avec la maladie de Basedow; des faux goîtres exophthalmiques. — Médecine pratique. — Société de Chirurgie. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 29 juin 1891.

La communication faite mardi dernier par M. Cornil, devant l'Académie de médecine, a eu le plus grand retentissement et a suscité la réprobation la plus universelle. Nos lecteurs ont déjà enregistré les énergiques protestations des académiciens présents, dont plusieurs ont qualifié de « criminelle » la conduite du chirurgien expérimentateur. Dès le lendemain, ce fut grand tapage dans toute la presse. Le directeur général de l'Assistance publique fut mandé au conseil municipal. Des enquêtes furent ouvertes et il fut de suite établi que le chirurgien dont M. Cornil avait rapporté les malheureuses expériences était, sinon étranger à la France, du moins étranger aux hôpitaux et à Paris. Un journal du soir, se prétendant bien informé, désigne la ville où l'inoculation cancéreuse aurait été pratiquée et somme le gouvernement d'intervenir pour arrêter à jamais d'aussi criminelles tentatives. M. Cornil s'est toujours associé aux protestations de ses collègues, et, dans une longue lettre adressée hier soir à un journal de la grande presse, il se justifie en quelque sorte de la communication qu'il a faite. Il s'est borné à tirer des conclusions scientifiques d'un incident « criminel ».

« Le pont de Bâle s'écroule, dit-il, des centaines de familles sont en deuil : on cherchera à établir à qui remonte la responsabilité de ce désastre. Mais, en même temps, les ingénieurs, les savants ne manqueront pas de déterminer les conditions de résistance du fer, afin de prévenir de pareilles catastrophes. C'est leur droit et leur devoir.

Un coup de feu criminel atteint un Canadien en pleine région de l'estomac. Le médecin qui soigne le blessé parvient à lui sauver la vie; mais il restera une fistule gastrique par laquelle l'estomac se montrera à nu, permettant de lire, comme à livre ouvert, ce qui s'y passe. Le médecin profite de cette plaie pour étudier les fonctions de la muqueuse, la composition chimique et les propriétés digestives du suc gastrique. Ce Canadien, dont l'observation est restée célèbre, a révélé les secrets de la digestion dans l'estomac. Son médecin devait-il fermer les yeux, s'obstiner à ne pas étudier ces phénomènes nouveaux, parce qu'il en devait la connaissance à une tentative d'assassinat ?

En ce qui me concerne, j'ai reçu, par la poste, d'un pays lointain, il y a quatre ans, des préparations de cancers et des mêmes tumeurs greffées, ayant pris et s'étant développées chez deux malades. Ces préparations démontraient la possibilité de la greffe du cancer. Elles étaient d'un grand intérêt scientifique et entraînaient par surcroît des conséquences pratiques utiles. »

Aussi la question n'est-elle pas là. L'honorable professeur d'anatomie pathologique a eu mille fois raison d'examiner les pièces qu'on avait soumises à son examen, et d'en tirer les conclusions scientifiques qu'elles comportaient. Le fait répréhensible est le fait seul de l'inoculation. Une malade se confie à un chirurgien pour être soignée, pour être débarrassée d'un mal qui la minait ; elle s'abandonne entièrement à lui, elle se livre avec la plus entière et absolue confiance, et le chirurgien, déloyal, abusant du sommeil chloroformique, après avoir extirpé la tumeur, en inocule un fragment dans la mamelle du côté sain ! Comment peut-on qualifier cette action ? Peu importe l'intérêt scientifique qui s'attache à cette question de la greffe cancéreuse. On plaiderait en vain, pour le médecin coupable, la moindre circonstance atténuante. Si l'inoculabilité d'une affection est chose importante à résoudre, c'est sur lui-même que le médecin doit la pratiquer, imitant en cela les courageuses tentatives de nos collègues et de nos maîtres, qui se sont inoculé, à eux-mêmes, la syphilis, la septicémie gangréneuse, la lèpre, la diphthérie, etc. Ces nobles exemples nous réconfortent, et quand ils sont là, sous nos yeux, point n'est besoin de regarder de l'autre côté du Rhin, pour prendre comme guides ceux qui inoculent, à leurs malades, l'érysipèle et différentes autres septicémies. Cette réprobation unanime a dû faire comprendre à l'inconscient expérimentateur quelle était l'étendue de sa criminelle aberration.

HOPITAL ANDRAL. — M. Debove.

Des rapports du goître simple avec la maladie de Basedow; des faux goîtres exophthalmiques (1).

Par M. le docteur I. Bruhl,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

II

En présence de ce tableau clinique, quel diagnostic devions-nous formuler ? S'agissait-il d'une maladie de

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 683.

Basedow à proprement parler? S'agissait-il d'un syndrome résultant de l'association morbide d'un goître vulgaire et d'une affection cardiaque, simulant le syndrome de la maladie exophthalmique? Cette distinction, nous ne craignons pas de le reconnaître, est à coup sûr délicate et subtile. La maladie de Basedow n'implique pas seulement l'idée de la classique triade symptomatique, mais bien aussi l'idée d'une sorte d'entité morbide, c'est-à-dire d'un type clinique ayant des allures spéciales et une évolution propre. Ce qui vient encore compliquer le problème, c'est que nous connaissons aujourd'hui des formes frustes de la maladie de Basedow que nul ne conteste plus, formes où la symptomatologie est parfois fort incomplète; dans ces conditions, on conçoit aisément combien le tableau clinique peut varier. Peut-être, par un examen approfondi des symptômes relatés dans les observations de MM. Brissaud et Lamy et des signes que nous avons pu observer chez la malade de M. Debove, pourrons-nous arriver à des conclusions intéressantes.

Nous n'insisterons ni sur le tremblement, ni sur l'exophthalmie, qui sont des phénomènes inconstants, puisqu'ils n'ont été observés que dans deux cas sur quatre. L'exophthalmie, dans ces diverses observations, a toujours été légère, parfois transitoire; d'une façon générale, les malades n'avaient pas ce regard fixe, ce facies si spécial qui permet souvent de faire de visu le diagnostic de maladie de Basedow. Dans notre cas, en particulier, la stase mécanique jouait évidemment un rôle dans la production de l'exophthalmie, puisque nous avons constaté la diminution de ce symptôme, lorsque, sous l'influence du traitement digitalique, on avait rendu au myocarde une certaine tonicité.

Quant aux accidents cardiaques, ils méritent d'être analysés de très près. Le plus souvent, en effet, il ne s'agit nullement de ces palpitations nerveuses avec tachycardie survenant par crises, précédant parfois de plusieurs mois l'apparition des autres manifestations de la maladie de Basedow. On n'observe pas davantage cet éréthisme vasculaire, ces battements artériels qui sont si évidents au cou et qui font de la tuméfaction thyroïdienne une véritable tumeur pulsatile. Il s'agit bien plutôt d'accidents, relevant non pas d'un trouble de l'innervation cardiaque mais d'une altération profonde du cœur, se traduisant par de la dyspnée, des œdèmes, en un mot par les signes de l'asystolie. Ces troubles circulatoires sont signalés dans les quatre observations que nous avons en vue. Si on excepte une des observations de M. Brissaud, quelque peu incomplète, parce que la malade n'a pas voulu séjourner à l'hôpital, trois fois l'asystolie était évidente : l'œdème des membres inférieurs persistait depuis des mois; la quantité d'urine émise était minime; il y avait même des traces d'albumine; enfin, il existait des congestions passives des viscères; dans certains cas, la digitale a paru encore rendre quelque service. Nous n'ignorons pas que depuis fort longtemps on avait décrit des altérations organiques du cœur dans des cas rares et exceptionnels de maladie de Basedow; nous citerons simplement les faits de Parry, Prael, M. Hervieux, Vogt, M. Rendu. Nous savons également que des accès d'asystolie peuvent survenir dans le cours du goître exophthalmique, faits sur lesquels M. Debove a appelé l'attention dans un mémoire des plus intéressants, inséré dans les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux* (1880); mais ces accidents sont essentiellement passagers; ils sont amendés par la digitale; ils ne relèvent pas d'une affection organique du cœur, mais, ainsi que l'a montré M. Debove, ils sont le résultat d'un trouble de l'innervation cardiaque. Il nous paraît, par conséquent, légitime de conclure à la rareté de l'asystolie vraie dans la maladie de Basedow.

Le point le plus curieux, qu'il importe de bien mettre en relief, est ce qui a trait au goître. Dans toutes les observations, il s'agit de goîtres vulgaires, endémiques ou familiaux, existant déjà depuis un grand nombre d'années et n'ayant donné lieu à aucun trouble fonctionnel. Tantôt, comme dans le cas de M. Dubreuil (1), il s'est agi de goîtres kystiques, d'autres fois de goîtres colloïdes ou de goîtres où l'élément fibreux était prédominant. Ces goîtres présentaient le volume d'une mandarine ou du poing, c'est-à-dire avaient des dimensions moyennes; en général, ce volume n'était pas suffisant pour amener des phénomènes inquiétants de compression. Il n'en est pas toujours ainsi, il est vrai, et chez notre malade il existait une compression de la trachée que nous avions soupçonnée de son vivant à cause du cornage qu'elle présentait, et dont l'autopsie nous a révélé la réalité. On voit combien ce goître diffère du goître de la maladie exophthalmique, qui est presque toujours petit, éminemment vasculaire, subissant, par suite, des variations de volume très appréciables; il est souvent pulsatile et donne, par la palpation, la sensation de thrill; il est animé de mouvements d'expansion correspondant à la systole cardiaque. D'ailleurs, on sait que le goître fait souvent défaut dans la maladie de Basedow; son inconstance même a permis aux auteurs de faire justice de la théorie pathogénique, d'après laquelle le corps thyroïde hypertrophié serait la cause et l'origine des accidents du syndrome de Basedow.

L'évolution des accidents que nous avons en vue est bien différente de celle du goître exophthalmique; ici, les symptômes primordiaux apparaissent à des intervalles assez rapprochés et le syndrome clinique est constitué en quelques semaines ou en quelques mois; dans les faits auxquels nous faisons allusion, le goître a précédé d'un grand nombre d'années l'exophthalmie et surtout les manifestations cardiaques.

Enfin ces accidents surviennent d'ordinaire à un âge avancé, vers la soixantaine, tandis que la maladie de Graves s'observe surtout entre vingt et trente ans; celle-ci est beaucoup plus fréquente chez la femme pendant la durée de la vie menstruelle et devient une grande exception après la ménopause.

Les raisons cliniques ne manquent donc pas pour distinguer ces accidents du goître exophthalmique vrai, et si, dans certains cas, on observe des symptômes analogues, leur signification et leur évolution sont bien différentes.

Il nous reste maintenant à trouver l'explication de ces faits.

Nous ne nous attarderons pas à résumer les théories qui ont été tour à tour émises pour expliquer le goître exophthalmique, qu'il nous suffise de rappeler que la théorie nerveuse, la plus généralement admise, est la plus satisfaisante de toutes; elle nous donne l'explication d'une série de phénomènes morbides pouvant coïncider avec la maladie de Basedow et dont l'interprétation était fort difficile, il y a peu de temps encore. Le seul point que nous désirions établir, c'est que la tuméfaction du corps thyroïde n'est pas une condition indispensable pour la production du syndrome de Graves : la vraie maladie de Basedow est indé-

(1) Dubreuil. *Gazette médicale de Paris*, 1887

pendante du corps thyroïde. On connaît, en effet, quelques cas de cette affection survenue chez des malades après l'ablation du corps thyroïde; rappelons, à ce propos, l'intéressante observation de M. Teissier, concernant une malade à laquelle Dolbeau avait pratiqué la thyroïdectomie, et un fait de M. Souques, publié dans la thèse de M. Chrétien (1), où il s'agissait d'une femme de trente-six ans, qui avait eu un goître; à l'âge de trente et un ans, elle fut atteinte de vomissements fréquents, dont la gravité fut telle que Gosselin se décida à lui faire l'ablation du corps thyroïde. Quelques années plus tard survinrent des modifications de caractère, de l'exophthalmie, des palpitations, en un mot, le tableau complet de la maladie de Basedow.

Les affections du corps thyroïde, le goître en particulier, ne paraissent pas avoir été envisagées comme une des causes possibles du goître exophthalmique. Nous ne pouvons mieux faire que de rappeler textuellement ce que dit à ce sujet M. Rendu, dans son excellent article du *Dictionnaire encyclopédique* : « Il n'y a aucun rapport à établir entre les deux maladies, de nature différente. En Suisse, dans le canton de Vaud, où règne à l'état endémique le goître, la névrose est inconnue. En Irlande, pays de la névrose, il n'y a pas de goîtreux. »

Cependant longue est la liste des malades atteints de goître, qui ont présenté, à un moment donné, un ensemble de phénomènes réalisant le syndrome de Basedow; et, chose curieuse, tous ces malades ont été notablement améliorés par le traitement de leur goître, soit au moyen d'injections interstitielles, soit par la thyroïdectomie. Nous rappellerons quelques-uns de ces cas, en ne faisant que citer ceux de Heron Watson (2), de Mac Naughton Jones (3), de Bœckel (4) et surtout les deux observations si complètes de M. Tillaux qui ont été le point de départ de la thèse de M. Bénard (5), les quatre cas de Rehn (6), ceux de Lister (7), de M. Dubreuil (8), de Semon (9), de Thyssen (10). On sait que MM. Trélat et Berger (11) ont publié une observation de goître simple avec exophthalmie secondaire.

Sommes-nous autorisé, dans tous ces cas, à porter le diagnostic de goître exophthalmique, puisqu'il est notoire que la maladie de Basedow n'est pas le résultat de l'altération du corps thyroïde et que, par conséquent, la thyroïdectomie ne saurait guérir le goître exophthalmique ?

Les phénomènes que nous avons observés peuvent être interprétés de plusieurs façons. Tout d'abord, il faut songer à la possibilité d'une compression nerveuse par le goître ; il est vrai que nous n'avons pas rencontré les symptômes caractéristiques de la compression des nerfs du cou, du pneumogastrique, en particulier. Peut-être faut-il faire une part plus large aux troubles circulatoires ? Doit-on incriminer la sclérose du myocarde, l'athérome de l'aorte ? L'observation si complète de M. Lamy et la nôtre semblent plaider en faveur de cette hypothèse. Dans notre cas, ce n'est qu'avec les troubles cardiaques que se sont montrées les palpitations et une poussée congestive du côté du corps thyroïde ; ces phénomènes se sont amendés par le repos, le régime lacté et la digitale. Peut-être le corps thyroïde congestionné a-t-il déterminé une compression du nerf pneumogastrique qui, à son tour, a été la cause de troubles circulatoires ? Enfin, il faut se demander si tous ces accidents ne dépendent pas de la suppression des fonctions encore hypothétiques du corps thyroïde.

Quoi qu'il en soit, si le goître ne doit pas être considéré comme une cause prédisposante à la maladie de Basedow, il faut bien reconnaître, en présence des faits et des observations que nous avons rappelés, qu'à un moment donné, le goître peut se compliquer secondairement d'une série de phénomènes rappelant le syndrome de la maladie exophthalmique. Est-ce à ces cas que s'appliquerait la théorie jadis soutenue par Piorry, qui considérait l'hypertrophie du corps thyroïde comme la cause première de toutes les autres manifestations de la maladie de Graves ?

Pour revenir à notre cas, nous avons montré que ni le goître, ni les accidents cardiaques ne correspondaient à ceux du goître exophthalmique, qui est d'ailleurs une rareté pathologique lorsqu'il survient chez une femme de soixante et un ans. Invoquerons-nous la diathèse nerveuse ? Elle aurait pu favoriser la production de ces accidents, et cependant, dans le cas de M. Lamy, il s'agissait d'un homme, charpentier de son état, nullement névropathe. Que pouvons-nous conclure de cette étude ? Il est incontestable que le goître peut se compliquer de phénomènes présentant les caractères de la maladie de Basedow ; ces accidents peuvent dépendre de la tumeur thyroïdienne, puisque, dans un assez grand nombre d'observations, une intervention chirurgicale a pu mettre fin à ces accidents.

D'autre part, l'asystolie, aboutissant d'une lésion cardiaque, survenant chez des goîtreux, peut réaliser le syndrome incomplet de la maladie de Basedow.

Il s'agirait donc, dans ces deux conditions, d'une forme spéciale de goître exophthalmique, bien distincte de la névrose : c'est à ces cas que nous proposons de donner le nom de *faux goîtres exophthalmiques*.

(1) Chrétien. Thèse de Paris, 1888.
(2) H. Watson. *Edinb. Med. Journ.*, 1873.
(3) N. Jones. *Brit. Med. Journ.*, 1874.
(4) Bœckel. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1880.
(5) Bénard. Thèse de Paris, 1882.
(6) Rehn. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1884.
(7) Lister. *Brit. Med. Journ.*, 1887.
(8) Dubreuil. *Gazette médicale de Paris*, 1887.
(9) Semon. *Brit. Med. Journ.*, 1889.
(10) Thyssen. *Progrès médical*, 1889.
(11) Trélat et Berger. *Bulletin de la Sociét de chirurgie*, 1884.

REVUE DE LA PRESSE

Du traitement de la sueur des pieds. — Nous avons déjà appris à nos lecteurs (1) l'influence heureuse que les solutions d'acide chromique à 5 p. 100 exerçaient sur une transpiration des pieds anormalement abondante. Cette méthode de traitement est instituée en grand dans l'armée allemande. Si l'on en croit les *Annales de médecine militaire de l'Empire*, sur 36240 cas, 59,4 p. 100 ont été guéris, 33,1 p. 100 ont été améliorés, et l'on n'aurait eu que 7,5 p. 100 d'insuccès. Il n'y eut que les cas très graves qui ne furent pas améliorés, les cas moyens et légers ont tous été guéris.

Le journal les *Nouveaux Remèdes* emprunte au *Deutsch. med. Zeit.* la description d'un autre procédé, dû au docteur Winogradoff :

Il commence par laver les pieds à l'eau tiède et à les sécher soigneusement. C'est alors qu'il badigeonne les parties affectées d'un pied avec un morceau d'ouate hydrophile mouillée dans une solution de 5 à 8 p. 100 de chlorure de zinc; il n'essuie ce pied qu'après avoir badigeonné l'autre pied. Dans le cas où il existerait des ulcérations entre les orteils, il faut essuyer chaque

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 681.

pied immédiatement après l'avoir badigeonné pour s'opposer à une action trop énergique du chlorure de zinc. De plus, il ne faut alors se servir, au début, que d'une solution à 5 p. 100. Les badigeonnages doivent être entrepris le soir avant de se coucher pour laisser reposer les pieds. Ils peuvent être répétés cinq à sept jours plus tard. Mais dès le premier badigeonnage on constate la diminution de la sueur et de la rougeur; les ulcérations se mettent à se réparer. Le chlorure de zinc n'agissant que comme caustique, en détruisant les glandes sudoripares, il ne faut jamais permettre son emploi en l'absence du médecin.

Du danger des soudures contenant du plomb dans les boîtes de conserves. — M. Ballaud publie, dans le *Journal de pharmacie et de chimie*, un travail dont voici le résumé :

L'étain, le plomb et leurs alliages, en quelque proportion que ce soit, sont attaqués très lentement par les acides les plus faibles contenus dans les conserves alimentaires.

L'attaque est en rapport direct avec la surface en contact.

L'étain employé à la fabrication du fer-blanc, qui contient des traces de plomb et 1 à 2 centièmes de cuivre et d'autres métaux, offre plus de résistance aux acides des conserves que l'étain chimiquement pur ou chargé de plomb.

Aujourd'hui que l'industrie ne conteste plus la possibilité de faire des soudures à l'étain fin, il y aurait lieu de ne tolérer pour toutes les soudures de boîtes de conserves que l'étain employé à la fabrication du fer-blanc.

On verrait ainsi disparaître ces soudures plombifères que l'on trouve si souvent à l'intérieur des boîtes de provenance étrangère (1), et avec elles, sans doute, bien des méfaits dont on charge actuellement un métal qui, de tout temps, a passé pour inoffensif.

Opinion de Lawson Tait sur la méthode antiseptique. — Lawson Tait vient de prononcer à Cromer un discours dans lequel il attaque de nouveau, avec énergie, le système antiseptique. Le savant auteur anglais se plaint surtout qu'on donne à la simple énonciation d'un fait le nom de théorie ; il y a des faits, dit-il, des découvertes fort importantes, mais non jusqu'ici de système, de théorie antiseptique. Lister avouait récemment qu'il a honte d'avoir recommandé le spray, et cependant le spray serait la partie la plus logique de son système, si sa théorie était exacte, si l'action des germes était la cause immédiate et réelle de la suppuration.

Tait a, pendant trois ans, essayé le spray et les antiseptiques consciencieusement; il a même inventé un vaporisateur perfectionné; mais, après avoir fait cinquante ovariotomies avec toutes les précautions listériennes, et cinquante sans antiseptiques, il a conclu que la méthode de Lister augmentait la mortalité.

Il ne prend donc plus les mêmes précautions qu'autrefois. Il purifie avec soin ses éponges, mais sans faire usage de germicides; il craint, bien plus que les germes pathogènes, la substance morte qui peut se décomposer; aussi enlève-t-il avec soin, par le lavage à l'eau, les caillots, le sérum et le pus qui se trouvent dans l'abdomen. De même, le grand but du drainage est de donner issue aux liquides décomposables; ce n'est donc pas, comme le dit Lister, une partie intégrante du système antiseptique.

D'après Lawson Tait, les principaux éléments de succès, dans la chirurgie abdominale, sont le lavage à l'eau de la cavité péritonéale, le drainage et l'emploi des purgatifs salins en cas de péritonite au début. Ce dernier point serait même le plus important, car, dans un grand nombre de cas, on observe des symptômes de péritonite, malgré le nettoyage du péritoine et le drainage. Lawson Tait emploie les lavements de térébenthine comme adjuvants des purgatifs salins. (*Bulletin général de thérapeutique.*)

Traitement de la diarrhée infantile par le salol. — Le docteur E. Hirtz, à la Société médicale des hôpitaux, a établi la grande puissance du salol comme antiseptique intestinal. D'après un de nos confrères suisse, le docteur Weber (de Colombie), c'est surtout dans la diarrhée infantile que le salol manifesterait ses propriétés antiseptiques, et à cet égard il serait de beaucoup supérieur aux médicaments les plus vantés.

L'effet produit serait presque immédiat, et, dès les premières vingt-quatre heures, on verrait cesser les vomissements et la diarrhée.

Voici la formule conseillée par le docteur Weber :

Salol.	20 centigrammes.
Laudanum de Sydenham .	1 goutte.

Mêlez pour un paquet. A prendre deux par jour.

De l'eau boriquée naphtolée. — D'après M. Anotta, interne en pharmacie des hôpitaux, la solubilité du naphtol β serait augmentée par la présence de l'acide borique, dans l'eau destinée à la solution.

La solubilité du naphtol dans l'eau est de 20 à 25 centigrammes par litre.

L'expérience montre qu'à la dose de 15 grammes d'acide borique par litre d'eau, on tient en parfaite dissolution 50 centigrammes de naphtol. Un litre de solution boriquée à 30 p. 1000, additionnée vers 100 degrés de 1 gramme de naphtol, retient en dissolution après refroidissement, et, au bout de cinq à six jours, 75 centigrammes de naphtol à la température ordinaire. La solution boriquée à 40 p. 1000, c'est-à-dire à saturation complète, ne donne dans les mêmes conditions que 5 centigrammes de naphtol non dissous.

Il faut cependant faire remarquer que ces solutions sont très sensibles à l'action du froid. Un abaissement de température un peu brusque provoque dans les liquides la précipitation d'une faible partie du naphtol; mais cet inconvénient disparaît dans les applications chirurgicales, lorsqu'on emploie les solutions tiédies; dans ce dernier cas même, on pourrait porter facilement la dose de naphtol à 1 gramme par litre.

La logique conduit à admettre *à priori* qu'une association de substances antiseptiques doit augmenter le pouvoir microbicide de ces substances. Quelque vraisemblable que paraisse le fait, il n'est cependant pas inutile de le soumettre au contrôle de l'expérience.

Ce sont ces expériences que fit M. Anotta, et il en a pu conclure qu'en associant l'acide borique et le naphtol β, on accroît leur pouvoir antiseptique. Un volume de ce mélange possède, l'expérience le prouve, une puissance microbicide supérieure à des volumes égaux des solutions naphtolée et boriquée prises séparément. Cela tient peut-être à ce que les puissances microbicides s'ajoutent; cela tient sans doute aussi à ce que l'acide borique permet d'augmenter la dose de naphtol β mise en dissolution.

De l'administration de la morphine par la voie nasale. — M. Carl H. von Klein, de Dayton (Ohio), recommande l'administration de la morphine par la voie nasale, méthode qu'il a expérimentée, dans plus de cent cas, avec résultats très favorables. La dose médicamenteuse est divisée en deux parts, qui sont prisées comme le serait du tabac. Il n'a eu qu'à se louer de ce mode d'administration, qui serait plus actif que par la voie hypodermique ou gastrique. (*Médecine moderne.*)

Traitement de la diarrhée par l'acide lactique. — M. Hayem, qui a préconisé, il y a deux ans, l'acide lactique contre la diarrhée microbienne des enfants, n'a pas obtenu un moindre succès dans celle des adultes.

Il prescrit l'acide lactique à la dose de 10 à 15 grammes, sous forme de limonade.

Eau.	800 grammes.
Sirop de sucre.	200 —
Acide lactique	10 à 15 —

A boire par demi-verres en dehors des repas.

La rapidité avec laquelle s'obtient la guérison, dans certains cas de diarrhée ancienne, est, paraît-il, extraordinaire.

(1) M. Ballaud a trouvé fréquemment, dans des produits étrangers, des soudures intérieures qui contenaient 45 à 50 p. 100 de plomb.

M. Hayem cite le cas d'une dame qui, depuis deux ans, avait une diarrhée qui faisait penser à un cancer de l'intestin. Après cinq jours d'acide lactique, à 8 grammes par jour, elle se trouva si constipée qu'il fallut la purger.

M. Hayem a guéri, par ce moyen, trois cas de choléra nostras et propose l'acide lactique comme prophylactique et curatif contre le choléra asiatique : 4 à 6 grammes dans le premier cas, 10 à 20 grammes dans le second. (*Concours médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juin 1891. — Présidence de M. Terrier.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA ROTULE

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE**, à l'occasion du rapport fait dans la dernière séance, par M. Richelot, sur un travail de M. Chaput, s'applique à démontrer que les traitements ordinaires des fractures de la rotule, la griffe de Malgaigne, les appareils de caoutchouc, les appareils plâtrés, le massage, ne donnent jamais que de très médiocres résultats et qu'il vaut mieux recourir à la suture. M. Lucas-Championnière a pratiqué de nombreuses sutures de la rotule. L'anatomie de ces fractures de rotule démontre que tous ces appareils ne peuvent servir à rien. En effet, avec ces appareils, quels qu'ils soient, les fragments ne se trouvent pas affrontés sur un même plan, mais bien en formant un angle. En outre, il y a toujours, entre ces fragments, une couche de tissus étrangers résultant de l'accumulation de liquides ou de caillots dans l'articulation. Or, l'arthrotomie a pour premier résultat de permettre l'évacuation de ces épanchements et de ces caillots, de bien vider le genou et d'assurer un parfait affrontement des deux fragments à suturer. Quelles que soient donc la forme et la variété de la fracture de rotule, c'est à la suture osseuse qu'il faut avoir recours. C'est une bonne opération dont il faut faire profiter les malades. Cette affirmation est basée sur 35 opérations, toutes suivies d'un bon résultat.

L'atrophie musculaire s'observe beaucoup plus fréquemment après l'emploi des appareils, qu'après la suture. Tous les malades opérés par M. Lucas-Championnière marchent bien et peuvent porter des fardeaux. La flexion de la jambe sur la cuisse finit toujours par se produire à un degré très suffisant.

Enfin, on a dit que les fils métalliques coupaient, c'est là une erreur. Jamais ces fils n'ont coupé le tissu osseux et, contrairement à l'opinion émise par M. Chaput, dans son travail, ces fils métalliques sont de beaucoup préférables aux fils souples.

Quant à cette ancienne opération de l'extirpation du fragment supérieur, ce n'est pas une bonne opération, et M. Lucas-Championnière préfère garder les fragments et les suturer l'un à l'autre.

En résumé, il n'y a pour lui qu'un seul traitement des fractures de la rotule, c'est la suture osseuse avec des fils métalliques. Les malades, qui ont subi cette opération, marchent après trente, vingt-quatre, vingt et un, dix-huit et même dix jours. La contusion avec épanchement, qui a de tout temps préoccupé les chirurgiens, et qui a toujours été considérée comme une complication très fâcheuse, est bien facilement enrayée par l'arthrotomie. Il n'y a de réserves à faire, au sujet des indications ce cette opération, qu'en raison de l'âge avancé des malades ou de leur état cachectique antérieur. C'est ainsi que M. Lucas-Championnière n'a pas osé opérer un malade âgé de plus de soixante-dix ans, ni d'autres malades atteints de diabète ou d'albuminurie. Enfin, il est une autre réserve à faire, c'est qu'il ne faut entreprendre ces opérations qu'à la condition d'être bien sûr de l'antisepsie, et non pas seulement de l'asepsie. Il faut faire ici de la chirurgie franchement antiseptique. Ces réserves étant faites, on peut dire que la suture osseuse est le traitement de choix de toutes les fractures de la rotule.

M. **BERGER** reconnaît que l'emploi des appareils, quels qu'ils soient, ne donne qu'une consolidation insuffisante et laisse souvent des raideurs articulaires. Aussi admet-il, avec M. Lucas-Championnière, que chez les jeunes sujets, atteints de fracture de la rotule avec notable écartement, la suture est incontestablement le meilleur traitement. Toutefois, M. Lucas-Championnière a singulièrement exagéré les mauvais résultats fournis par l'emploi de la griffe ou d'autres appareils. Sans doute, il est des cas dans lesquels on constate, après ces traitements, des résultats déplorables, des cals extensibles, etc., mais il en est aussi, et un assez bon nombre, dans lesquels on obtient une consolidation suffisante, des cals fibreux, mais solides et très bons. Lorsqu'il était chirurgien de Bicêtre, M. Berger a relevé une douzaine de cas de fractures anciennes de la rotule, et, chez un certain nombre de ces malades, on constatait une intégrité très suffisante des fonctions du membre. Un certain degré d'écartement peut ne pas s'accompagner d'impotence fonctionnelle, surtout quand on a su éviter les raideurs articulaires. Il faut bien faire observer, dans cette question du traitement des fractures de la rotule, que tous les malades ne sont pas à même d'être opérés dans les conditions où opère M. Lucas-Championnière; c'est pour cela que M. Berger est d'avis qu'il faut encore enseigner à se servir des anciens modes de traitement.

En résumé, quand il y a un écartement considérable, il vaut mieux, autant que possible, recourir à la suture. Quand il n'y a que peu d'écartement, on peut obtenir des résultats satisfaisants de l'emploi des anciennes méthodes. A plus forte raison faut-il recourir à ces méthodes, quand il s'agit de malades âgés ou porteurs d'une tare constitutionnelle ne pouvant qu'aggraver, chez eux, tout pronostic opératoire.

M. **KIRMISSON** partage l'avis de M. Berger sur les indications de la suture dans les cas de grand écartement et sur les résultats suffisants que peut fournir, dans les autres cas, l'emploi des appareils. Quant aux résultats obtenus par M. Lucas-Championnière, M. Kirmisson fait observer, à propos d'un malade présenté le vingtième jour après l'opération, que ce malade, tout en marchant bien et en présentant une coaptation suffisante, n'est pas encore complètement guéri.

Il faudra d'abord voir si, dans deux ou trois mois, le cal ne se laissera pas distendre. En outre, il existe encore du liquide dans l'articulation, il y a encore un peu d'arthrite et il faut savoir s'il n'y aura pas ultérieurement de l'atrophie du triceps. M. Kirmisson demande donc que le malade soit présenté de nouveau dans deux ou trois mois, et il ajoute qu'il serait intéressant que M. Lucas-Championnière montrât des malades opérés depuis plusieurs années.

M. **RICHELOT** admet que l'arthrotomie, nécessitée par la suture, ne doit pas arrêter le chirurgien pour le traitement de certaines fractures de la rotule. Toutefois, les résultats que donnent les appareils sont loin d'être toujours aussi mauvais que le dit M. Lucas-Championnière. On a pu constater la flexion active et même des mouvements de luxe chez des malades traités de fracture de rotule sans suture : ces bons résultats ne sont pas exceptionnels; et ces malades qui marchent bien après ces fractures ainsi traitées par les appareils ne sont pas toujours, ainsi que l'a dit M. Lucas-Championnière, des monstres ou des acrobates. Il faut bien savoir, toutefois, qu'il faut, dans ces cas, faire de la mobilisation précoce.

M. Richelot admet qu'il est des cas, avec grand écartement, qui ne peuvent être traités avantageusement que par la suture, et dans lesquels les appareils donnent des résultats déplorables, mais il faut reconnaître aussi que le plus grand nombre des fractures de la rotule peuvent être guéries sans suture. Enfin, M. Richelot s'étonne de voir M. Lucas-Championnière, si partisan du massage pour le traitement des fractures en général, proscrire ce mode de traitement pour les fractures de la rotule.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** ne partage pas l'avis de M. Berger relativement à la nécessité d'apprendre aux élèves à traiter les fractures de la rotule par les appareils. Ce n'est pas là, selon lui,

une raison de premier ordre pour conserver les vieilles méthodes. Or, il est reconnu que la chirurgie des appareils, pour le traitement des fractures de la rotule, est une chirurgie irrégulière et souvent fort mauvaise. La suture, au contraire, donne toujours de très bons résultats. Il n'y a donc pas à hésiter.

A M. Kirmisson, M. Lucas-Championnière répond que la question est également jugée au point de vue des résultats éloignés de la suture, ainsi que le prouvent les malades opérés par lui depuis plusieurs années.

Enfin, le massage est un bon procédé; mais la suture est infiniment plus sûre et plus avantageuse.

PRÉSENTATIONS

Orchidopexie. — M. MONOD présente un jeune garçon auquel il a pratiqué une orchidopexie, dont les bons résultats se sont maintenus. Il a disséqué, libéré, abaissé le testicule et l'a fixé au fond des bourses.

Craniectomie. — M. REYNIER présente un malade qui a eu la tête tamponnée par un wagon et qui avait eu, après des phénomènes de méningite diffuse, de la parésie des muscles de la face, des vertiges et des absences qui l'empêchaient de faire son métier. Un point du frontal était enfoncé. M. Reynier le releva et depuis ce malade n'a plus eu d'accidents.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le cerveau, l'âme et les facultés (1), par Albert FARGES, prêtre de Saint-Sulpice, directeur de l'École des Carmes.

M. Farges étudie l'important problème du cerveau, considéré comme organe de la pensée, et la solution qu'il en donne mérite d'être signalée à l'attention des physiologistes et des médecins.

Il emploie la méthode expérimentale et inductive; partout il donne le pas à l'observation externe et à l'expérience. C'est ainsi qu'il commence l'étude des facultés par la faculté motrice, « la première dans l'ordre des manifestations extérieures, quoiqu'elle soit la moins parfaite et la dernière dans l'ordre logique et psychologique (p. 197) »; et qu'il prend comme point de départ de son travail tout entier les faits anatomiques et physiologiques.

Son ouvrage débute, en effet, par l'exposé de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux cérébro-spinal. Envisageant le sujet au point de vue philosophique, M. Farges n'avait pas à prendre parti dans les controverses des physiologistes; son rôle consistait à faire connaître les conclusions les plus généralement admises en physiologie, et il l'a rempli avec une clarté et une exactitude remarquables. Une planche reproduisant les principales parties du cerveau rend encore plus facile l'intelligence du texte pour les personnes étrangères aux sciences médicales.

M. Farges aborde ensuite le problème du cerveau cause de la pensée, et le décompose en deux questions : Est-ce le cerveau qui sent? Est-ce le cerveau qui pense?

Il répond à la première que « ce n'est ni la matière cérébrale, ni l'âme séparément, mais le composé humain, *le cerveau animé* qui sent (p. 74) »; et à la seconde que « le fonctionnement du cerveau est la condition de la pensée, mais que ce n'est pas le cerveau qui pense (p. 95) », c'est l'âme seule.

En un mot, la solution de M. Farges tient le milieu entre le matérialisme et le spiritualisme de Descartes. Les spiritualistes cartésiens et les matérialistes admettent l'identité de *nature* de la sensation et de la pensée ou idée abstraite, et confondent ces deux phénomènes sous le nom commun de pensée. Seulement, tandis que les cartésiens proclament la spiritualité de toutes nos pensées, les savants matérialistes affirment, au contraire, que nos pensées sont toutes matérielles.

Les uns et les autres méconnaissent ce fait que la sensation et la pensée ou idée abstraite sont deux phénomènes absolument dissemblables et irréductibles.

Là est la source de leur erreur. Aussi la distinction de la sensation et de l'idée abstraite ou, ce qui revient au même, la distinction des facultés de l'âme en organiques et inorganiques est-elle la thèse fondamentale du livre de M. Farges, celle qu'il s'attache à prouver et à bien mettre en lumière.

Contre Descartes et les spiritualistes de son école, il établit l'existence de facultés organiques, c'est-à-dire agissant dans un organe et par un organe normalement développé. Ce sont les cinq sens externes et les quatre sens internes (sens central, mémoire sensible, imagination et jugement instructif), dont l'ensemble forme les facultés communes à l'homme et aux animaux.

Contre les savants matérialistes, il démontre l'existence de facultés inorganiques, c'est-à-dire purement spirituelles et indépendantes de tout organe matériel, comme l'intelligence proprement dite et la volonté. L'homme seul les possède.

Quant aux passions, elles sont également de deux ordres, les unes sensibles et organiques, les autres intellectuelles et inorganiques.

D'après M. Farges, cette distinction des facultés de l'âme en deux classes, loin de contredire les faits de la conscience ou ceux de l'expérience, en donne au contraire l'interprétation la plus naturelle et la plus vraie.

Tandis que la théorie matérialiste conduit à mettre en doute la réalité des faits de conscience et à traiter l'unité du mot d'illusion métaphysique, et que, d'autre part, la théorie ultra-spiritualiste de Descartes contredit l'expérience et considère les animaux comme de simples automates, la doctrine exposée et défendue par M. Farges permet d'expliquer tous les phénomènes, sans en sacrifier aucun, et fait de l'union de l'âme et du corps une union substantielle. « Ce n'est donc pas l'union vulgaire du cheval et du cavalier, du pilote et de son navire, encore moins celle de deux horloges qui marchent d'accord, grâce à une harmonie préétablie; non, c'est la fusion dans un même acte, dans une même substance, de deux co-principes substantiels se complétant mutuellement (p. 135). »

Chemin faisant et pour confirmer sa doctrine, M. Farges écrit des pages intéressantes pour le physiologiste et le médecin sur le plaisir et la douleur, sur les localisations cérébrales, sur les actes réflexes de la folie, sur le dédoublement de la personnalité, etc.

Les préjugés philosophiques influent, plus qu'on ne le pense en général, sur l'interprétation des phénomènes scientifiques. Bien des savants sont matérialistes, parce qu'ils ne connaissent que le spiritualisme de Descartes. La doctrine exposée par M. Farges, et qui n'est autre que la doctrine d'Aristote, est de nature à modifier leurs idées. Elle répond à leurs objections, tout en prouvant la spiritualité et l'immortalité de l'âme humaine.

Le livre de M. Farges intéressera aussi toutes les personnes qui s'occupent des rapports du physique et du moral, de l'âme et du corps. La théorie qu'il défend est encore peu connue, malgré son antiquité, et elle me paraît propre à dissiper bien des malentendus et bien des préjugés.

Dr A. GOIX.

(1) 1 vol. gr. in-8°. Prix : 6 fr. 50. — Paris, Letouzey et Ané.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des chirurgiens des hôpitaux est convoquée mercredi prochain, pour entendre le rapport de la commission, nommée pour étudier les réformes à apporter dans l'enseignement clinique.

— Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Boissard.

— Le concours du clinicat chirurgical s'est terminé par la nomination de M. Delbet.

— Le comité d'organisation du Congrès pour l'étude de la tuberculose, ayant mis à l'ordre du jour de ses séances les questions de prophylaxie de la tuberculose et de l'hospitalisation des tuberculeux, réunira à la Faculté de médecine les appareils, projets, dessins, plans, maquettes, etc., se rapportant à ces questions.

Les demandes d'admission, avec les noms des auteurs et l'indication des objets, doivent être adressés à M. le docteur L.-H. Petit, 11, rue Monge, avant le 10 juillet 1891, dernier délai. Le comité statuera sur les demandes d'admission et fera connaître sa décision aux intéressés, ainsi que la place mise à leur disposition.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Hector Decombe, élève en médecine de la Faculté catholique de Lille. Accomplissant son service militaire au 1er bataillon d'artillerie de forteresse, Hector Decombe a succombé victime de son devoir et de son admirable dévouement à l'hôpital militaire de Lille.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

39

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

23

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

32

LE CHARBON DE BELLOC

soit en poudre, soit en pastilles, est un des remèdes qui rendent le plus de services dans la *dyspepsie*, la *gastralgie* et les *maladies nerveuses de l'estomac*. L'Académie de médecine de Paris, après de nombreuses expériences faites par une commission nommée à cet effet, a approuvé et recommandé l'emploi du Charbon de Belloc pour le traitement de ces maladies qui, dit-elle, « font trop souvent le désespoir des malades et des médecins ».

Le plus souvent, le bien-être se fait sentir dès les premières doses.

C'est en vertu de ses propriétés *antiseptiques* que le Charbon de Belloc a été employé avec succès (Jules Guérin, Trousseau, etc.) contre les maladies infectieuses, telles que la dyssenterie, la diarrhée, la cholérine, le choléra, la fièvre typhoïde. Il est un des meilleurs agents de l'*antiseptie intestinale*.

NOTA. — Le Charbon médicinal du Dr Belloc possède des qualités de diffusion que n'a pas le charbon ordinaire des pharmacies, et qui tiennent à son mode de préparation. Il suffit de les plonger comparativement dans l'eau pour s'en assurer.

DOSE : 2 à 6 cuillerées à soupe de Poudre par jour, avec un peu d'eau, avant ou après le repas; 4 à 12 cuillerées à café, ou le même nombre de Pastilles. — Prix : le flacon de poudre, 2 fr.; la boîte de Pastilles, 1 fr. 50. — Exiger la signature et le cachet du Dr Belloc. — Fabrication : Maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris.

31

SIROP DE RAIFORT IODÉ

de J. BUCI

L'IODE, combiné aux *sucs des plantes antiscorbutiques*, rend aux **enfants malades** les plus grands services pour combattre les **Glandes du cou, — Rachitisme, — Mollesse des chairs, — Pâleur, — Éruptions de la peau, — Croûtes de lait, etc.**

Il remplace les huiles de foie de morue; outre que c'est un **fluidifiant**, c'est encore un **dépuratif énergique.**

PARIS, 19 ET 22, RUE DROUOT, PARIS.

Dr J. Buci

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phles.

33

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf
SANS GRAISSE NI GÉLATINE
Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.
HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

38

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.
Contre **CONSTIPATION**
hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.
NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dépt Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD
Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.
Paris. COLLIN et Cie, 49 r. de Maubeuge. (Éch. fo).

62

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* **1883.**

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres,* etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. — Laroche

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)
PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oradges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

43

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES

GAÏACOL MERCIER

PHARMACIEN, 30, RUE RACINE, PARIS
Médaille d'Or de l'École de pharmacie.

Injection Mercier contenant, par centimètre cube, 0,05 de Gaïacol et 0,01 d'Iodoforme chimiquement purs.

Le flacon de 50 injections : **2 fr. 50.**

Solution Mercier contenant, par cuillerée à soupe, 0,50 de Chlorhydro-phosphate de chaux et 0,10 de Gaïacol.

1 ou 2 cuillerées à chaque repas.

Le flacon de 350 grammes : **2** francs.

Capsules Mercier contenant chacune 0,05 de Gaïacol et 0,20 d'Huile de faînes.

3 ou 4 capsules à chaque repas. Flac. : **2 fr. 50.**

Capsules antiseptiques Mercier contenant chacune 0,05 de Gaïacol, 0,05 d'Eucalyptol et 0,02 d'Iodoforme chimiquement purs.

2 ou 3 capsules à chaque repas. Le flacon : **3** fr.

DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES

99

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

25

PEPTONATE DE FER ROBIN

OU

FER ROBIN ASSIMILABLE

Admis dans les hôpitaux de Paris
Présenté à l'Académie, en 1885, par Berthelot.

Le seul obtenu à l'état de véritable sel ferrugineux, en gouttes concentrées.

DOSE : 10 à 20 gouttes par repas.

DÉTAIL : Dans toutes les Pharmacies.

N° 77. — JEUDI 2 JUILLET 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 2 JUILLET 1891. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôtel-Dieu. Lipomes diffus multiples et symétriques. — Hôpital Necker. Les vaginalites plastiques (hématocèles du scrotum). — Thèses de Paris. Étude sur la bronchopneumonie (anatomie pathologique, bactériologie, prophylaxie); — Étude sur l'arthrectomie dans les arthrites tuberculeuses du genou; — Académie de Médecine. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le professeur Germain Sée a eu la parole pour lire la seconde partie de son travail sur l'élasticité de contraction du cœur et les médicaments régulateurs du cœur. On trouvera plus loin un résumé de ce travail, dans lequel M. Sée émet quelques opinions nouvelles sur la physiologie du cœur et l'action de certains de ces médicaments. Un pénible incident a obligé l'Académie à en ajourner la discussion; M. Sée s'étant trouvé subitement indisposé, a dû quitter la tribune et c'est M. Dujardin-Beaumetz qui a achevé la lecture du travail. En l'absence de son auteur, M. le Président a proposé de remettre la discussion à la séance prochaine.

Deux autres communications ont été faites : l'une par M. le docteur Houzel (de Boulogne-sur-Mer), sur un cas de fracture comminutive de la base du crâne, qu'il a traité et guéri par la trépanation; l'autre par M. Duroy, sur les iodures d'antipyrine.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie; M. Chauveau, qui avait demandé à échanger son titre de membre correspondant contre celui de membre titulaire, a été élu à une très forte majorité. L'élection de l'éminent inspecteur général des écoles vétérinaires ne faisait doute pour personne.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Féréol sur les candidats au titre de correspondant national (première division).

La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit :

En première ligne, M. Pilat (de Lille);

En deuxième ligne, M. Spilmann (de Nancy);

En troisième ligne, M. Liétard (de Plombières);

En quatième ligne et *ex æquo*, MM. Costa (d'Ajaccio), Laënnec (de Nantes) et Layet (de Bordeaux).

HOTEL-DIEU. — M. Bucquoy.

Lipomes diffus multiples et symétriques.

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.)

Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société est un homme de cinquante et un ans, exerçant la profession de commissionnaire, qui est entré dans mon service le 9 mars 1891, pour une sciatique gauche déjà ancienne, mais qui avait pris, depuis quelque temps, une intensité telle qu'elle lui rendait impossible l'exercice de sa profession.

Je fus frappé, en le voyant à la consultation, du facies particulier de ce malade et du développement énorme de son tissu adipeux, qui lui faisait au-dessous de la mâchoire inférieure un vaste double menton. En arrière, je trouvai aussi de grosses masses graisseuses disposées symétriquement sur la nuque et derrière les apophyses mastoïdes, de sorte que le cou tout entier était comme entouré d'une espèce de collier coupé en divers points de son étendue par des sillons plus ou moins profonds.

Il fut facile, à l'examen le plus superficiel, de s'assurer que ces tumeurs du cou n'étaient pas les seules et que bien d'autres se trouvaient disséminées sur diverses parties de la surface du corps.

Avant de procéder à leur examen, quelques mots sur les antécédents et l'état général du malade. C'est un homme de bonne constitution, d'apparence robuste, sans tendance marquée à l'obésité et ordinairement bien portant. Pas d'habitudes alcooliques. A dix-huit ans, il contracte la syphilis qui est soignée par Ricord, et n'a pas ultérieurement des manifestations syphilitiques.

En 1875 et 1876, il a plusieurs bronchites, pour lesquelles il entre successivement à Necker et à Saint-Antoine, et qui laissent chez lui une certaine disposition à s'enrhumer et de l'essoufflement.

Garçon de bureau, et toujours sur ses jambes, celles-ci se couvrent de varices; il est même obligé de se soigner pendant quatre mois pour un ulcère variqueux.

A la même époque, il a de l'eczéma aux jambes et entre pour cela à l'hôpital Saint-Louis.

Cet ensemble de phénomènes, qui dénote chez ce malade de l'arthritisme, n'avait pas troublé sérieusement sa santé; seulement, depuis plusieurs années, il éprouvait fréquemment des douleurs lombaires qui s'étendaient jusque dans les membres inférieurs et augmentaient d'intensité par les temps froids et humides.

Leur aggravation motiva son entrée à l'hôpital.

Le début du gonflement du cou remonte, d'après le malade, à 1875. Ce gonflement paraît avoir été lent et progressif. En même temps, d'autres grosseurs semblables se développaient en divers points du corps.

Toutes ont la même apparence et présentent un volume qui varie de celui d'une petite mandarine à une grosse orange. Elles sont mal limitées et se présentent sous la forme de tumeurs arrondies ou fusiformes, de consistance molle et pâteuse, sans changement de coloration à la peau et se déplaçant avec celle-ci dans les mouvements qu'on leur imprime.

Un caractère qui leur est bien particulier est une disposition symétrique des deux côtés de la ligne médiane qui forme un sillon de séparation entre celles qui en sont le plus rapprochées.

Voici, du reste, leur disposition.

A la partie antérieure et supérieure du cou, elles forment sous la mâchoire une sorte de collier, qui simule le double menton des gens obèses, tout en laissant un sillon entre les deux tumeurs sous-maxillaires. Celles-ci sont particulièrement molles et mal limitées.

Derrière les oreilles et les apophyses mastoïdes, on en trouve deux autres, un peu plus dures que les précédentes, et du volume d'un œuf environ.

A la nuque, deux autres moins volumineuses et séparées seulement par la ligne des apophyses épineuses des premières vertèbres cervicales.

Sur la partie antérieure du tronc, quatre tumeurs, deux de chaque côté de la ligne médiane et superposées au-dessous de l'ombilic et au-dessus du pubis.

A la partie postérieure, deux autres tumeurs également disposées symétriquement des deux côtés de la ligne médiane de la région lombaire.

Dans la partie la plus déclive du scrotum, on trouve aussi deux masses grosses comme un citron, en arrière et en bas des testicules qu'elles refoulent vers l'anneau.

Enfin, à chaque bras, à la partie interne et supérieure au niveau du bord postérieur du biceps, un peu en dehors de l'aisselle, il existe encore deux tumeurs allongées, en tout semblables à celles observées dans les autres parties du corps.

Il n'y a aucune tumeur sur les membres inférieurs, pas même sur le gauche, siège de la sciatique rebelle, qui a tenu le malade trois mois à l'hôpital. On remarque seulement une légère atrophie du membre gauche qui, mesuré à diverses hauteurs, donne partout un centimètre de moins que celui du côté opposé.

Le temps, plus que les moyens de traitement employés et que le siphonage en particulier, qui n'a donné que peu de soulagement, a eu enfin justice de cette sciatique manifestement symptomatique de névrite.

Quant à la nature de ces tumeurs, elle est indiscutable : ce sont des lipomes multiples, développés dans le tissu cellulaire sous-cutané et offrant ce caractère particulier d'une disposition symétrique qu'ils affectent constamment dans les cas analogues. Comme toujours, elles n'ont pas porté atteinte à la santé générale du malade, leur volume n'est pas assez considérable pour apporter une gêne sérieuse dans les fonctions; elles augmentent peu et restent indolores et ne constituent guère qu'une difformité.

Sans vouloir dépasser les limites que m'impose une simple présentation de malade, je ne puis pas me dispenser d'ajouter quelques réflexions sur ce cas vraiment curieux et qui, sans être exceptionnel, est cependant assez rare, à en juger par le silence des auteurs et le petit nombre de faits semblables publiés jusqu'ici.

Grâce au zèle de mon excellent interne, M. Chavane, qui a pris la peine de compulser tous les documents français, anglais et allemands, relatifs à cette question et à qui je laisse le soin de les publier, j'ai pu réunir la plupart des faits de ce genre, enregistrés dans les annales de la science. Ils sont remarquables par leur similitude, toutes ces observations paraissent calquées les unes sur les autres : développement lent et progressif de tumeurs lipomateuses multiples, diffuses, atteignant un volume assez considérable auquel elles s'arrêtent, sans que rien, traitement ou maladie intercurrente, les fasse disparaître ou les diminue sensiblement; leur siège en de véritables lieux d'élection qui sont, le plus souvent, et par ordre de fréquence, la nuque, les parties latérales du cou, certaines parties du tronc, soit à la face antérieure, soit à la partie postérieure, enfin à la partie interne et supérieure des membres, tant aux bras qu'à la cuisse; et surtout, comme caractère commun et capital au point de vue de la nature de l'affection, la symétrie de ces tumeurs dans leur disposition à la surface du corps.

Le premier fait publié l'a été en France et appartient à Huguier, qui a présenté à la Société de chirurgie, le 7 mars 1855, un malade âgé de cinquante-six ans, atteint de lipomes multiples et symétriques. Les détails de cette observation sont identiques à ceux de l'observation du malade que vous venez d'avoir sous les yeux. Le nombre des lipomes était peut-être un peu plus considérable : quarante lipomes pairs et trois impairs. Il y en a dix-huit chez mon malade.

Un second cas a été observé par M. Foucher à l'Hôtel-Dieu, en 1863, et rapporté dans la *Gazette des hôpitaux*. Une douzaine de tumeurs, parfaitement symétriques, dont les principales à la nuque et à la région épigastrique et lombo-sacrée, chez un homme qui sollicitait une intervention chirurgicale à laquelle Foucher ne voulut pas consentir.

La troisième observation vient également de la clinique de l'Hôtel-Dieu et a été publiée, en 1855, par M. Albert Mathieu, aujourd'hui notre collègue, alors chef de clinique de M. le professeur G. Sée, suppléé par M. Hanot.

Ce cas diffère un peu de tous ceux que j'ai compulsés pour le siège des tumeurs, principalement aux membres inférieurs, et par leur développement chez la femme, ce qui paraît l'exception. Il n'avait d'analogie avec le nôtre que la nature des tumeurs, leur symétrie et la sciatique persistante observée chez l'un et l'autre malade.

Nous terminerons le bilan des observations françaises en signalant l'observation de M. le docteur L. Boucher (de Rouen), publiée dans la *France médicale* du 8 juin 1889.

Ici, il s'agit encore d'une femme et de tumeurs symétriques des deux côtés du cou; d'autres tumeurs symétriques se développèrent successivement à la face dorsale de la main, en arrière de la malléole externe et dans les plis du jarret.

The Lancet rapportait, le 31 mai 1873, sous le titre de « lipome diffus », le cas d'Holgmann, survenu chez une jeune fille de douze ans. La tumeur occupait les parties latérales du cou, couvrait les muscles sterno-cléido-mastoïdiens et avait pris un développement assez considérable pour gêner la respiration. Elle offre cette particularité que, sous l'influence de la liqueur de potasse, elle parut diminuer sensiblement.

Le travail le plus intéressant, dans la bibliographie médicale anglaise, est celui de Morrant Baker et Anthony Bowlley, publié dans les *Medico-chirurgical Transactions*, vol. LXIX, p. 41. Ce sont treize cas réunis par eux, dont quelques-uns rappellent trait pour trait l'observation de mon malade.

Tous ces cas ont été observés chez des hommes, le plus souvent grands buveurs, dont les âges variaient de vingt-neuf à soixante-trois ans, la majorité des malades ayant de trente-cinq à quarante-cinq ans au début de la formation des tumeurs. Leur développement a été assez rapide, déjà considérable au bout de douze mois.

La nature lipomateuse des tumeurs a été démontrée par leurs caractères chimiques et confirmée par l'examen microscopique de parcelles prises dans les tumeurs et par l'examen, après ablation pratiquée, dans les cas de Hutchinson et Mac-Cormac.

Les auteurs ont paru attacher quelque importance au développement de ces tumeurs graisseuses, surtout dans les régions abondamment pourvues de ganglions lymphatiques, sans en tirer, d'ailleurs, aucune déduction. Quant à la nature réelle de l'affection, l'hypothèse d'une maladie d'origine nerveuse ne s'est pas même présentée à leur esprit.

La littérature allemande nous fournit également un contingent de faits importants. La plupart se trouvent réunis dans un mémoire de Madelang, sur le lipome diffus du cou (1).

Ces observations sont au nombre de trente, dont trois personnelles. L'auteur montre qu'il s'agit dans tous ces cas de masses nombreuses du tissu adipeux, ordinairement sous-cutanées et de forme diffuse, affectant une disposition symétrique.

Elles donnent au cou un aspect particulier et toujours semblable, par leur siège habituel à la nuque ou à la partie antérieure du cou, qu'elles occupent quelquefois dans toute son étendue.

Elles offrent la consistance lipomateuse habituelle, quelquefois une mollesse qui va jusqu'à la fluctuation.

Le début est ordinairement derrière les oreilles et au-dessus des apophyses mastoïdes.

Pas de cause déterminée de cette singulière affection qu'aucune maladie n'influence; jamais aucun de ces lipomes n'a disparu spontanément et d'une façon complète. Lorsqu'il a été pratiqué des ablations, quoique la maladie ne le comporte pas, il n'y a pas eu de récidive.

L'extirpation de la moitié droite du lipome cervical a été pratiquée dans un cas de lipome diffus annulaire du cou avec lipomes multiples en différents points ayant déterminé des accès de suffocation. Le fait est rapporté par A. Bryk (2). La tumeur extirpée était un lipome mou, sans capsule conjonctive, multilobulé, à nombreux prolongements et dont les différents noyaux étaient unis par du tissu conjonctif d'aspect tendineux.

Un autre cas d'extirpation appartient à Küster, qui enleva plusieurs masses d'un lipome diffus siégeant à la nuque et aux épaules. Il n'y eut pas de récidive dans la cicatrice. L'abus de l'alcool détermina un catarrhe des voies digestives et un amaigrissement qui mit un arrêt dans le développement des lipomes.

Küster ajoute dans sa communication, que la parfaite symétrie, dans la plupart des cas observés, lui donna la conviction qu'ils étaient d'origine nerveuse.

C'est, en effet, à cette conviction qu'on est nécessairement conduit à la vue des malades porteurs de ces lipomes nombreux, disséminés symétriquement dans différents points du corps et affectant des sièges spéciaux, presque toujours les mêmes, sans qu'on puisse voir dans ces lieux d'élection une tendance plus marquée au développement anormal du tissu adipeux.

Bien que je ne sois pas disposé, autant que mon collègue M. Mathieu, à identifier les lipomes multiples, diffus et symétriques, avec l'œdème rhumatismal ou pseudo-lipome si bien étudié par notre collègue M. le professeur Potain, et dont il a lui-même fait une intéressante étude dans les *Archives générales de médecine*, 1885, il est indiscutable que ces affections ont une parenté étroite, et que les arguments donnés à l'appui de l'origine névropathique des pseudo-œdèmes ou pseudo-lipomes militent également en faveur de l'origine névropathique des lipomes diffus multiples et symétriques.

Nous n'avons trouvé, toutefois, qu'assez exceptionnellement des masses graisseuses développées surtout dans les parties où siégeaient des douleurs rhumatismales, des névralgies ou d'autres désordres de sensibilité ou de motilité.

L'origine nerveuse de l'affection lipomateuse, dont je viens de présenter un si remarquable exemple, me paraît surtout démontrée par l'identité presque complète de tous ces faits sous le rapport de la localisation des masses graisseuses sur les différentes parties du corps et par la disposition symétrique qu'elles affectent. La neuropathologie nous offre trop d'exemples de manifestations trophonévrotiques, affectant des dispositions de ce genre, pour que nous ne reconnaissions pas une semblable origine à ces faits de dystrophie adipeuse, et pour que nous ne les rangions pas dans la même catégorie.

(1) Madelang. *Arch. f. Klin. Chir.*, XXXVII, 1.
(2) A. Bryk. *Arch. f. Klin. chirurg.*, 1874, t. XVII, p. 568.

HOPITAL NECKER. — M. Le Dentu.

Les vaginalites plastiques (hématocèles du scrotum).

Je viens d'examiner devant vous deux malades atteints tous deux d'épanchements dans la tunique vaginale avec épaississement des parois. Cette affection a reçu, vous le savez, le nom d'hématocèle de la vaginale. La dénomination de vaginalite plastique ou exsudative est peut-être préférable. Assez souvent, en effet, l'épaississement de la tunique vaginale, qui constitue l'élément essentiel de la maladie, existe sans que l'épanchement soit hémorrhagique.

Le premier de ces malades est âgé de cinquante-cinq ans. Voici deux ans et demi que son scrotum a commencé à grossir. L'accroissement, assez rapide pendant un an et demi, est devenu beaucoup plus lent dans ces derniers mois. L'indolence est complète. A la palpation, on constate une tuméfaction si dure et si résistante qu'elle donne d'abord l'idée d'une tumeur solide. Ce n'est que par un examen minutieux qu'on arrive à constater une rénitence, une fluctuation profonde. Cette double sensation de dureté et de rénitence est caractéristique de l'hématocèle. L'opacité est, cela va sans dire, absolue.

Le second malade, âgé de cinquante-huit ans, offre une histoire clinique assez singulière. Le gonflement du scrotum remonte à un an. Il y a un mois, ce malade éprouva tout à coup d'assez vives souffrances. En l'examinant à son entrée, je constatai que la peau adhérait aux couches profondes dans une certaine étendue, qu'elle offrait une teinte ecchymotique. Actuellement, à la partie inférieure du scrotum, on trouve une plaque dure, épaisse. Par sa forme, cette plaque pourrait, à un examen superficiel, être prise pour le testicule. Mais la sensation provoquée par la pression n'est pas la même. D'ailleurs, en continuant l'examen, on trouve nettement le testicule en son siège habituel. Il est donc probable qu'il s'agit, chez ce malade, d'une infiltration fibrineuse due à la rupture d'un hématocèle, peut-

être même d'un simple hydrocèle. La rupture spontanée d'un hydrocèle, pour être assez rare, s'observe néanmoins de temps à autre. Cette rupture s'accompagne d'un certain épanchement sanguin.

Chez ces deux malades, le diagnostic est relativement simple. Mais dans d'autres cas, il vous sera assez difficile de distinguer la vaginalite plastique du cancer du testicule. Certes, quand vous percevez la sensation d'une tumeur à la fois dure et fluctuante, le diagnostic différentiel se trouve établi. Mais ce signe est d'appréciation délicate et manque quelquefois. La ponction ne suffit pas toujours à lever les doutes. Il est, en effet, possible que, dans une vaginalite plastique avec caillots épais, la ponction ne vous donne aucun écoulement. Deux signes offrent alors une grande importance : 1° l'évolution de l'affection; 2° la recherche du testicule. L'évolution est plus lente dans la vaginalite plastique que dans les tumeurs malignes. Au bout d'un an, cette tumenr maligne ne reste pas limitée ; elle offre un volume considérable, des bosselures, des parties ramollies. De plus, dans les tumeurs malignes, le testicule est complètement englobé et perdu dans la tuméfaction. Dans la vaginalite plastique, au contraire, il est d'ordinaire possible de le retrouver à la palpation. Assez souvent même, il fait, en quelque sorte, saillie en dehors de la tumeur, il est comme partiellement énucléé et très facilement reconnaissable, tant à sa forme qu'à la douleur spéciale que la pression provoque.

Quel est le traitement de cette affection ? La ponction, le drainage sont insuffisants. Le procédé d'énucléation, proposé par Gosselin, est loin d'être toujours possible. Gosselin attribuait l'épaississement de la vaginale à un dépôt de fibrine à la face interne de la séreuse. Il cherchait à séparer les couches les plus nouvelles ainsi formées, des couches anciennes. En réalité, les recherches histologiques récentes ont montré qu'il y avait, non un simple dépôt fibrineux, mais une véritable prolifération conjonctive. Cette prolifération paraît surtout se faire aux dépens des cellules épithéliales de la face interne de la vaginale, ainsi qu'aux dépens de l'endothélium des vaisseaux. Sur la face interne, les couches de nouvelle formation sont constituées par du tissu conjonctif ferme, renfermant de nombreux éléments cellulaires, renfermant aussi de nombreux vaisseaux à parois incomplètes et friables. Ce sont ces vaisseaux qui, en se rompant, donnent les exsudats hémorrhagiques. La face externe participe, elle aussi, au travail irritatif. Les adhérences avec le testicule, le canal déférent, sont d'ordinaire très intimes.

La séparation de ces couches, étroitement fusionnées, est souvent irréalisable. Ainsi, après avoir incisé, j'essaye la décortication, mais presque toujours j'échoue dans ma tentative, je résèque alors toutes les parties indurées et épaisses de la vaginale ; je ne laisse que la portion adhérente au testicule et parfois une mince bande adhérente au canal déférent. Les téguments du scrotum constituent pour le testicule une enveloppe parfaitement suffisante, et j'ai pu, dans un cas, chez un malade de soixante-six ans, atteint de vaginalite plastique double, réséquer des deux côtés la plus grande partie de la vaginale avec un résultat parfait.

Aujourd'hui, je n'opérerai devant vous que le second de ces malades. Le premier, en effet, est atteint d'un petit anthrax du coude. Je ne voudrais pas, dans ces conditions, tenter chez lui une opération où la réunion primitive doit être obtenue. Ce n'est qu'après avoir obtenu la guérison de son anthrax, après l'avoir soumis quelques jours à l'usage interne du naphtol, que je me déciderai à l'intervention.

[L'opération fut faite d'après le plan indiqué. Après l'incision, on trouva, à la face antérieure du scrotum, le point de rupture de la séreuse. La cavité de la vaginale fut vidée du sang liquide qu'elle contenait. La plus grande portion de la séreuse fut enlevée, en partie par décortication, en partie par excision.]

THÈSES DE PARIS

Étude sur la broncho-pneumonie (anatomie pathologique, bactériologie, prophylaxie), par M. Ernest Mosny. — La broncho-pneumonie est l'inflammation aiguë spécifique des bronches et des lobules qui en dépendent.

Son début constant par la bronchite capillaire explique la répartition strictement lobulaire des lésions du parenchyme qui résultent de l'extension de la bronchiolite aux lobules. Le caractère essentiel de la bronchite est de siéger uniquement sur les petites bronches sus et extra-lobulaires.

Les lésions du parenchyme sont caractérisées par :

1° L'irrégularité de la dissémination des lésions inflammatoires qui envahissent isolément les lobules;

2° Le défaut de simultanéité de leur évolution dans un même poumon, et la présence constante des lobules simplement splénisés à côté d'autres hépatisés ou même abcédés.

Ces lésions, d'après leur répartition topographique, affectent deux types distincts :

1° Un type lobulaire qui constitue la broncho-pneumonie franche, et auquel seul doit s'appliquer la description anatomique qui précède;

2° Un type pseudo-lobaire qu'on doit complètement séparer de la broncho-pneumonie pour le rapprocher de la pneumonie franche. — Bien que ces lésions n'évoluent pas simultanément dans les divers lobules, leur disposition massive sans interposition de lobules sains entre les parties lésées suffit à permettre ce rapprochement et à séparer complètement ce type de la broncho-pneumonie. On doit donc le considérer comme une forme de pneumonie franche spéciale à l'enfant, comme un type pseudo-lobulaire de la pneumonie.

La bactériologie, d'accord avec l'anatomie pathologique, nous démontre l'origine différente de ces deux types :

1° Le type lobulaire dû à l'action du streptocoque pyogène;

2° Le type pseudo-lobulaire dû, comme la pneumonie franche, à l'action du pneumocoque lancéolé de Talamon-Frænkel.

L'auteur n'insiste pas sur le type pseudo-lobulaire qui n'est, en réalité, qu'une forme de pneumonie franche spéciale à l'enfant, et qui, comme la pneumonie de l'adulte, est plus souvent primitif que secondaire.

Contrairement à ce type, le type lobulaire franc, qui seul constitue la véritable broncho-pneumonie, est plus souvent secondaire que primitif. Il survient alors, à titre de complication, à la suite d'affections variées, la rougeole, la diphthérie principalement, ce qui explique sa présence plus grande chez l'enfant que chez l'adulte.

Sa gravité presque égale, quel que soit l'âge auquel elle survient, doit être attribuée en général :

1° Chez l'adulte, à la généralisation rapide de l'infection pulmonaire;

2° Chez l'enfant, à la présence constante de lésions mécaniques, accessoires, fort étendues, l'atélectasie et l'emphysème qui rétrécissent énormément le champ de l'hématose et déterminent la mort par asphyxie.

La broncho-pneumonie est contagieuse, épidémique et endémique dans les hôpitaux d'enfants, et spécialement dans les salles d'isolement des maladies qui s'en compliquent d'habitude

(rougeole et diphthérie). L'isolement de ces affections, tel qu'il est actuellement pratiqué, favorise, par conséquent, la propagation de la broncho-pneumonie et même en accroît la gravité.

On doit donc, pour sa prophylaxie, recourir à l'isolement des maladies infectieuses qui se compliquent fréquemment de broncho-pneumonie, et pratiquer l'antisepsie rigoureuse des salles d'isolement, des objets qui servent au malade, et du malade lui-même.

Étude sur l'arthrectomie dans les arthrites tuberculeuses du genou, par Ernest CORDILLOT. — Faite avec une antisepsie rigoureuse, l'arthrectomie est une opération sans gravité. Bien comprise et bien faite, elle convient parfaitement à certaines tumeurs blanches : dans les cas de synovite tuberculeuse, quand les os de la jointure ne sont pas atteints, chez les enfants comme chez les adultes.

Chez les enfants, comme il existe presque toujours des foyers épiphysaires, on emploiera de préférence l'ostéo-arthrectomie, qui permet de gratter les foyers osseux, en évitant les raccourcissements plus ou moins considérables que donne la résection. Dans les cas de lésions osseuses, chez les adultes, on pratiquera de préférence la résection classique.

On cherchera toujours, dans l'arthrectomie, à obtenir la formation d'une ankylose. Chez les adultes, le port d'un appareil est inutile; chez les enfants, il semble nécessaire, au moins pendant quelque temps.

Comparée à la résection, l'arthrectomie donne le même résultat thérapeutique; elle a pour avantages la simplicité des soins consécutifs et la plus grande perfection du résultat fonctionnel.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin 1891. — Présidence de M. TARNIER.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un travail de M. le docteur Mouart (de Nevers), intitulé : « Contribution à l'origine hydrique de la fièvre typhoïde;

2° Un travail de M. le docteur Fiessinger (d'Oyonnax) sur le mal de Bright et la scarlatine à Oyonnax;

3° Un travail de M. le docteur Favier sur la dengue et la maladie de Périnthe.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 73, majorité 37, M. Chauveau est élu par 54 voix contre 8 données à M. Farabeuf, 6 à M. Gréhant, 2 à M. Regnard, 1 à M. Poirier et 2 bulletins blancs.

COMMUNICATIONS

De l'élasticité de contraction du cœur; des médicaments régulateurs du cœur. — M. G. SÉE répond à M. Dujardin-Beaumetz, prétendant qu'il avait créé pour le cœur une élasticité spéciale, en dehors de sa musculature, que, dans sa communication, il n'a jamais entendu séparer l'élément élastique de l'élément musculaire du cœur; il n'a voulu parler que de la fonction élastique complètement identique ou identifiée avec la fonction contractile du tissu musculaire. En d'autres termes, il soutient que la contraction musculaire, c'est-à-dire le travail physiologique des faisceaux contractés est une création pure et simple de force élastique; de plus, qu'elle est équivalente à l'énergie chimique dépensée par le muscle pendant la durée de son activité. C'est cette élasticité, créée par la contraction, qui est destinée à contrebalancer la résistance, c'est-à-dire la charge du muscle; cette force est à la fois proportionnelle à cette charge et au degré de raccourcissement du muscle qui opère le soulèvement ou l'abaissement de la partie chargée.

Dans cette élasticité, il faut distinguer la tonicité du muscle en vertu de laquelle le muscle, même au repos complet, présente toujours une tension au delà de sa longueur naturelle. Cette tonicité est sous la dépendance du système nerveux.

Le muscle cardiaque possède-t-il cette tonicité et cette élasticité? S'il y a tonicité du myocarde, elle est absolument indépendante du système nerveux intra-cardiaque et extra-cardiaque. Le cœur possède en lui-même son principe d'action; il est autonome et doué du principe rythmique bien autrement que les muscles de la vie de relation.

Au point de vue de l'élasticité, le cœur présente au contraire une grande analogie avec les muscles de la vie de relation. Sous ce rapport, le cœur est un véritable muscle strié.

Les preuves cliniques de l'élasticité ne manquent pas davantage; les tracés présentés par M. Sée montrent l'élasticité mise en jeu, le ressort tendu ou détendu du cœur. Il en sera de même des cœurs intoxiqués ou soumis aux influences des divers médicaments. Mais, avant d'étudier ces influences, il est nécessaire d'être fixé sur certains points de la physiologie du cœur, en ce qui concerne la pression intra-ventriculaire du sang et la pression intra-vasculaire.

On a démontré, dans ces derniers temps, que la pression intracardiaque, en dehors d'une période d'inactivité, varie extrêmement peu, et qu'après une variabilité instantanée, elle rentre facilement dans l'état normal.

Pour la pression intra-vasculaire, on connaît également son étonnante constance, malgré les nombreuses perturbations auxquelles elle est exposée.

L'injection de sang dans les veines ne trouble l'équilibre que pour un temps très court; les vaisseaux se relâchent ou se contractent pour s'adapter à la quantité de sang injecté; le cœur lui-même peut contribuer à cet équilibre.

M. Sée étudie ensuite l'action des médicaments, et particulièrement l'action des médicaments régulateurs cardiaques, sur l'élasticité du myocarde et le volume du cœur; il prend pour type la digitaline et lui compare ensuite la strophantine, l'iodure de potassium, la spartéine, la convallamarine, la caféine.

On peut diviser en deux stades les manifestations fondamentales de la digitaline.

Le premier stade est le stade thérapeutique, le deuxième est le stade toxique.

Dans le premier stade, il y a diverses modifications fondamentales et un état qu'on peut appeler causal :

1° Le ralentissement du cœur;

2° L'augmentation de l'amplitude du pouls : c'est le phénomène dominant;

3° L'élévation de la pression sanguine dans les vaisseaux.

Pour ce qui concerne le ralentissement du pouls, il est produit par l'excitation du nerf vague, soit à son origine centrale dans la moelle allongée, soit, ce qui est plus certain, à sa terminaison dans le cœur, car il manque totalement quand on paralyse les bouts cardiaques par l'atropine.

Quant à l'augmentation de volume de l'artère, c'est-à-dire du pouls, elle se montre dans toutes les conditions. Ce que le pouls gagne en volume et l'artère en capacité, ne peut être que le résultat du changement de l'élasticité du muscle cardiaque.

Le volume exagéré du pouls semble entraîner naturellement le troisième phénomène, l'élévation de la pression, les mesures manométriques le démontrent.

Le quatrième phénomène, qui joue, sans doute, un rôle dans la production de l'hyperpression, est le resserrement de la constriction des artères, la vaso-constriction. Ce resserrement porte principalement sur le réseau vasculaire abdominal; il crée naturellement au cœur un obstacle à la circulation artérielle et semble, toutes choses étant égales, devoir augmenter avec la résistance que produit la pression intra-vasculaire.

Quant au cinquième phénomène (causal), il consiste dans un renforcement du cœur dû à une augmentation de la diastole.

En résumé, toute l'action de la digitale se traduit en quelques mots. Par tous ses effets sur l'élasticité du cœur, sur l'ampliation du pouls, sur la prolongation de la systole après celle de la diastole, la digitale est bien plutôt un régulateur de la circulation qu'un tonique du muscle cardiaque.

La strophantine est un vaso-constricteur général et violent, qui relève et régularise surtout la circulation périphérique; c'est un médicament cardiaque plus violent, mais plus temporaire que la digitaline. C'est en dernier lieu un réducteur de la sécrétion urinaire par suite de la vaso-constriction rénale.

L'iodure de potassium présente deux phases dans son action: une phase d'excitation caractérisée par le cœur accéléré, une pression élevée et une vaso-constriction très évidente. C'est la caractéristique de l'iodure de potassium. Puis il survient une phase qu'on peut appeler iodique, qui se traduit par une vaso-dilatation avec pression basse.

L'iodure est donc un médicament digitalique; comme la digitaline, l'iodure donne le renforcement primitif du cœur et de la pression.

Dès le moment que la pression est augmentée par le fait du cœur, la circulation intra-cardiaque doit être activée dans les artères coronaires du cœur, comme dans tout le système artériel. A ce point de vue, c'est un nutritif du cœur; en tout cas, c'est un régulateur pour ainsi dire infaillible, surtout si le cours du sang est entravé dans le poumon, et s'il y a de l'anhélation ou de l'asthme cardiaque.

La spartéine et la convallamarine sont des auxiliaires et des succédanés souvent indispensables des médicaments précédents.

Quant à la caféine, c'est surtout un diurétique rénal qu'il faut employer dans les hydropisies d'origine cardiaque, c'est un excitant général mais non du cœur directement.

La lactose est, comme la caféine, un diurétique rénal qui ne possède pas la moindre action sur le cœur ou les vaisseaux.

M. Sée termine en donnant quelques indications sur les doses et le mode d'administration des divers médicaments régulateurs du cœur :

La digitaline cristallisée s'emploie à la dose de 1 demi-milligramme en teinture par jour, et cela pendant quatre ou cinq jours, et non pas 2 milligrammes le premier jour, pour cesser le deuxième jour et reprendre au bout de quelques jours. Si l'on commence par de plus petites doses, un quart de milligramme, l'effet ne se produit que lentement, c'est-à-dire au bout de un à trois jours, et cela par suite d'une accumulation du remède. De plus, l'intolérance se dessine, les vomissements se manifestent.

Pour la strophantine, qui agit très promptement et, par conséquent, ne s'accumule pas, il prescrit 1/4 de milligramme en teinture ou en granules.

La convallamarine ne s'accumulant pas, on peut la prescrire à la dose de 30 à 50 centigrammes en pilules par jour.

L'iodure de potassium est le remède régulateur le plus durable et le plus inoffensif. On peut donner 3 grammes par jour pendant cinq jours sur sept et continuer indéfiniment. Il faut répartir la dose en trois; la prescrire soit dans du lait, soit dans de la bière, et cela pendant les repas. Les seuls inconvénients de ce médicament sont d'amoindrir l'appétit et de favoriser les hyperémies, en particulier les hémoptysies.

Le sulfate de spartéine sera prescrit en solution aqueuse à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour, à continuer pendant huit ou dix jours. La dose journalière doit être répartie en deux ou trois fois.

La caféine se prescrit avec le salicylate ou le benzoate de soude à 1 gramme par jour en injection ou par la bouche; son action est prompte, mais passagère; outre l'excitabilité bulbaire ou cérébrale, on a la sécrétion urinaire augmentée; mais, en raison de ces deux excitations, il est impossible de continuer au delà de trois jours.

Avec la théobromine, la dose doit être cinq fois plus considérable; elle ne se combine, pour être soluble, qu'avec le salicylate.

Fracture de la base du crâne avec enfoncement du pariétal droit : trépanation, guérison. — M. G. HOUZEL (de Boulogne-sur-Mer) communique l'observation d'un homme de quarante-six ans, qui fit une chute d'une hauteur de quatre mètres, et dans laquelle la tête porta sur la partie postérieure et externe du pariétal droit. Cette chute fut suivie d'une paralysie de la moitié gauche du corps et de la vessie et d'un écoulement de l'oreille droite avec surdité complète.

A la partie postérieure et externe du pariétal droit, se trouvait une plaie contuse, de 4 centimètres de long, dirigée de bas en haut, et de dehors en dedans; on sentait un enfoncement de l'os sur une assez grande étendue.

Une incision cruciale montra que la fracture siégeait à la partie postérieure du pariétal droit, à environ deux travers de doigt en dehors de la ligne sagittale et un peu en arrière de la ligne rolandique. On remarquait deux traits de fracture: l'un se dirigeant en bas et en avant vers le rocher; l'autre, continuant la direction du premier en arrière, entamait l'occipital. Entre ces deux traits, l'os enfoncé était divisé en un grand nombre de fragments qu'il était impossible d'enlever avec des pinces.

La trépanation fut faite vers l'angle supérieur de la plaie, sur la partie du pariétal restée intacte, puis les morceaux soulevés au moyen d'un élévateur et enlevés successivement. Ces fragments étaient au nombre de douze. Le pourtour de la plaie osseuse fut régularisé.

Cette plaie mesurait 7 centimètres et demi de long sur 6 centimètres et demi de large. Le fond en était tapissé par un caillot de 1 centimètre d'épaisseur occupant toute la surface mise à jour. A peine ce caillot fut-il enlevé que le cerveau se souleva brusquement et vint s'appliquer sur la brèche osseuse qu'il déborda légèrement. Au même instant, la respiration devint large et régulière. On appliqua un pansement à la gaze iodoformée et au réveil le malade put agiter sa jambe et son bras gauches, et, la nuit suivante, il urina seul.

La guérison fut complète et rapide.

Les iodures d'antipyrine. — M. DUROY fait une communication sur ce sujet : Si l'on dissout un équivalent d'iode dans une quantité suffisante d'alcool à 90 degrés et d'autre part un équivalent d'antipyrine dans cinq fois son poids d'eau distillée et qu'on verse peu à peu la solution d'iode dans celle d'antipyrine, il se forme un précipité jaune-brique, l'iodure d'antipyrine, soluble dans l'eau à 15 degrés, dans la proportion de 0,40 p. 100, dans l'alcool à la proportion de 6 p. 100.

On peut aussi obtenir, par d'autres procédés, des bi-iodures amorphes et cristallisés d'antipyrine, des iodures doubles de sodium et d'antipyrine, d'antipyrine et de mercure.

Ces divers médicaments, employés surtout sous forme de saccharures, pourront rendre des services en thérapeutique.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 juin 1891, ont été nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine Mas et Aunac.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Dupouy et Preux, médecin de première classe de la marine.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Loussot, Brossier, Grall, Vasticar et Cureau, médecins de deuxième classe de la marine.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. Liotard, pharmacien de deuxième classe de la marine.

— Par décret, en date du 26 juin 1891, M. le docteur Léger (de la Pointe à Pitre) est nommé membre suppléant du conseil privé de la Guadeloupe.

— Par décret, en date du 29 juin 1891, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée active, retraités Berger et Jossot.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités : Utz, Bouchardat et Pineau.

Au grade de pharmacien principal de première classe. — M. le pharmacien principal de première classe de l'armée active, retraité : Parrant.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Bureau est institué chef de clinique chirurgicale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Guichat (de Lodève), Plaize (de Saint-Dizier); et de M. de Clolus, médecin à Plaine-Fougère.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 78. — SAMEDI 4 JUILLET 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 4 JUILLET 1891. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les angines de la scarlatine, par le docteur H. BOURGES, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Les angines de la scarlatine.

Par le docteur H. BOURGES,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

L'histoire clinique de l'angine de la scarlatine a passé par trois phases successives.

Dans une première période qui s'étend jusqu'au commencement du XIXe siècle, jusqu'à l'époque où les travaux de Bretonneau permirent de séparer la diphthérie des autres inflammations du pharynx, les relations des épidémies observées ont surtout trait aux formes les plus malignes de l'angine scarlatineuse. On trouve dans le travail de Noirot (1) l'énumération de ces épidémies qui frappèrent différents points de l'Europe à la fin du XVIIIe siècle et au commencement du XIXe. Elles furent rapportées : en Angleterre, par Withering, Johnstone, Clark, Sims, Franck, Torrencé, etc.; en Écosse, par Coventry; en Hollande, par Thomann, Bicker, Keetell; en Danemark, par Meza et Bang; en Suède, par Hagstrœm; en France, par Xavier, Pistollet, etc... Huxham (2), sous le nom de mal de gorge ulcéreux (ulcerous sore-throat) et Fothergill (3) sous le nom de mal de gorge putride (putrid sore-throat) laissèrent d'excellentes descriptions de la scarlatine angineuse, mais ils méconnaissent l'éruption ou la mentionnent simplement comme phénomène curieux.

Bretonneau (4) inaugure la deuxième période; c'est lui qui, après avoir déterminé les caractères de la diphthérie, établit une distinction absolue entre ses manifestations pharyngées et les produits pseudo-membraneux qui accompagnent la scarlatine. Pour lui, l'angine scarlatineuse se distingue de l'angine diphthérique par son début brusque, avec forte élévation thermique, par ses troubles digestifs, ses vomissements « énormes », sa diarrhée continuelle, par sa faculté d'envahir presque simultanément

(1) NOIROT. *Histoire de la scarlatine*, Paris 1847.
(2) HUXHAM. *On fevers*, London 1772, p. 266.
(3) FOTHERGILL's *Works*. London 1783, vol. I, p. 341.
(4) BRETONNEAU. *Archives générales de médecine*, t. XIII, p. 29.

tous les points qu'elle doit occuper, sans tendance à se porter dans les canaux aérifères, enfin, par sa mortalité beaucoup moindre.

A partir de ce moment, les discussions ne porteront guère plus que sur cette angine pseudo-membraneuse. Trousseau (1) va jusqu'à déclarer qu'il y a autant de différence entre l'angine scarlatineuse et la diphthérie qu'entre une varioloïde et une rougeole. Aux caractères différentiels déjà donnés par son maître, il en ajoute de nouveaux dans sa relation de l'épidémie de scarlatine de Mennecy (Seine-et-Oise). Il fait remarquer, dans l'angine scarlatineuse, la rougeur de la gorge, la blancheur des fausses membranes qui ne s'enlèvent pas par lambeaux, mais s'arrachent par petits fragments, le siège de l'exsudat, qui se développe sur les amygdales, le voile du palais, la langue, la face interne des joues, laissant après lui des ulcérations, la suppuration assez fréquente des adénopathies sous-maxillaires. Plus tard (2), déjà ébranlé par les cas de croup rapportés par Graves (3), il fut convaincu par les faits qu'il observa à l'hôpital des Enfants, et modifia son opinion en admettant que l'angine pseudo-membraneuse, survenant au huitième ou neuvième jour d'une scarlatine, est bien réellement de nature diphthérique.

J. Guérétin (4), dans son mémoire sur une épidémie d'angine scarlatineuse, observée dans le canton du Lion d'Angers (Maine-et-Loire), pendant l'année 1841, cite des cas d'angines malignes, qu'il semble vouloir nettement distinguer de la diphthérie vraie.

Se refusant à considérer comme une angine la simple rougeur éruptive de la gorge, MM. Rilliet et Barthez (5) décrivent l'angine comme une véritable complication de la scarlatine, qui fait défaut dans 1 cas sur 6. Ces auteurs croient que l'angine pseudo-membraneuse de la scarlatine est de nature différente de la diphthérie primitive, à quelque période de la maladie qu'elle se développe.

MM. Laboulbène (6) et G. Sée (7) adoptent la division de

(1) TROUSSEAU. *Archives générales de médecine*, t. XXI, 1829, p. 541.
(2) TROUSSEAU. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 2e édit., t. I, pp. 101 et 105, 1865.
(3) GRAVES. *Cliniques médicales*, 3e édit. 1871, leçon faite en 1834-1835.
(4) GUÉRÉTIN. *Archives générales de médecine*, 1842, t. V, p. 280-303.
(5) RILLIET et BARTHEZ. *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 2e édit., Paris 1854, p. 162.
(6) LABOULBÈNE. *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses*, 1864.
(7) G. SÉE. *Leçons cliniques sur la scarlatine, faites à l'hôpital des Enfants-Malades*, 1861. (Non publié.)

Trousseau en angines initiales et tardives. Les premières ne seraient jamais d'origine diphthérique. Pour M. G. Sée, la diphthérie est également étrangère à la seconde forme qui n'est qu'une expression de la scarlatine elle-même.

M. Desnos (1) admet la même division, mais il ne se prononce pas sur la nature de l'angine tardive. D'après lui, la forme angineuse de Fothergill et Huxham ne doit pas être rattachée à la diphthérie.

La forme pseudo-membraneuse de l'angine scarlatineuse, qu'elle soit bénigne ou septique, n'appartient pas le plus souvent à la diphthérie pour Lasègue (2).

Pour Meigs et Pepper (3), la diphthérie ne complique que rarement la scarlatine; c'est alors, surtout pendant la convalescence, qu'elle survient.

On voit que, jusqu'ici, tous les auteurs se sont accordés à considérer les angines exsudatives de la scarlatine, comme presque toujours indépendantes de la diphthérie. Nous abordons maintenant la troisième période dans laquelle les opinions des auteurs sont très divisées sur la nature de ces angines.

Les produits pseudo-membraneux dans la scarlatine sont toujours de nature diphthérique; telle est l'opinion de M. Peter (4).

Niemeyer (5) décrit la diphthérie vraie avec coryza pseudo-membraneux comme complication du début de la scarlatine.

« Nous croyons inutile, dit M. Grisolle (6), d'établir ici le diagnostic différentiel de l'angine couenneuse d'avec l'angine dite de Fothergill ou mal de gorge de Huxham, car ces deux affections me semblent identiques. »

M. Archambault (7) admet que ce n'est qu'à titre exceptionnel que l'angine couenneuse de la scarlatine n'est pas diphthérique.

Après avoir dit que l'angine diphthérique se montre assez fréquemment dans le cours de la scarlatine, M. Cadet de Gassicourt (8) ajoute :

« Les fausses membranes qu'on observe dans la scarlatine sont les mêmes que celles de la diphthérie; la marche est la même, la séméiologie et le pronostic sont identiques. »

Jessner (9) se déclare aussi partisan de l'identité de l'angine pseudo-membraneuse de la scarlatine et de la diphthérie.

Par contre, l'opinion diamétralement opposée ne manque pas de défenseurs.

Halbey (10) [de Wetzlar], Heubner (11) distinguent absolument l'angine pseudo-membraneuse de la scarlatine de la diphthérie primitive.

Gallard (12) admet que, dans certains cas, l'angine scarlatineuse prend un aspect vraiment pseudo-diphthérique; les fausses membranes sont adhérentes, se reproduisent, s'étendent avec rapidité. Il distingue cette angine de l'angine diphthérique, en ce qu'elle reste locale, n'influe guère sur le pouls, la température, l'état des forces, ni la marche de la convalescence.

(1) Desnos. *Nouveau Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques*, t. II, 1865, art. Angine.
(2) Lasègue. *Traité des angines*, Paris 1868.
(3) Meigs et Pepper. *Traité pratique des maladies des enfants*, 1870, p. 413.
(4) Peter. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Angine.
(5) Niemeyer. *Traité de pathologie interne*, 1873, p. 644.
(6) Grisolle. *Traité de pathologie interne*, 9e édit., 1874, p. 288.
(7) Archambault. *Leçons sur les maladies des enfants*, par West, trad. franç. par M. Archambault, 1875, note p. 518.
(8) Cadet de Gassicourt. *France médicale*, 1881, p. 302 et 385.
(9) Jessner. *Berlin. Klin. Wochens.*, 23 mai 1887.
(10) Halbey (de Wetzlar). *Berlin. Klin. Wochens.*, 1887, nº 16, p. 211.
(11) Heubner. *Jahrb. f. Kinderh.*, Bd. XIV, Heft. 1, pp. 1, 46.
(12) Gallard. *Gazette des hôpitaux*, Paris 1881, p. 737.

MM. Béhier et Hardy (1) pensent, ainsi que M. Jaccoud (2), que la diphthérie ne complique la scarlatine que vers le huitième ou neuvième jour (angine tardive).

M. Vergely (3) sépare complètement l'angine pseudo-membraneuse précoce scarlatineuse de l'angine diphthérique, tout en ajoutant : « Il faut bien reconnaître que lorsque l'origine, le point de départ de l'angine n'est pas nettement établi, il n'est personne qui reconnaîtrait aux simples symptômes de l'angine, aux symptômes généraux, la couenne scarlatineuse de la couenne diphthérique, quelle que soit leur différence de nature. »

Filatow (4) décrit une angine pseudo-membraneuse, non diphthérique, survenant, en général, du troisième au cinquième jour de la scarlatine. Lorsque les fausses membranes surviennent huit ou dix jours après l'éruption, on peut être sûr que la scarlatine se complique de diphthérie vraie.

Pour M. Négrié (5), dans la scarlatine, l'exsudat grisâtre, épais, qu'il est absolument impossible de distinguer de l'exsudat diphthérique, ne serait pas, en général, produit par la diphthérie.

Henoch (6), dans une communication à la Société de médecine interne de Berlin, confirme ses assertions antérieures, en s'élevant énergiquement contre la confusion faite souvent entre l'angine diphthérique et l'angine pseudo-membraneuse de la scarlatine, bien qu'il ne nie pas que la diphthérie vraie ne puisse compliquer la scarlatine. De même que Filatow, il émet le vœu que la bactériologie vienne confirmer son opinion, les ressources cliniques étant impuissantes à établir un diagnostic différentiel.

Il est encore nombre d'auteurs qui hésitent à prendre parti. Dans la séance de juillet 1886 de la Société des sciences médicales de Lyon (7), la question de l'identité de la diphthérie scarlatineuse et de la diphthérie vraie a été posée. Aucun des membres ne s'est prononcé.

Dans une leçon clinique, M. Potain (8) dit : « La simple pharyngite, avec ses caractères particuliers, présente donc assez souvent un diagnostic difficile, délicat, mais il l'est bien plus encore lorsque l'angine rappelle la véritable angine diphthérique et l'on peut alors se demander : l'angine scarlatineuse grave est-elle diphthérique? Pour ma part, je laisse de côté cette question. »

Eichhorst (9) ne fait également que poser la question sans la résoudre.

Au milieu d'opinions aussi contraires ou aussi hési-

(1) Béhier et Hardy. *Traité de pathologie interne*, 1880, t. IV, p. 319.
(2) Jaccoud. *Traité de pathologie interne*, 7e édit., 1883, t. III.
(3) Vergely. *Mémoires et Bulletins de la Société médicale et chirurgicale de Bordeaux*, 1884, p. 265-284.
(4) Filatow. *Arch. f. Kinderh.*, Stuttgard 1887, p. 43-53.
(5) Négrié. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1888, p. 617-621.
(6) Henoch. *Deutsch. Med. Wochens.*, 1889, nº 44.
(7) *Lyon médical*, t. LIII, 17 octobre 1886, p. 210.
(8) Potain. *Semaine médicale*, 19 janvier 1887, p. 17.
(9) Eichhorst. *Traité de pathologie interne*, trad. franç., 1889, t. IV, p. 227.

tantes, les idées de Trousseau et de Graves ont été remises en honneur par M. Odent (1), dans une thèse écrite sous l'inspiration de notre maître, M. Legroux. Il admet deux formes d'angine pseudo-membraneuse dans la scarlatine. La première, précoce, non diphthérique, se montrant dès les trois premiers jours qui suivent l'éruption ; la seconde, tardive, vraiment diphthérique, et survenant quand l'éruption est effacée, en même temps que la desquamation, ou longtemps après, pendant la convalescence.

M. Sevestre (2) adopte à peu près la formule de M. Odent, en y faisant cette modification, que la diphthérie peut exceptionnellement compliquer la scarlatine dès le début.

Nous allons, dans le chapitre qui va suivre, essayer de reprendre la description classique des angines de la scarlatine et de la modifier en quelques points, nous appuyant sur les faits que nous avons observés à l'hôpital Trousseau (3).

Nous adopterons la division suivante : d'une part, les *angines érythémateuses* s'accompagnant ou non d'enduit pultacé; de l'autre, les *angines pseudo-membraneuses* précoces ou tardives, limitées ou étendues, bénignes, graves ou septiques ; enfin, les *angines gangréneuses*.

II

Angines érythémateuses. — Nous n'avons pas ici la prétention de donner une description originale de cette forme bien connue de l'angine scarlatineuse. Nous ne pouvons qu'en rappeler brièvement les principaux traits ; on en retrouvera la description complète dans tous les traités classiques. C'est généralement dès le début de la maladie, en même temps que l'infection scarlatineuse s'annonce par une température élevée, de la céphalalgie et des vomissements, que se montrent les premiers symptômes de l'angine. Le malade se plaint d'une sécheresse prononcée de la gorge; les mouvements de déglutition sont pénibles. La voix ne tarde pas à devenir nasonnée. Si, à ce moment, on examine la gorge du malade, on voit que les amygdales tuméfiées, la luette œdématiée, le voile du palais, les piliers, souvent une partie de la voûte palatine ont pris une teinte violacée, rouge sombre, dont la coloration et l'étendue ne se retrouvent guère que dans la scarlatine. En palpant la région sous-maxillaire, au niveau de l'angle de la mâchoire, il n'est pas rare de constater un certain degré d'engorgement ganglionnaire. Tous ces symptômes, après avoir augmenté pendant trois ou quatre jours, disparaissent en général au bout d'une semaine, alors que la desquamation commence.

Étudions maintenant chacun de ces différents signes et cherchons à en donner l'analyse. Tout à fait au début, la rougeur ne se limite pas à la gorge, elle se montre aussi, mais moins intense et plus fugace, à la face interne des joues, aux gencives et aux lèvres. La langue également présente une teinte rouge vif, mais seulement au niveau des bords et de la pointe, tandis que la face supérieure contraste par la couleur blanche, que lui donne l'épais enduit qui la recouvre. Ce n'est que vers le troisième ou quatrième jour de la maladie que la surface de la langue se dépouille, devient lisse et d'une rougeur uniforme. Cette transformation constitue d'ailleurs un élément précieux de diagnostic, comme le fait remarquer avec beaucoup de raison M. Cadet de Gassicourt (1). Le plus souvent, la rougeur est diffuse et très étendue dans le fond de la gorge, mais elle peut se limiter à un seul côté, voire même à la partie moyenne du voile du palais. Parfois, elle prédomine sur certains points : amygdales, luette ou piliers antérieurs. Le plus souvent, elle s'accompagne de gonflement des parties envahies, les amygdales se tuméfient jusqu'à venir au contact l'une de l'autre, la luette œdématiée, allongée, vient balayer la base de la langue et provoquer des nausées; souvent la congestion veineuse se traduit par des varicosités noirâtres qui se dessinent sur la muqueuse enflammée. Celle-ci peut aussi se recouvrir d'une légère couche de mucus qui lui donne un aspect vernissé.

Le début de l'angine est signalé par un mouvement fébrile d'une grande intensité, la peau est sèche, brûlante, la température s'élève d'emblée, en général, au-dessus de 39°5, le pouls est très fréquent; mais il est impossible de dire si cette élévation thermique doit être rapportée au début de l'angine ou à l'infection scarlatineuse elle-même.

Le premier jour, il y a plutôt de la sécheresse de la gorge que de la douleur. Bientôt celle-ci apparaît assez vive, augmente les jours suivants, s'exagère par la pression exercée aux angles des mâchoires. Elle devient généralement si vive, que l'enfant ne peut supporter l'examen de la gorge et que la pression de l'abaisse-langue sur le bord de cet organe provoque immédiatement des efforts de vomissement. La déglutition en est fréquemment gênée et la douleur immobilise le voile du palais au point qu'il semble paralysé, le malade rendant par le nez les liquides qu'il tente d'avaler.

Il est rare qu'il y ait des troubles de la respiration. Celle-ci peut, cependant, devenir fréquente, haletante, lorsque l'hypertrophie des amygdales prend des proportions énormes et, que, s'accolant l'une à l'autre, elles oblitèrent presque complètement la voie pharyngienne. Il est fréquent, au contraire, de constater des modifications de la voix, qui prend le timbre nasonné. L'haleine n'a guère une odeur fétide que lorsque l'angine s'accompagne de dépôt pultacé. Les fosses nasales ne participent généralement pas à l'inflammation du pharynx.

La tuméfaction des ganglions sous-maxillaires apparaît d'ordinaire le lendemain du début de l'angine (Peter). On sent, en arrière des angles de la mâchoire, un ou deux petits ganglions, gros comme des noisettes, durs, douloureux, roulant sous le doigt. Cette adénopathie peut être unilatérale ou bilatérale. Parfois le tissu cellulaire environnant participe aussi à l'inflammation dans les cas plus intenses et l'empâtement devient diffus. Il est rare que la phlegmasie soit assez prononcée pour qu'il y ait du trismus.

Les symptômes peuvent se borner là et l'angine peut, pendant toute son évolution, conserver les caractères que nous venons de lui assigner; mais il n'est pas rare de voir apparaître du deuxième au quatrième jour, quelquefois plus tard, sur les cryptes amygdaliennes, de petites concrétions blanchâtres, crémeuses, lenticulaires, généralement isolées les unes des autres. L'angine est devenue pultacée. Suivant Lasègue, l'érythème se complique d'une éruption miliaire

(1) Odent. *Des angines pseudo-membraneuses au cours de la scarlatine*, Thèse de Paris, 1887.

(2) Sevestre. Société médicale des hôpitaux, séance du 9 mai 1890, et *Médecine moderne*, 15 mai 1890, p. 407.

(3) Bourges. Thèse de Paris, 1891.

(1) Cadet de Gassicourt. *Traité clinique des maladies des enfants.*

qu'il assimile à l'éruption de vésicules miliaires qui apparaît souvent sur la peau, en même temps que l'exanthème de la scarlatine. Cet exsudat pultacé peut encore se montrer sur la face antérieure du voile du palais et sur ses piliers (Lasègue), parfois sur la luette, bien rarement sur la paroi postérieure du pharynx (Peter).

Cette matière pultacée, formée par l'accumulation de l'épithélium desquamé, mélangé à la sécrétion des follicules, est, au début, d'une couleur blanche éclatante, bientôt elle devient grisâtre ou jaunâtre. A l'aide d'un bâtonnet muni d'ouate à son extrémité, on l'enlève très aisément; car elle n'est pas adhérente à la muqueuse, qui ne saigne pas lorsqu'on l'enlève. Si l'on agite ce dépôt dans un verre d'eau, on ne tarde pas à le voir se dissoudre et disparaître. L'enduit pultacé a peu de tendance à s'étendre et à se reproduire. Il disparaît quelquefois au bout de vingt-quatre heures, souvent au bout de trois ou quatre jours; mais il arrive qu'il apparaisse de nouveau, alors qu'on ne l'avait plus constaté de quelques jours.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que, dans la scarlatine normale, il est de règle de voir apparaître l'angine érythémateuse dès le premier jour de la maladie. L'apparition des manifestations pharyngées ne nous a pas toujours semblé se faire dans des limites de temps aussi absolues. Sur trente-sept cas que nous avons observés, l'angine érythémateuse s'est montrée 23 fois dans les vingt-quatre heures qui ont suivi le début de la scarlatine, 8 fois le deuxième jour, 5 fois le troisième; une fois il n'y a pas eu d'angine. L'éruption s'est montrée 16 fois dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'angine, 11 fois deux jours après, 6 fois en même temps, 2 fois vingt-quatre heures avant, 1 fois deux jours auparavant.

III

Angines pseudo-membraneuses. — Il faut bien s'entendre, dès le début, sur ce que nous entendons par une angine pseudo-membraneuse. Elle est constituée par une inflammation de la muqueuse pharyngée, qui se recouvre de véritables fausses membranes, c'est-à-dire d'un exsudat fibrineux, de coloration blanchâtre, assez adhérent à la muqueuse sous-jacente, formant, lorsqu'on l'enlève, un lambeau étendu, se reproduisant après ablation. Cette fausse membrane ne se dissout pas dans l'eau. Cette définition nous semble ne pas prêter à confusion et nous avons ainsi soigneusement écarté, de cette catégorie, toute angine dont l'exsudat se rapproche plus ou moins d'un exsudat pultacé.

Nous diviserons les angines pseudo-membraneuses de la scarlatine en *angines précoces et angines tardives*, suivant que les troubles pharyngés se montrent dans les premiers jours de la maladie, ou bien seulement après le premier septénaire, lorsque la desquamation a déjà commencé et quelquefois beaucoup plus tard. Cette division, que la clinique impose, a déjà été reproduite, depuis Trousseau, dans la plupart des traités classiques. Elle est justifiée par les différences symptomatiques que présente l'angine aux divers stades de la scarlatine. Au début, en effet, l'angine pseudo-membraneuse ne reproduit pas le tableau clinique classique de l'angine diphthérique; comme elle le fait incontestablement à la période de desquamation.

a. *Angines pseudo-membraneuses précoces.* — Chez un scarlatineux, qui, dans les deux ou trois premiers jours de la maladie, a eu une angine érythémateuse, parfois accompagnée de dépôt pultacé, on voit, le lendemain ou le surlendemain de l'éruption, l'aspect de la gorge se modifier. Des points blanchâtres, lenticulaires, se montrent à l'orifice des cryptes amygdaliennes. Ces points épais ne tardent pas à se rejoindre et à former un enduit un peu crémeux, d'aspect encore pultacé, ayant peu de consistance. Généralement, le lendemain, le doute n'est plus permis, il s'agit bien de fausses membranes qu'on enlève en larges lambeaux. D'ailleurs elles se sont étendues, ont envahi le voile du palais. Cet état assez inquiétant de la gorge n'est pas sans s'accompagner d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, qui, presque toujours, augmentent de volume. La température s'élève ou reste élevée, la dysphagie, le nasonnement sont prononcés. Pendant sept ou huit jours, les fausses membranes se reproduisent, bien qu'on nettoie régulièrement la gorge; puis la muqueuse se déterge, l'exsudat diminue, ne se reforme plus et, enfin, au bout de dix ou quinze jours, les amygdales ont repris leur aspect ordinaire, sauf qu'elles restent un peu rouges et que souvent leur surface semble érodée par points. Tel est le tableau clinique habituel d'une angine pseudo-membraneuse précoce.

Si l'on procède à une étude plus détaillée des symptômes, on voit qu'on retrouve ici les mêmes signes fonctionnels que dans l'angine érythémateuse. Ils sont, sans doute, généralement plus prononcés, mais ne méritent pas une description nouvelle. Nous ajouterons seulement que la fétidité de l'haleine est beaucoup plus marquée et plus fréquente que dans la forme que nous avons décrite précédemment; de plus, dans celle-ci, la température retombe à la normale dans le courant de la première semaine de la scarlatine; tandis que l'angine pseudo-membraneuse précoce provoque une élévation thermique, alors que la température était déjà revenue à la normale, ou la maintient élevée, dans le cas contraire. Le thermomètre oscille autour de 39 degrés et ne s'abaisse qu'autant que l'angine vient à céder.

L'état général des malades est en accord avec l'élévation de la température et le degré d'infection de l'organisme, que celle-ci procède de la scarlatine ou de l'angine. Ce n'est guère que dans les formes les plus graves, que le malade prend l'aspect typhique et que les symptômes généraux acquièrent une réelle importance.

L'engorgement des ganglions sous-maxillaires est tout à fait variable. Tandis que, dans les formes légères, il fait défaut ou est à peine prononcé, il devient très marqué lorsque les fausses membranes s'étendent. Ces ganglions enflammés ont alors un volume qui varie depuis les dimensions d'une noisette, jusqu'à celles d'un petit œuf. Parfois même, dans les formes graves, le tissu cellulaire environnant participe à l'inflammation, et les régions sous-maxillaires et sous-hyoïdiennes deviennent le siège d'un empâtement et d'une tuméfaction considérables.

Les fausses membranes siègent presque toujours sur les amygdales, rarement sur une seule. C'est par ces organes que débutent la plupart de ces angines. Elles en recouvrent toute l'étendue ou seulement un territoire limité. Lorsqu'elles s'étendent, elles gagnent les piliers du voile, sa surface ou bien la luette qu'elles engainent, parfois même le fond du pharynx. Leurs caractères objectifs ont déjà été décrits, lorsque nous avons défini ce que nous entendions par un produit pseudo-membraneux. Il faut insister, cepen-

dant, sur leur couleur, plusieurs auteurs en ayant fait un élément de diagnostic différentiel d'avec l'angine diphthérique. Il est certain que, tout à fait au début, elles sont généralement très blanches, d'une blancheur parfois éclatante, mais cet aspect se modifie beaucoup les jours suivants, elles deviennent alors grisâtres ou jaunâtres, parfois semées de taches noires qu'y laissent de petites hémorrhagies. De plus, elles offrent ce caractère d'être adhérentes à la muqueuse, difficiles à détacher.

Nous savons, qu'après ablation, elles se reproduisent en quelques heures. Souvent, lorsqu'on les enlève, la muqueuse saigne assez abondamment et, lorsqu'on en a complètement nettoyé la surface, on la voit érodée, profondément déchiquetée. On se rend bien mieux compte des lésions ulcéreuses, lorsqu'on a l'occasion de les examiner sur le cadavre. On voit alors que les amygdales, ainsi que toutes les autres parties atteintes, sont pénétrées par des ulcérations à bords irréguliers, taillés à pic, à fond alvéolaire, au point qu'il ne reste parfois plus que la coque de l'organe malade. Ces ulcérations donnent lieu, dans quelques cas, à une suppuration abondante, facile à constater lorsqu'on nettoie la gorge des enfants. Mais la formation pseudo-membraneuse ne se limite pas à la gorge seulement. Il n'est pas rare de voir les fausses membranes tapisser une partie de la voûte palatine et former des plaques blanches très adhérentes, sur la langue, les replis des lèvres ou leurs commissures. Cette exsudation présente ceci de particulier, lorsqu'elle siège aux lèvres, c'est que souvent elle se confond avec des pustules d'impetigo se développant sur la peau avoisinante, comme si ces deux lésions relevaient de la même cause.

Parfois aussi l'angine s'accompagne d'un coryza qui, d'abord muco-purulent, peut devenir pseudo-membraneux. Enfin, on a signalé, très rarement il est vrai, l'extension des fausses membranes au larynx, aux bronches et exceptionnellement à la conjonctive, à la trompe d'Eustache (Lasègue) ou à la surface cutanée (Guérétin).

Le *coryza pseudo-membraneux* était une complication fréquente dans les épidémies de Huxham et de Withering (1). Hufeland (2) cite une observation dans laquelle l'ulcération de la membrane pituitaire avait entraîné la perforation de la voûte palatine et la destruction des os propres du nez, que le malade rendait par fragments en éternuant. Guérétin a constaté ce coryza dans la forme maligne lente de l'épidémie qu'il décrit. Schœnlein prétend qu'il est toujours mortel, lorsqu'il est accompagné de parotides. MM. Rilliet et Barthez l'ont observé, mais rarement. M. Barrier a vu, dans un cas d'angine compliquée de coryza pseudo-membraneux, l'asphyxie résulter de la gêne apportée au passage de l'air par le gonflement des amygdales d'une part, et par le rétrécissement des fosses nasales de l'autre. Niemeyer, Lasègue, Filatow admettent cette complication de l'angine scarlatineuse. M. Gallard (3) en cite une observation intéressante, il considère qu'il s'agissait d'une pseudo-diphthérie pharyngo-nasale, qui détermina une ulcération profonde des ailes du nez.

(1) Withering. *An account of the scarlet fever and sore-throat or scarlatina anginosa, particulary as it appeared at Birmingham in the year* 1778, London 1779.

(2) Hufeland. *Bermerkungen über die Blattern, versshiedene Kinderkrankheiten, etc.*, 1798, p. 461.

(3) Gallard. *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 737.

Nous n'avons pu observer qu'un exemple de coryza pseudo-membraneux compliquant une scarlatine à forme angineuse. L'examen bactériologique démontra qu'il ne s'agissait pas de diphthérie vraie.

L'*extension des fausses membranes au larynx* est plus rare. Elle est signalée par MM. Graves, Guérétin, Rilliet et Barthez, Colrat (1) et Jessner.

Nous en avons nous-même recueilli deux observations. Nous n'insisterons pas sur les otites, les bubons cervicaux ou les phlegmons du cou qui peuvent suivre l'angine scarlatineuse. Ces complications sont bien connues et bien décrites.

La *paralysie du voile du palais*, consécutive à l'angine de la scarlatine, n'a été signalée qu'à titre bien exceptionnel, croyons-nous. Nous en avons observé un cas.

Suivant le degré d'extension des fausses membranes, suivant la gravité des symptômes généraux, suivant la part d'infection de l'organisme qui paraît revenir à l'angine, on peut, croyons-nous, distinguer trois formes d'angines pseudo-membraneuses précoces : *bénigne*, *grave* et *septique* ; cette dernière se confondant avec la forme angineuse de la scarlatine.

Dans la *forme bénigne*, les fausses membranes sont généralement peu étendues et n'ont pas de propension à gagner du terrain ; l'adénopathie sous-maxillaire est à peine marquée ; il ne survient pas de complication dépendant de l'angine ; l'état général est très satisfaisant et la fièvre dure à peine quelques jours, à moins que la scarlatine ne soit maligne. Les fausses membranes peuvent d'emblée envahir à la fois les amygdales et la luette, mais elles se reforment peu, disparaissent rapidement, l'angine ne provoque ni accident, ni symptômes généraux.

La *forme grave* se caractérise non seulement par l'extension rapide des fausses membranes, par leur persistance, par l'intensité de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, mais encore par la longue durée de l'angine qui, dans les cas que nous avons observés, a duré de neuf jours à vingt-trois jours, par la prolongation de la fièvre et des symptômes généraux, par les complications presque constantes qui surviennent (broncho-pneumonie, rhumatisme, néphrite, bubons, otites, impetigo, etc.). Cette forme n'entraîne pas la mort par elle-même, mais elle aggrave le pronostic, en prolongeant la convalescence. Elle contribue certainement à hâter la terminaison fatale dans les scarlatines malignes qu'elle complique fréquemment.

Si dans les formes qui précèdent, les symptômes indépendants de l'angine tiennent encore le rôle le plus important dans la scène morbide, il n'en est plus de même pour la *forme septique*. Une éruption atypique à peine marquée, fugace, telle est la signature souvent peu nette de la scarlatine. Les autres symptômes ne dépendent que de l'angine qui semble constituer à elle seule toute la maladie. De là le nom de *forme angineuse* de la scarlatine qu'on lui donne souvent. Il suffit de se reporter aux descriptions les plus complètes de l'angine diphthérique hypertoxique, pour retrouver l'image fidèle de l'angine septique de la scarlatine. J. Guérétin a fait un tableau saisissant de cette angine, qu'il décrit sous le nom de forme maligne lente de l'angine scarlatineuse.

Dans ces différentes formes de l'angine pseudo-membra-

(1) Colrat. Société des sciences médicales de Lyon, juillet 1886, et *Lyon médical*, t. LIII, 17 octobre 1886, p. 210.

neuse, la date d'apparition des fausses membranes, relativement à celle de l'éruption, est assez intéressante à déterminer. L'angine pseudo-membraneuse est presque toujours consécutive à l'éruption, parfois elle se montre en même temps qu'elle, rarement, enfin, elle la précède. C'est dans ce dernier cas, sur lequel nous reviendrons un peu plus loin, que les erreurs de diagnostic sont presque inévitables.

Sur 32 cas d'angines pseudo-membraneuses précoces de la scarlatine, les fausses membranes se sont montrées 4 fois au premier jour de la maladie, 3 fois au deuxième jour, 5 fois au troisième jour, 4 fois au quatrième jour, 7 fois au cinquième jour, 5 fois au sixième jour, 3 fois au septième jour, 1 fois au huitième jour. L'éruption a précédé l'apparition des fausses membranes 6 fois d'un jour, 4 fois de deux jours, 7 fois de trois jours, 4 fois de quatre jours, 2 fois de six jours. Elle s'est montrée 5 fois en même temps. Les fausses membranes ont apparu 1 fois trois jours, 2 fois quatre jours et 1 fois cinq jours avant l'éruption.

Nous avons vu plus haut qu'il y a des cas où l'angine pseudo-membraneuse peut précéder l'exanthème scarlatineux. C'était le cas dans l'épidémie de Fothergill, l'éruption y apparaissait le quatrième ou le sixième jour après le début de l'angine. Il en était de même dans l'épidémie décrite par Guérétin et dans celle dont J. Ozanam (1) a écrit l'histoire. Tout dernièrement (2), MM. Sevestre et Millard ont rapporté chacun un cas analogue.

M. Sevestre se basait sur l'absence d'abattement et surtout sur la rougeur très vive du voile du palais pour faire le diagnostic d'angine scarlatineuse avant l'apparition de l'éruption. Ce dernier élément de diagnostic faisait complètement défaut dans deux cas sur trois d'angines pseudo-membraneuses précédant l'éruption, que nous avons observés.

On comprend qu'il soit impossible d'établir le diagnostic dans ces cas particuliers, avant que la langue se soit bien dépouillée ou que la desquamation devienne caractéristique.

b. *Angine pseudo-membraneuse tardive.* — Nous avons vu précédemment que les fausses membranes pouvaient se montrer assez tardivement dans l'angine pseudo-membraneuse précoce, puisque nous ne les avons vues apparaître dans quelques cas que le septième ou même le huitième jour de la maladie. Mais alors l'angine érythémateuse du début avait persisté jusqu'à l'apparition des fausses membranes, la température s'était toujours maintenue au-dessus de la normale. Il n'en est plus de même pour l'angine pseudo-membraneuse tardive. Ici, la scarlatine a normalement évolué; l'éruption, après avoir duré quelques jours, a disparu ainsi que l'angine initiale; la température est retombée à la normale; la desquamation a déjà débuté, lorsqu'on voit l'état général s'aggraver, l'enfant pâlir, la fièvre s'allumer, les ganglions du cou se tuméfier. En examinant la gorge, on la trouve tapissée de fausses membranes grisâtres, qui n'y étaient pas les jours précédents. Cette angine survient souvent dans la seconde semaine de la maladie, mais elle peut se montrer aussi beaucoup plus tardivement, dans le courant de la troisième ou quatrième semaine.

Lorsqu'on consulte les traités classiques, on est frappé du sinistre tableau qu'ils font de cette angine. Trousseau (1) en a fixé les traits dans ses cliniques.

Après lui, MM. Desnos, Peter, Béhier et Hardy, Jaccoud, Rilliet et Barthez ne font que répéter cette éloquente description.

Ils admettent que le croup peut compliquer cette angine, mais, en général, l'infection est trop rapide et le malade meurt avant que les fausses membranes aient eu le temps d'envahir le larynx. Le pronostic est, en effet, extrêmement sévère, puisque Trousseau dit : « De ces angines survenant subitement au neuvième et dixième jour de la scarlatine, je ne me rappelle avoir vu guérir qu'une malade. »

Nous n'avons pu recueillir à l'hôpital Trousseau que dix observations d'angines pseudo-membraneuses tardives de la scarlatine. Dans deux de ces cas, l'angine est survenue au neuvième jour de la scarlatine, une fois elle s'est montrée au dixième jour, une fois au douzième, une fois au quinzième, une fois au dix-neuvième, une fois au vingt et unième, une fois au vingt-huitième, une fois au trente-septième; dans un cas, la date du début de la scarlatine était restée ignorée, l'angine était accompagnée d'une desquamation caractéristique.

Sur ces 10 observations, 3 seulement répondent au tableau classique de l'angine pseudo-membraneuse tardive. Le croup s'est montré 4 fois et l'angine a guéri 7 fois sur 10. L'angine tardive, tout en restant grave, semble donc actuellement entraîner un pronostic moins sombre qu'on ne le pense généralement; elle peut même affecter une forme bénigne. L'isolement des malades, les soins antiseptiques constants, qu'on prend maintenant de la gorge des scarlatineux, expliquent peut-être cette atténuation indéniable de la toxicité des angines tardives.

IV

ANGINES GANGRÉNEUSES. — On a décrit, sous le nom de *forme gangréneuse* de l'angine scarlatineuse, une des complications les plus redoutables de cette maladie. La gangrène du pharynx fut le symptôme capital des épidémies de scarlatine du siècle dernier. Actuellement, elle est devenue extrêmement rare. Nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer à l'hôpital Trousseau.

Cette angine est gangréneuse d'emblée ou survient à titre de complication de l'angine pseudo-membraneuse. Son apparition est insidieuse. Cependant, l'adynamie, la prostration, ou bien le délire s'accentuent, les extrémités se refroidissent, le pouls devient petit et se ralentit (Gubler), mais si l'on n'examine pas la gorge, le début du sphacèle passe inaperçu. La douleur que provoque la déglutition est vive, mais elle peut manquer dans certains cas (Rilliet et Barthez). Les sécrétions buccales et nasales prennent une odeur fétide, irritent les narines et corrodent les lèvres. Dans l'épidémie décrite par Fothergill, leur virulence était telle qu'il avait suffi de déterger la bouche d'un enfant avec le doigt, pour qu'il fût dépouillé de son épiderme. Mais le symptôme caractéristique de la gangrène du pharynx, c'est l'odeur gangréneuse, fécaloïde de l'haleine. L'engorgement des ganglions sous-maxillaires est toujours très marqué. En examinant la gorge, on y voit des plaques gangréneuses, arrondies, gris noirâtre; tellement déprimées, que la muqueuse violacée, œdématiée, qui les entoure forme un

(1) J.-A.-F. OZANAM. *Histoire médicale des maladies épidémiques*, 2e édit., t. III, p. 331 et suiv.

(2) SEVESTRE et MILLARD. Société médicale des hôpitaux de Paris, mai 1890, et *Médecine moderne*, 15 mai 1890, nº 21, p. 407.

(1) TROUSSEAU. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., 1865, t. I, p. 104.

bord irrégulier, taillé à pic autour d'elles. Ces plaques ne tardent pas à se rejoindre et à recouvrir tout le fond de la gorge.

Si l'état général du malade laisse à l'escharre le temps de se détacher, de profondes pertes de substances, déterminant parfois des perforations du voile du palais, succèdent aux plaques gangréneuses qui s'éliminent. La terminaison est presque toujours fatale.

V

Angine scarlatineuse sans exanthème. — Bien que Grisolle mette en doute cette forme fruste de la scarlatine, pensant qu'il y a toujours une éruption incomplète qui a passé inaperçue, elle est généralement admise aujourd'hui.

Huxham, Withering, au siècle dernier, en ont cité des cas indéniables. On en trouve encore des observations rapportées par Trousseau (1), Graves (2), Noirot, Niemeyer, Élie Gintrac (3), Taupin (4), Dudley, P. Allen (5).

Il est bien difficile, en dehors d'un milieu épidémique, de reconnaître la nature de l'angine scarlatineuse, si elle ne s'accompagne pas d'une éruption. Les signes de l'angine peuvent être, cependant, assez caractéristiques pour permettre au moins de soupçonner sa nature. Huxham signale une très grande démangeaison et une desquamation de la peau, malgré l'absence d'exanthème. Un des meilleurs signes, mais qu'il faut chercher, survient vers le troisième ou quatrième jour de la maladie. La langue, dont la face supérieure était jusque-là très blanche, se dépouille et prend une teinte rouge vif uniforme. L'anasarque, enfin, vient quelquefois confirmer le diagnostic encore hésitant.

Cette scarlatine fruste peut se montrer dans les formes malignes de la maladie ou dans sa forme angineuse. Mais souvent elle reste très bénigne, sans cesser d'être aussi contagieuse que les scarlatines les plus graves.

Lasègue fait remarquer qu'elle est beaucoup plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant. Nous n'avons pu en observer aucun fait certain.

VI

L'histoire bactériologique de l'*angine érythémateuse* de la scarlatine est courte.

Dans un cas de scarlatine avec amygdalite folliculaire vulgaire, suivie de mort, Frænkel et Freudenberg (6) obtinrent des cultures pures de streptocoques identiques au streptococcus pyogenes, en ensemençant des fragments des organes suivants : ganglions sous-maxillaires, rate, reins et foie. Ils pensent qu'il s'agit d'une infection secondaire.

Hofmann (7), dans 19 cas de scarlatine, trouva 6 fois dans la gorge le pseudo-bacille de Lœffler.

Zarniko (8), après ensemencement sur sérum du mucus des amygdales de 3 scarlatineux atteints d'angine érythémateuse, constata qu'il ne poussa aucune colonie de bacille de Lœffler.

(1) Trousseau. *Leçons cliniques*, 2e édit., 1865, t. I, p. 113.
(2) Graves. Loc. cit., p. 426 et 453.
(3) Gintrac. *Traité théorique et pratique de pathologie interne*, t. IV, p. 312.
(4) Taupin. *Essai sur la scarlatine sans exanthème*, Thèse de Paris, 1839, n° 266, p. 11 et suiv.
(5) Dudley, P. Allen. *Boston Med. and Surg.*, 16 octobre 1879.
(6) Frænkel et Freudenberg. *Centralbl. f. Klin. Med.*, 1885.
(7) Hofmann. *Tagebl. d. 60 Versamml. Deutscher Naturf und Aerzte in Wiesbaden*, 1886, p. 119, et *Wien. Med. Wochens.*, 1888.
(8) Zarniko. *Beitrag zur Kentniss des Diphtherielbacillus*, Thèse de Kiel, 1889, et *Berlin. Klin. Wochens.*, 1889, n° 45.

Kurth (1) a isolé un microcoque en chaînette du mucus des amygdales d'un scarlatineux au neuvième jour.

En revanche, à propos des angines pseudo-membraneuses de la scarlatine, nous trouvons bon nombre de documents de valeur différente. Avant d'en aborder l'énumération, rappelons, en quelques mots, la série des travaux qui paraissent avoir consacré la spécificité du bacille de la diphthérie.

Ce bacille, morphologiquement étudié, en 1883, par Klebs (2), a été isolé et cultivé par Lœffler (3), qui en a étudié les effets d'inoculation sur les animaux. Ses beaux travaux servent encore de base aux recherches les plus récentes sur la diphthérie. Il subsistait quelques doutes à propos de la spécificité de ce bacille, mais ils ont été levés par les remarquables monographies que MM. Roux et Yersin (4) ont publiées dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, depuis 1888.

Signalons encore les travaux confirmatifs de M. Darier (5), de M. Babès (6), de M. d'Espine (7), de Sœrensen (8), de Kolisko et Paltauf (9), de Zarniko (10), de Ortmann (11), de Spronck d'Utrecht (12), etc.

Le bacille de Klebs-Lœffler se retrouve constamment dans les fausses-membranes des diphthériques et il est admis qu'il en est l'organisme spécifique, malgré les doutes de Hoffmann (13), malgré le rôle que Baumgarten (14) et Prudden (15) veulent faire jouer au streptocoque, malgré les résultats contradictoires de Klein (16).

Passons maintenant en revue les recherches bactériologiques qui sont particulières aux angines pseudo-membraneuses de la scarlatine.

Wood et Formade (17), Demme [de Berne] (18) décrivent, dans les fausses membranes de cette variété d'angine, des microcoques qu'ils n'ont pas cultivés.

Lœffler (19), sur cinq cas d'angines scarlatineuses pseudo-membraneuses, ne trouve le bacille de Klebs que dans un des cas. Dans les autres cas, les fausses membranes ne renfermaient qu'un microcoque en chaînettes très voisin de

(1) Kurth. *Berl. Klin. Wochens.*, 1889, n° 45.
(2) Klebs. *Corresp. Bl. f. Schw. Aertze*, 1er août 1883.
(3) Lœffler. *Mitheilungen aus den Kaiserl. gesundheitsamte*, vol. II, 1884; — *Centralbl. f. Bacter*,, 1887, vol. II, p. 105 — *Deuts. milit. Zeits.*, 1887, XVI, p. 353.
(4) Roux et Yersin. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1883, n° 12; 1889, n° 6; 1890, n° 7.
(5) Darier. Société de biologie, nov. 1885, et Thèse de Paris, 1886.
(6) Babès. *Progrès médical*, 1886, n° 8, et *Arch. f. Path. Anat. u. Physiol.*, Band. CXX, Heft. 3.
(7) D'Espine. *Revue médicale de la Suisse romande*, 1886, p. 584; 1888, p. 49; 1889, n° 1; 1890, p. 34.
(8) Sœrensen. *Nord Med. Ark.*, Dd. XVIII, 1886, n° 45.
(9) Kolisko et Paltauf. *Centralbl. f. Bacter.*, t. V, n° 22, 24 mai 1889, et *Wien. Med. Wochens.*, 1889, n° 8.
(10) Zarniko. Loc. cit., et *Centralbl. f. Bacter.*, t. VI, 1889.
(11) Ortmann. *Berlin. Klin. Woch.*, 1889, n° 10.
(12) Spronck (d'Utrecht). *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1889, n° 10.
(13) Hoffmann. *Wien. Med. Wochens.*, 1888, nos 3 et 3.
(14) Baumgarten. *Lehrbuch der pathologischen mycologie*, 1878.
(15) Prudden. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, juin 1889.
(16) Klein. *Centralbl. f. Bacter.*, 1890.
(17) Wood et Formade. *Nation. board of health Bulletin*, London 1881.
(18) Demme. *Arch. f. Kinderh.*, 18882.
(19) Lœffler. Loc. cit.

celui de l'érysipèle. Il l'a isolé, cultivé et inoculé à des animaux. Il faut ajouter qu'il n'avait également trouvé que des streptocoques dans un certain nombre des angines diphthériques, qu'il avait étudiées dans ce mémoire.

Chez un enfant atteint de diphthérie scarlatineuse, de diphthérie cutanée et d'arthrites purulentes, Heubner et Bahrdt (1) ont coloré dans les fausses membranes cutanées, dans le sang et dans le pus, des microcoques en chaînettes, semblables à ceux que Lœffler avait décrits dans la diphthérie de la scarlatine. Ils rappellent qu'en inoculant ce micro-organisme dans le sang d'animaux, Lœffler avait provoqué des arthrites, dans lesquelles on retrouvait les cocci. Ils assimilent le fait clinique qu'ils rapportent à ces faits expérimentaux. Remarquons qu'ils n'ont pas fait d'examen bactériologique des fausses membranes de la gorge, et qu'ils n'ont pas isolé par des cultures les micro-organismes, qu'ils ont trouvés dans les coupes.

Frænkel et Freudenberg (2) rapportent deux cas de scarlatine compliquée d'angine pseudo-membraneuse. Les deux fois, la mort survint en pleine éruption. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une fillette de treize ans, morte au septième jour de la maladie, avec une angine diphthérique grave accompagnée d'engorgement secondaire des ganglions du cou. Dans l'autre cas, était survenue une angine diphthérique avec ulcération des amygdales et du larynx. Les ganglions sous-maxillaires, la rate, les reins, le foie donnèrent des cultures de streptocoques identiques au streptococcus pyogenes. Dans le premier cas, ces cultures étaient pures; dans le second, pour lequel les organes n'avaient pas pu être conservés à l'abri des impuretés, on y constatait d'autres organismes, mais les colonies de streptocoques y étaient de beaucoup les plus abondantes. Bien qu'ils n'eussent pas fait d'examen bactériologique de la gorge, ces auteurs admettent que là était le point de départ de cette infection secondaire.

Heubner (3), en décrivant une épidémie de Leipzig, décrit dans les fausses membranes diphthériques de la scarlatine des microcoques et des bâtonnets qu'il s'est contenté de colorer.

M. Babès (4), au cours d'une communication à la Société anatomique, dit incidemment qu'il a trouvé le bacille de Lœffler associé avec des streptocoques dans un cas de diphthérie post-scarlatineuse, dont il ne donne pas l'observation.

Dans une communication à la Société de médecine interne de Berlin (séance du 6 juin 1887), A. Frænkel (5) cite deux cas de mort au cours de scarlatines graves compliquées de diphthérie : le premier cas s'accompagnait d'une pleurésie à streptocoques; le second d'endocardite et de broncho-pneumonie avec des streptocoques dans tous les organes. D'après lui, la diphthérie de la scarlatine, de la variole et de la fièvre typhoïde, serait due au streptocoque. Les fausses membranes n'ont été ni examinées, ni ensemencées.

Dans un travail de recherches bactériologiques sur les infections secondaires dans la scarlatine, Mme Marie Raskin (6) a constaté constamment des streptocoques dans les fausses membranes de trois diphthéries précoces dans la scarlatine, elle n'y signale pas le bacille de Lœffler; d'ailleurs, elle n'a pas fait d'ensemencement sur sérum.

Parmi les 24 cas de diphthérie examinés par Prudden (1), il se trouve 3 cas d'angines scarlatineuses, dont les fausses membranes ne donnèrent que des streptocoques et des staphylocoques dorés en cultures sur plaques. Il est vrai que, dans aucun des 24 cas, l'auteur n'a trouvé de bacille de Lœffler; il ne faisait pas usage du sérum.

MM. Roux et Yersin (2) ne citent pas dans leurs mémoires de cas de diphthérie scarlatineuse.

Dans un très court article, Kolisko et Paltauf (3) disent que, dans 50 cas de diphthérie, ils ont toujours trouvé le bacille de Lœffler, tandis qu'ils ne l'ont jamais rencontré dans les angines de la scarlatine, ni de la rougeole. Ils ne donnent pas de détail.

Sur 13 cas d'angines pseudo-membraneuses de la scarlatine, Sœrensen (4), sur des coupes d'amygdales, n'a pas trouvé de bacilles de Lœffler, mais seulement des amas de micrococci.

En janvier 1889, au Congrès de médecine de Saint-Pétersbourg, Wyssokowitch et Tchernaïeff ont soutenu que l'angine pseudo-membraneuse du début de la scarlatine n'était pas de nature diphthérique.

Heubner (5), dans ses leçons, et son élève Lenhartz (6), dans un mémoire qu'accompagne une observation fort intéressante, soutiennent la même opinion, qu'ils confirment par des examens bactériologiques.

D'Espine et de Marignac (7) ont examiné un cas d'angine scarlatineuse précoce. Les ensemencements sur sérum n'ont pas donné de bacilles de Lœffler, il n'a poussé que des colonies de streptocoques.

En collaboration avec M. R. Wurtz (8), nous avons réuni 11 cas d'angines pseudo-membraneuses chez des scarlatineux. Dans 9 cas d'angines précoces, le bacille de Klebs, recherché par la méthode des ensemencements sur sérum préconisée par Lœffler, ainsi que MM. Roux et Yersin, a toujours fait défaut. Dans 2 cas d'angines tardives, nous l'avons, au contraire, constaté. Le seul microbe pathogène, qui se trouvât constamment dans les fausses membranes des angines précoces, était un streptocoque, très analogue à celui de l'érysipèle et pouvant produire expérimentalement des exsudats pseudo-membraneux sur la muqueuse du bec des pigeons.

Poursuivant ces recherches, nous (9) sommes arrivé aux résultats suivants :

Dans 7 cas d'*angines érythémateuses*, nous avons toujours trouvé un streptocoque.

Le bacille de Lœffler a été trouvé 1 seule fois, sur 18 cas d'*angines pseudo-membraneuses précoces*. Dans les 17 autres cas, nous avons constamment trouvé un streptocoque.

(1) Heubner et Bahrdt. Zur Kentnisser galenkeiterungen bei Scharlach, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1884.
(2) Frænkel et Freudenberg. Loc. cit.
(3) Heubner. *Munch. Med. Wochens.*, 1886, n° 9.
(4) Babès. Loc. cit.
(5) A. Frænkel. *Berlin. Klin. Wochens.*, 27 juin 1887.
(6) Marie Raskin. *Wratsch*, 1888, nos 37-41.

(1) Prudden. Loc. cit.
(2) Roux et Yersin. Loc. cit.
(3) Kolisko et Paltauf. *Wiener Med. Wochens.*, 1889, n° 8.
(4) Sœrensen. *Om skarlatinadifteris Hop.*, Éd. Kjobeuth, 1889, 3 R, 1370-1373.
(5) Heubner. *Sammlung Klin. Vortrage*, etc., Leipzig 1888, n° 322, p. 2920 et suiv.
(6) Lenhartz. *Jahrb. f. Kinderh.*, Bd. XXVIII, Heft 3 u. 4, p. 290.
(7) D'Espine et de Marignac. *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 1.
(8) Wurtz et Bourges. *Archives de médecine expérimentale*, 1er mai 1890, n° 3, p. 341.
(9) Bourges. Thèse de Paris, 1891.

Le bacille de Lœffler a été constaté 3 fois sur 4 dans des *angines pseudo-membraneuses tardives*. Dans le cas unique où il faisait défaut, on trouvait un streptocoque.

Dans la gorge de 6 *scarlatineux, entrés depuis longtemps en convalescence* (depuis deux à cinq semaines), nous avons isolé deux fois un streptocoque. La morphologie, les résultats d'inoculation aux animaux de ce streptocoque ont toujours été identiques.

Les cultures de ce streptocoque, sauf dans 1 cas, nous ont paru un peu plus grosses et plus apparentes que celles du streptocoque de l'érysipèle. Mais le streptococcus pyogenes nous a donné, comme cultures et inoculations aux animaux, des résultats tout à fait semblables à ceux du streptocoque de l'angine scarlatineuse. Nous sommes d'autant plus tenté d'identifier ce streptocoque à celui du pus, que les principales complications de ces angines sont des adénites et des otites suppurées, dans lesquelles Mme Marie Raskin a toujours retrouvé, comme agent pathogène, le même microcoque en chaînettes.

Depuis les travaux de Hartmann (1), de Winckel (2), les recherches de M. Doyen [de Reims] (3), de MM. Chantemesse et Widal (4), on admet généralement qu'il y a identité entre le streptocoque de l'érysipèle et celui de la suppuration.

On est également tenté de rapprocher le streptocoque de l'angine de la scarlatine de celui de l'érysipèle, en présence de certains faits cliniques. Noirot signale l'érysipèle comme complication de la scarlatine. Lasch (5), Hertzka (6) en font aussi mention. Nous en avons aussi observé 1 cas.

Mais Lenhartz (7) en donne une observation qui peut être assimilée à une véritable expérience de laboratoire. Il s'agit du professeur Heubner qui, en soignant un enfant atteint d'angine scarlatineuse, reçut à la figure un débris de fausse membrane. Ce fragment tomba sur une excoriation nasale provoquée par un coryza. Trois jours après, il avait un érysipèle de la face, ayant débuté au point d'inoculation. M. Triwousse (8) a aussi signalé, tout récemment, 2 cas d'érysipèle dans la scarlatine. D'ailleurs, n'avons-nous pas obtenu, par inoculation sous-cutanée au lapin avec le streptocoque de l'angine scarlatineuse, tantôt de petits abcès, tantôt une rougeur érysipélateuse sans suppuration ?

Parmi les nombreux micro-organismes donnés successivement comme spécifiques de la scarlatine, dont on trouvera l'histoire dans la Revue générale de Escherich (9) et dans la thèse de M. Cojan (10), il n'en est qu'un qui se rapproche du streptocoque de l'angine scarlatineuse, c'est le microcoque en chaînette de Klein (1), trouvé, par lui, dans la maladie des vaches de Hendon et dans la scarlatine. Mais Crookshank (2) a fait justice des affirmations de Klein et montré que le prétendu streptocoque de la scarlatine n'était autre que le streptococcus pyogenes et que la nature du contage de la scarlatine restait encore inconnue. Mme Marie Raskin a trouvé plusieurs fois le streptocoque pyogène dans le sang des scarlatineux. Sa présence, suivant elle, serait le résultat d'une infection secondaire. Dans une communication faite par elle au Congrès de Saint-Pétersbourg (22 janvier 1889), elle démontre que le micrococcus scarlatinæ de Klein n'a aucun rapport avec l'origine de la scarlatine.

Le streptocoque isolé dans les angines de la scarlatine ne semble donc jouer aucun rôle dans l'étiologie de la scarlatine. Il paraît identique au streptococcus pyogenes et, comme lui, doit se rencontrer dans la salive des sujets sains et dans les angines indépendantes de la scarlatine, comme l'ont démontré M. Netter (3) et Kurth (4).

En revanche, il semble jouer un rôle extrêmement important dans l'origine des complications de la scarlatine. Les amygdales doivent être, en effet, le plus souvent la porte d'entrée, par laquelle pénètre le streptococcus pyogenes qui donne lieu aux otites suppurées (5), aux bubons cervicaux, aux pleurésies purulentes, aux broncho-pneumonies, comme l'a montré Mme Marie Raskin, aux arthrites (Heubner Bahrdt), à la néphrite elle-même (6).

Tout porte à croire que la présence constante du streptocoque, dans les angines non diphthériques de la scarlatine, prouve bien qu'il est l'agent pathogène de l'inflammation des amygdales.

Peut-on admettre également que les fausses membranes, qui se forment dans certaines angines scarlatineuses, sont dues à ce micro-organisme ? On sait que Baumgarten (7) a isolé le streptocoque pyogène des fausses membranes du vagin et de l'utérus dans les fièvres puerpérales à forme diphthérique; il admet que c'est à sa présence seule que sont dues ces formations pseudo-membraneuses. C'est aussi l'opinion de M. Widal (8), qui a repris et étudié soigneusement cette question.

Nous avons pu constamment de notre côté produire des fausses membranes sur la muqueuse du bec des pigeons avec le streptocoque isolé dans l'angine scarlatineuse, même lorsque celles-ci n'étaient pas pseudo-membraneuses. Tous ces faits de constatation ou d'expérience nous semblent suffisants pour conclure affirmativement.

Il est possible que les autres micro-organismes isolés dans les angines scarlatineuses contribuent par leur action à la formation des fausses membranes. Cela nous paraît vraisemblable, surtout pour le staphylococcus pyogenes aureus. Nous l'avons vu, en effet, produire un petit exsudat jaune safran sur la muqueuse excoriée du bec d'un pigeon.

(1) Hartmann. *Arch. f. Hygiene*, Bd. VII.
(2) Winckel. Zur Lehre von dem intern puerperalen Erysip., *Verh. d. Deuts. Gesells.f. Gyn.*, I, Congr., p. 78.
(3) Doyen. *Bulletins de l'Académie de médecine*, 27 mai 1888.
(4) Chantemesse et Widal. *Identité des streptocoques du pus et de l'érysipèle*, Soc. anat., 1889, et Widal. Thèse de Paris, 1890.
(5) T. Lasch. Erysipelas in desquamation stadium des Scharlach, *Wien. Med. Presse*, 1885.
(6) Hertzka Herm. Quelques remarques sur la scarlatine, *Arch. f. Kinderh.*, Bd. VIII, 1887, Heft. 4, p. 288-292.
(7) Lenhartz. Loc. cit., p. 308 et 309.
(8) Triwousse. Rapport sur le traitement de la diphthérie et de la scarlatine par l'inoculation des microbes de l'érysipèle, lu devant la Société d'hygiène publique de Saint-Pétersbourg, *Gazette des hôpitaux*, no 103, 9 septembre 1890.
(9) Escherich. *Centralbl. f. Bacter.*, 1887, t. I, no 13, p. 381.
(10) Cojan. Thèse de Montpellier, 1889, no 41.

(1) Klein. Report on disease of cows, etc., *Report of the med. offic. of the local-government Board for* 1885-1886, no 8, p. 90.
(2) Edg. Crookshank. *Brit. Med. Journ.*, décembre 1887, p. 1317.
(3) Netter. Société de biologie, séance du 21 juillet 1888.
(4) Kurth. *Berl. Klin. Wochens.*, 1889, no 45.
(5) Netter. Otites moyennes aiguës, *Annales des maladies de l'oreille*, 1888, et Société de biologie, 20 avril 1889.
(6) Babès. *Bacteriologische unterschung über septische Processe des Kindesalters*, Leipzig 1889.
(7) Baumgarten. Loc. cit.
(8) Widal. *Étude sur l'infection puerpérale*, Thèse de Paris, 1889.

Cela explique fort bien pourquoi, dans certains cas, les fausses membranes prennent une teinte jaunâtre dans la gorge.

VII

La notion d'une infection secondaire par le streptocoque pyogène portant sur les amygdales, dès le début de la scarlatine, et menaçant de là tout l'organisme, nous enseigne qu'il faut se hâter de nettoyer la bouche, le pharynx et les fosses nasales, en pratiquant de larges irrigations, souvent répétées, avec des liquides antiseptiques, tels que les solutions faibles d'acide phénique ou d'acide salicylique. Il nous a semblé que, dans les angines pseudo-membraneuses de la scarlatine, les badigeonnages avec la mixture de M. Gaucher prolongeaient la maladie, contrairement à ce qui se passe pour la diphthérie. D'ailleurs Bretonneau et Trousseau considéraient comme nuisible la cautérisation des amygdales dans ces angines.

Dans les cas d'angines pseudo-membraneuses, au point de vue de la prophylaxie, le médecin agira prudemment, en se comportant comme s'il s'agissait de la diphthérie. Il faudra éloigner les personnes qui sont susceptibles d'être contaminées, pratiquer une désinfection rigoureuse, tout en faisant espérer un pronostic favorable.

Dans les hôpitaux d'enfants à Paris, il y a de petites salles d'isolement spéciales à la diphthérie scarlatineuse et annexées au pavillon de la diphthérie. Y envoyer les enfants atteints de scarlatine et d'angines pseudo-membraneuses précoces constitue pour eux un très grand danger. En effet, l'isolement d'avec la diphthérie non scarlatineuse est absolument imparfait, le personnel étant commun au moins la nuit. De plus, les angines pseudo-membraneuses tardives de la scarlatine étant presque toujours de nature diphthérique, s'il y en avait par hasard dans la même chambre d'isolement, les enfants atteints d'angines à streptocoques pourraient contracter cette dernière affection. D'un autre côté, les enfants atteints de scarlatine sont un danger permanent pour les diphthériques, qui ne sont séparés d'eux que par quelques planches.

Avec le système d'isolement employé dans les hôpitaux de Paris, il n'est pas rare, comme nous en avons été témoin à l'hôpital Trousseau, pendant l'été de l'année 1889, de voir une salle de diphthériques décimée par la scarlatine. Cette épidémie se prolongea même si longtemps qu'il fallut évacuer les malades sous une tente.

On peut émettre le vœu, comme MM. Roux et Yersin, qu'on fasse l'examen bactériologique de toutes les angines pseudo-membraneuses, dès leur entrée à l'hôpital. Ce serait évidemment le meilleur parti. En attendant, nous pensons que la solution la plus satisfaisante de cette question serait la suivante : Placer les scarlatineux atteints d'angines pseudo-membraneuses dans des chambres d'isolement à *un seul lit*. Deux ou trois chambres suffiraient à cet effet. Elles pourraient être annexées sans grand inconvénient au pavillon de la scarlatine, vu la très grande rareté de l'angine diphthérique au début de la scarlatine.

Les malades atteints d'angines pseudo-membraneuses tardives, qui sont presque toujours de nature diphthérique et dont, d'ailleurs, la fréquence n'est pas très grande, seront dirigés sur le pavillon de la diphthérie, placés dans des chambres spéciales toujours à *un seul lit*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des chirurgiens des hôpitaux, après un remarquable rapport de M. Reclus, a émis un vote pour regretter l'insuffisance actuelle de l'enseignement clinique ; mais la Société a jugé que ce n'était pas à elle de proposer des réformes au sujet de l'enseignement officiel, et qu'elle devait attendre, pour en délibérer, que les pouvoirs publics — Faculté, Conseil municipal — lui fissent nettement connaître leurs intentions.

— MM. les chirurgiens des hôpitaux n'ayant pas accepté la place de chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer, vacante par suite du décès de M. le docteur Cazin, il sera pourvu à cette place par un concours spécial qui s'ouvrira dans la deuxième quinzaine du mois d'octobre prochain.

Les conditions d'admission et le programme de ce concours sont fixés ainsi qu'il suit :

Conditions d'admission. — Les candidats doivent, en outre de la qualité de Français, justifier de cinq années de doctorat, à l'exception, toutefois, des anciens internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris, ayant accompli quatre années entières d'exercice, qui peuvent concourir après une année de doctorat.

Composition du jury. — Le jury comprend 5 chirurgiens et 2 médecins, en tout 7 membres, qui sont pris parmi les chirurgiens et les médecins des hôpitaux, en exercice ou honoraires; l'un des 2 médecins à désigner est tiré au sort parmi les médecins des hôpitaux d'enfants.

Nomenclature des épreuves. — Les épreuves du concours sont réglées ainsi qu'il suit :

Épreuves d'admissibilité. — 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie, pour la rédaction de laquelle il est accordé deux heures; 2° une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection chirurgicale. Il est accordé à chaque candidat dix minutes pour l'examen du malade et quinze minutes pour développer oralement, devant le jury, son opinion sur ce malade, après quinze minutes de réflexion.

Épreuves définitives. — 1° Une épreuve clinique sur deux enfants atteints d'affection chirurgicale; il est accordé à chaque candidat, pour l'examen de ces malades, vingt minutes dont il pourra disposer à son gré, et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury, après dix minutes de réflexion; 2° une épreuve de médecine opératoire consistant en deux opérations sur le cadavre.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves, sera fixé comme il est dit ci-après :

Épreuves d'admissibilité : pour la composition écrite, 30 points; pour l'épreuve clinique sur un malade, 20 points.

Épreuves définitives : pour l'épreuve clinique sur deux malades, 30 points; pour les deux opérations sur le cadavre, 30 points.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 juin 1891, la chaire de chimie médicale et pharmaceutique et celle de matière médicale, à la Faculté de médecine de Lyon, sont déclarées vacantes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

5

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

77

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boites fer blanc de 50 et 100g.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : De 1 a 4 cuillerées a soupe dans un peu d'eau.

Phie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

11

PHTHISIE, BRONCHITES
ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF
PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

39

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

62

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. *Laroche*

43

BANDAGE MEYRIGNAC

Ce bandage, expérimenté dans les hôpitaux de Paris, a été présenté à la Société de chirurgie, dans sa séance du 22 avril 1891. Il a été accepté après un rapport des plus favorables.

Ce bandage supprime le ressort du dos et maintient sans aucune douleur les hernies les plus volumineuses.

Meyrignac, fabricant, 229, rue Saint-Honoré, Paris.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

31

SIROP DE RAIFORT IODÉ

de J. BUCI

L'IODE, combiné aux *sucs des plantes antiscorbutiques*, rend aux **enfants malades** les plus grands services pour combattre les **Glandes du cou, — Rachitisme, — Mollesse des chairs, — Pâleur, — Éruptions de la peau, — Croûtes de lait, etc.**

Il remplace les huiles de foie de morue; outre que c'est un **fluidifiant,** c'est encore un **dépuratif énergique.**

PARIS, 19 ET 22, RUE DROUOT, PARIS. *Dr J. Buci*

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

32

TABLETTES DESLAURIERS

CHLOROBORATÉES

GRIPPE, ENROUEMENT, AFFECTIONS DE LA BOUCHE ET DE LA GORGE, LARYNGITES

Nos anciennes tablettes sont dédoublées en petites pastilles lenticulaires d'un goût très agréable, d'un emploi plus commode et renfermant 5 cent. de chlorate de potasse, 5 centigr. de borate de soude et 2 milligr. de cocaïne. — Se conservant indéfiniment. — La boite : 2 fr. 25.

Eug. Fournier, pharm., *Issy-Paris*, et ttes phies.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

72

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, rue Victor-Hugo, 14, LYON.

77

OREZZA

Eau minérale acidule ferrugineuse gazeuse

contenant le *Fer sous sa forme la plus assimilable* contre

ANÉMIE, CHLOROSE, GASTRALGIES,
et toutes maladies provenant de
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

46

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, a Paris et a Vichy, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.**—Dépt: Verne, phien, Grenoble (France), et ds les princip. phies de France et de l'Étranger.

51

ÉTABLISSEMENT THERMAL VICHY

(Allier) PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT (Allier)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

N° 79. — MARDI 7 JUILLET 1891. 64e ANNÉE. MARDI 7 JUILLET 1891. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Formes de la gangrène chez l'enfant. — REVUE DE LA PRESSE. — THÈSES DE PARIS. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 6 juillet 1891.

La Chambre des députés a inscrit dans la loi l'obligation pour le médecin de faire connaître les maladies contagieuses ou épidémiques tombées sous son observation. Tout praticien, contrevenant à cette obligation, serait passible d'amendes fort élevées, pour chaque cas qu'il n'aurait pas déclaré.

Ces articles 20 et 26 du projet de loi ont suscité de vives réclamations de la part de tous nos confrères ; aussi, avant que le Sénat se soit prononcé et ait rendu définitive la nouvelle loi, il n'est pas sans intérêt de rechercher ce qu'il y a de fondé dans la protestation presque unanime du corps médical.

En rendant obligatoire la déclaration des maladies épidémiques et de certaines maladies contagieuses, le législateur a voulu pouvoir imposer certaines mesures prophylactiques dans le but de s'opposer à la propagation des épidémies et de diminuer le nombre des affections contagieuses. Ces précautions lui ont été dictées par l'intérêt général ; personne ne saurait l'en blâmer. D'ailleurs, qui a protesté lorsque, au moment où le choléra était à nos portes, on a exigé de tous médecins, voyageurs, hôteliers, etc., certaines déclarations dictées par la sécurité publique ? Sans doute, de telles prescriptions étaient attentatoires à la liberté individuelle ; mais le résultat légitime les moyens employés, puisque le choléra ne put franchir nos frontières, et que les quelques cas qui furent observés, furent tellement surveillés que la propagation ne put se faire, et que notre pays fut délivré d'un fléau, redouté de tous. A notre avis, il ne saurait exister aucun doute et l'on peut affirmer, sans crainte d'être contredit, qu'il y a intérêt majeur, à ce que certaines affections épidémiques soient connues de l'autorité afin que telles mesures soient prises pour éviter la dissémination du mal.

Si la Chambre des députés a eu raison de rendre obligatoire la déclaration des maladies épidémiques, elle a eu mille fois tort d'exiger que cette déclaration soit faite par le médecin. Aussi, toutes les sociétés médicales ont-elles, à juste titre, protesté contre cette transformation des médecins en agents de police. Si une pareille loi était votée, c'en serait fait à jamais du secret professionnel. Le législateur a beau dire que le médecin ne serait relevé du secret professionnel que eu égard à certaines maladies, dont la liste serait dressée d'avance ; nous ne saurions comprendre que l'on puisse, par une loi, régler ce qui appartient au secret professionnel ou ce qui ne lui appartient pas. Le secret professionnel ne relève que de la conscience seule du médecin, il est, pour le malade qui se confie à lui, un gage de confiance, absolument nécessaire. Le détruire c'est non seulement porter atteinte à la dignité médicale, mais ce serait surtout nuire aux malades eux-mêmes. Le jour où l'absolue confiance n'existerait plus entre le malade et le médecin, c'en serait fait à jamais de l'exercice de la médecine. Le malade, qui se confie et s'abandonne à son médecin, fermera sa porte à un agent inquisiteur. Les paroles suivantes, que le docteur Dignat prononçait à la Société de médecine pratique, nous paraissent être marquées au coin du véritable bon sens.

La loi, au lieu d'assurer à la sécurité publique les garanties que ses promoteurs croient pouvoir attendre d'elle, peut, au contraire, entraver, en une certaine mesure, le fonctionnement de l'hygiène et de la prophylaxie publiques.

Je fonde cette opinion sur la répugnance que quelques particuliers éprouveront à recourir aux soins du médecin le jour où ils soupçonneront, soit sur eux-mêmes, soit sur un membre de leur famille, l'existence d'une maladie susceptible d'être déclarée.

Plusieurs parmi nous, je le sais, ne s'expliquent pas bien cette répugnance. Qu'importe, disent-ils, à tel ou tel individu qu'on sache qu'il est atteint de scarlatine, de variole, de fièvre typhoïde ? Qui, parmi les malades atteints de l'une quelconque de ces affections, a jamais songé et songera jamais à réclamer de son médecin le secret ?

Eh bien ! c'est là qu'est l'erreur. En principe, évidemment, le fait d'avoir révélé que telle ou telle personne a ou a eu une scarlatine, une variole, une fièvre typhoïde, ne peut entraîner pour cette personne ni danger moral, ni dommage matériel. Mais, dans la réalité, il n'en est pas toujours ainsi. Prenez l'exemple seulement des commerçants en détail de nos grandes villes : boulangers, bouchers, épiciers, etc., lesquels ont boutique ouverte sur la rue et logent, tant bien que mal, dans les deux ou trois pièces situées à l'arrière-boutique.

N'estimez-vous pas que ces gens-là aient tout lieu de redouter un préjudice matériel considérable, du jour où, un des leurs étant atteint d'une des maladies citées plus haut, on viendra à connaître dans le quartier la nature de l'affection ? Mais, ce jour-là, leur boutique sera désertée ; ce jour-là, leurs affaires seront entièrement suspendues ! Et cela est si vrai, qu'il n'est pas un de nous

qui, une fois au moins dans sa carrière, n'ait été, dans des circonstances de ce genre, prié par le client de taire à qui que ce fût le nom de la maladie qu'il venait de reconnaître! Et certes, pas un de nous n'a jamais songé à violer un secret si nettement réclamé, quelque grave que pût être la maladie observée, ou quelque dangereuse qu'elle fût pour la sécurité des personnes appelées à fréquenter le domicile du malade! En revanche, pas un de nous n'a failli à cet autre devoir de la conscience consistant, dans ces cas, à imposer au client les mesures les plus rigoureuses et les plus sévères pour assurer la désinfection des locaux occupés, l'isolement complet du malade et, autant que possible, l'isolement des personnes chargées de lui donner des soins.

Évidemment, ces recommandations ne sont pas toujours scrupuleusement observées par ceux à qui elles ont été adressées. Évidemment, on ne peut leur accorder, chaque fois, une efficacité absolue. Mais, si minces que soient les avantages qu'en retire la sécurité publique, encore y a-t-il utilité à ce que les intéressés prennent, sur l'avis du médecin, ces mesures-là. Et cela vaut mieux que, si, à défaut de tout conseil, ils n'en prenaient aucune.

Or, c'est ce qui arrivera infailliblement, et plus souvent qu'on ne peut l'imaginer, le jour où le public connaîtra les obligations imposées à tout médecin par la nouvelle loi. Ce jour-là, bien des gens, redoutant une déclaration officielle dont les effets pourraient nuire, selon eux, à leurs intérêts matériels, hésiteront avant de faire venir un médecin. Beaucoup se contenteront de recourir aux conseils de commères, aux remèdes de bonnes femmes, au risque de voir la maladie s'aggraver, et de n'appeler le médecin qu'au moment où tout sera désespéré. Mais, en attendant, croyez-vous que ces gens-là auront pris, s'il s'agit d'une maladie réellement contagieuse, la moindre mesure prophylactique? Pas du tout. Non seulement le malade sera mal soigné, mais, de par la nature même de son affection, il constituera, pour les personnes de son entourage, pour les voisins et pour quiconque l'approchera, un danger d'autant plus grand qu'il aura été méconnu, ou que, du moins, il aura été connu trop tard.

Ainsi, s'il est utile que les maladies contagieuses soient portées à la connaissance des pouvoirs publics, d'autre part, il est impossible que cette déclaration soit faite par le médecin.

Les articles 20 et 26 de la loi nouvelle doivent donc être modifiés; et, si le principe de la déclaration est admis, il convient que cette déclaration soit faite par les intéressés et non par le praticien, qui ne doit à aucun moment perdre son caractère de médecin traitant. Et, même en demandant à la famille des malades la déclaration de la maladie, la loi n'ira pas sans soulever de grosses difficultés qui rendront peut-être son application impraticable. C'est pourquoi la création d'un service sanitaire spécial nous paraît être la seule solution à proposer.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Grancher.

Formes de la gangrène chez l'enfant.

Je désire vous montrer aujourd'hui trois petits malades atteints d'accidents gangréneux. Chez deux d'entre eux, il s'agit d'une gangrène symétrique des extrémités; chez le troisième, au contraire, de gangrènes disséminées d'origine infectieuse. Si l'accident local a abouti chez tous trois à la gangrène, les causes, l'évolution, le pronostic de cette gangrène sont singulièrement différents.

Vous connaissez la gangrène symétrique des extrémités si bien étudiée par Maurice Raynaud. Cette affection n'est pas absolument exceptionnelle chez l'enfant, puisque je vais pouvoir vous en montrer deux exemples. Vous savez qu'avant d'aboutir à la gangrène, la maladie présente d'ordinaire toute une série d'autres accidents, doigt mort, sclérodermie, asphyxie locale des extrémités. Elle peut même ne jamais franchir ce stade préliminaire et rester bornée à l'un ou à l'autre de ces accidents. Le doigt mort a été également désigné sous le nom de syncope locale du doigt. Un des doigts, un des orteils devient pâle, blanc, exsangue, absolument insensible. Cet état persiste quelques minutes, puis la réaction se fait, le doigt devient un peu rouge, le malade éprouve souvent des picotements, des douleurs assez vives. Dans l'asphyxie locale, le doigt ou l'orteil sont, au contraire, bleuâtres, violacés, noirs même, soit en totalité, soit en partie. Ils sont tuméfiés, gonflés. Les douleurs sont d'ordinaire très intenses, très pénibles. Syncope ou asphyxie locale sont d'ordinaire symétriques : non, bien entendu, mathématiquement symétriques, mais il est rare que, quand une des mains, un des pieds est touché, l'autre main, l'autre pied ne présente pas quelques accidents.

Les crises de syncope et d'asphyxie locale en se répétant, en se prolongeant, amènent souvent, du côté de la peau, des modifications analogues à celles de la sclérodermie. La peau devient dure, atrophique, parcheminée. Ces crises peuvent aussi amener la gangrène partielle ou totale des doigts, des orteils atteints; le lobule du nez, les oreilles ont été même quelquefois touchés. Cette gangrène débute par une phlyctène, puis par une plaque dure, sèche, noirâtre, plus ou moins profonde. Autour de cette escharre se forme bientôt un sillon d'élimination. Suivant la profondeur atteinte par la gangrène, l'élimination porte soit sur les parties molles, soit en même temps — et la chose est fréquente — sur les os des doigts et des orteils.

A côté de ces accidents locaux graves, la conservation parfaite de la santé générale forme un contraste frappant. Il n'y a ni fièvre, ni amaigrissement, ni cachexie, ni troubles viscéraux. Raynaud a bien insisté sur la surprise particulière qu'on avait, lorsque le visage était touché, à voir un enfant aux joues fraîches et vermeilles, au lobule du nez noirâtre et partiellement détruit.

Maurice Raynaud attribuait tous ces troubles à une névrose, à un spasme réflexe des artères périphériques. Il croyait qu'il n'y avait pas de lésions vasculaires. Il ne se fondait, d'ailleurs, pour admettre cette intégrité du système vasculaire, que sur les symptômes cliniques, l'intégrité du cœur et des battements artériels, et n'avait pas eu occasion de faire d'autopsie. Mais, depuis, Recklinghausen, chez une femme morte après des poussées successives de gangrène, a pu constater une endartérite des petites artères. Les artérioles, visibles à l'œil nu, sont encore indemnes, mais les petites artères microscopiques sont profondément touchées. Leur oblitération est souvent complète. Chez cette malade, les accidents d'endartérite et de gangrène ne s'étaient pas seulement bornés aux extrémités. Le poumon, le cœur, les reins offraient également des foyers de nécrobiose, produite, elle aussi, par l'endartérite. Il s'agissait donc, dans cette affection, d'une endartérite végétante et oblitérante des artérioles terminales. On trouve en même temps de la phlébite, mais dont le rôle paraît être accessoire. Le système nerveux, ou tout au moins le système nerveux périphérique, n'est pas touché. Existe-il des lésions des centres nerveux? L'examen de ces centres n'a malheureusement pas été fait dans l'observation de Goldschmidt et Recklinghausen.

Voici deux petits malades atteints de cette curieuse affection. Le premier est un enfant de dix ans, entré d'hier seulement à l'hôpital, très misérable, très cachectique, mais n'ayant qu'une cachexie de misère sans lésions viscérales spéciales. Au pied gauche, la première phalange du second orteil, la première phalange du quatrième orteil sont détruites. Au pied droit, la destruction est restée limitée aux parties molles. Les lésions doivent être assez anciennes : à côté de plaques sphacéliques en voie d'évolution, on en trouve d'autres en voie de réparation ; on en trouve même où la cicatrisation est déjà faite. Malheureusement il est impossible d'avoir aucun renseignement sur l'époque exacte du début des accidents. Les mains, le nez, les oreilles sont indemnes; pourtant cet enfant aurait eu des poussées de gonflement bleuâtre sur les doigts.

La petite fillette de trois ans qui est atteinte de la même affection a, vous le voyez, perdu entièrement le premier et le cinquième orteil du pied droit. L'amputation est nette comme si elle avait été faite par un chirurgien. Elle a perdu également une partie de la dernière phalange et l'ongle du quatrième orteil. Au pied gauche, le gros orteil est particulièrement touché : il est violacé, la deuxième phalange est partiellement détruite. C'est en quatre mois que ces divers accidents ont évolué. Ils ne sont, d'ailleurs, expliqués par aucun antécédent morbide, soit héréditaire, soit personnel.

Le diagnostic, chez elle, a donné lieu à une discussion intéressante et qui se retrouve souvent dans le diagnostic de la gangrène symétrique infantile. Le médecin qui la soigna, tout d'abord, crut simplement à des engelures. On était alors en plein hiver, le froid était des plus rigoureux, cette méprise s'expliquait facilement. Elle est extrêmement fréquente, la distribution topographique, les accidents locaux des engelures étant, jusqu'à un certain point, ceux de la gangrène symétrique. Toutefois, jamais l'engelure n'atteint à la coloration violacée, bleuâtre, noirâtre, de l'asphyxie locale; elle prend des blocs assez étendus sur le pied et la main, débordant sur le métacarpe, le métatarse et se limitant moins nettement sur l'extrémité de l'orteil. Ses picotements, ses cuissons diffèrent des douleurs profondes de la gangrène symétrique.

Il est un autre diagnostic auquel la teinte bleuâtre des extrémités fait, parfois, songer chez l'enfant : la cyanose par malformation congénitale du cœur ; mais cette cyanose des malformations congénitales frappe également le visage, elle ne s'accompagne pas d'accidents gangréneux. L'auscultation, les commémoratifs viennent bien vite, d'ailleurs, lever tous les doutes.

Notre autre malade offre une variété de gangrène toute différente et fort intéressante. Il s'agit, chez elle, d'une affection n'ayant pas le moindre rapport avec la maladie de Raynaud. Cette fillette est pourtant intéressante à rapprocher des deux malades précédents, par la différence même de la pathogénie de son affection.

C'est, vous le voyez, une petite fille de trois ans et demi, très amaigrie, profondément cachectique. Elle était atteinte de coqueluche et est entrée dans notre salle, le 20 avril. Le 22 avril elle était vaccinée. Une des pustules de vaccin ne tarda pas à devenir une plaque brune, noirâtre, gangréneuse. Cette lésion était assez inquiétante. On se demanda s'il ne s'agissait pas d'un chancre transmis non par le vaccin, puisque la vaccination avait été faite au vaccin animal, mais par une lancette malpropre. La courte durée de l'incubation, l'absence d'induration, d'adénopathies, firent abandonner cette hypothèse. Les lésions locales n'en étaient pas moins sérieuses, et vous pouvez voir encore les traces profondes qu'elles ont laissées.

Mais bientôt apparaissaient d'autres plaques gangréneuses. Ces plaques étaient multiples, irrégulièrement disséminées sur le dos, les fesses, les jambes. Elles débutaient par une ampoule, une phlyctène, puis survenait une escharre noirâtre plus ou moins étendue. Au dos, une de ces escharres a certainement dépassé la dimension d'une pièce de 5 francs. Actuellement, une semaine après la vaccination, un mois après le début des accidents, l'élimination des diverses escharres s'est faite, la cicatrisation des plaque gangrénées semble partout en bonne voie.

Malheureusement, l'état général est resté des plus inquiétants. Cette enfant, très cachectique à l'entrée, s'est, sous l'influence de cette infection secondaire, cachectisée encore. Si nettes qu'aient été et que soient encore parfois les quintes de coqueluche, c'est une autre affection qui, chez elle, domine actuellement, c'est une broncho-pneumonie, et une broncho-pneumonie qui est certainement tuberculeuse.

Deux éléments se rencontraient donc chez elle pour expliquer ces accidents gangréneux multiples : 1° un terrain débilité favorable à toutes les infections ou plutôt à tous les effets destructeurs de certaines infections ; 2° une infection produite au moment de la vaccination. Quel a été le mécanisme de cette infection ? L'agent pathogène était-il dans le vaccin employé, la lancette mise en usage ou simplement sur la peau malpropre au point piqué, c'est un fait que nous ignorons. Nous ignorons également la nature de l'agent infectieux. Beaucoup de micro-organismes sont susceptibles dans certaines conditions de produire la gangrène. J'ai vu, dans un cas, à la suite d'une tentative d'inoculation d'impetigo, de simples staphylocoques amener une gangrène étendue et profonde. Le terrain joue donc parfois un rôle plus important que l'agent infectieux. Cependant, d'après les recherches bactériologiques de Demme, on trouverait dans les plaques gangréneuses, à côté des micro-organismes ordinaires de la putréfaction, un organisme spécial en forme de petit bâtonnet; l'inoculation de cet organisme donnerait toujours la gangrène.

Ces notions du rôle réciproque du terrain et de l'infection ont une grande importance au point de vue de la prophylaxie de certaines gangrènes chez l'enfant. Le noma, si fréquent autrefois dans les hôpitaux d'enfants, si terriblement meurtrier, a tout à fait disparu sous la seule influence de conditions hygiéniques meilleures et d'une propreté plus grande. On peut, en employant des précautions antiseptiques minutieuses, en soutenant autant que possible l'état général, éviter la plupart du temps les gangrènes infectieuses de l'enfance. Nous nous trouvons malheureusement complètement désarmés contre les accidents d'endartérite, causes de la gangrène locale des extrémités.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement de la gale par le pétrole. — Le traitement classique de la gale est aujourd'hui suffisamment connu, pour qu'il soit inutile de le décrire à nouveau. Mais, ce traitement si efficace n'est pas toujours applicable dans toutes les localités et dans toutes les circonstances. D'après le *Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases*, M. le docteur Bourgeois pense que le pé-

trole est l'antipsorique le plus efficace, le moins cher et permettant le contrôle le plus aisé.

Voici le procédé employé par notre confrère :

Le premier jour, l'auteur fait faire, immédiatement avant le coucher, des onctions de pétrole sur toute la surface du corps, en ayant soin de frictionner plus particulièrement les surfaces les plus affectées. La chemise est alors replacée et le malade se met au lit. Le lendemain matin, la surface grasse est lavée avec de l'eau chaude et du savon blanc. Le linge est changé et le patient se livre à ses occupations. Le soir, avant le coucher, une nouvelle application de pétrole est faite et, le lendemain matin, on procède comme ci-dessus. Ordinairement, après le second jour, la démangeaison est complètement enlevée, mais, par mesure de précaution, il est bon de faire une troisième application, après laquelle le malade peut être considéré comme débarrassé de ses parasites.

Tous les malades, traités d'après le plan ci-dessus, ont été complètement guéris en trois jours.

Si ce remède si simple possède l'efficacité que lui reconnaît M. Bourgeois, il constituera, dans la pratique, un des meilleurs traitements de la gale. Il reste entendu, toutefois, que la désinfection du linge et des vêtements reste indispensable, sous peine de voir réapparaître la maladie, par contact avec les pièces d'habillement encore infectées. Cette désinfection des vêtements se fera par l'un des procédés connus et décrits par M. Thoinot dans son récent article (1).

De l'incompatibilité du salicylate de soude avec les sirops à sucs acides. — Dans le but de masquer la saveur désagréable du salicylate de soude, on emploie, depuis quelque temps, comme véhicule, le sirop de groseilles. Ce sirop, par son acidité, offre un inconvénient très grand.

Les acides citrique et malique qu'il contient décomposent rapidement et à froid le salicylate de soude neutre monobasique et l'acide salicylique ne tarde pas à être mis en liberté.

Le sirop devient très trouble et ne remplit évidemment plus le but proposé. (*Union pharmaceutique.*)

Sur la teinture de Mars tartarisée. — La teinture de Mars tartarisée est une préparation qui est connue depuis très longtemps et qui a figuré dans les éditions successives du Codex français; elle ne se trouve pas inscrite dans la dernière.

Les pharmacologistes ont beaucoup discuté sur l'infidélité de ce médicament, sur les difficultés de sa préparation et sur la variabilité de sa composition. Ces considérations n'ont pas été étrangères au parti qu'a pris la Commission du dernier Codex, en refusant d'inscrire la formule de cette teinture dans la pharmacopée officielle.

M. Demandre a repris l'étude de ce médicament, et, après de longues recherches, il en est arrivé à conclure que, malgré les différences du rendement obtenu dans plusieurs opérations, la teinture de Mars tartarisée renferme toujours très approximativement le tiers de son poids de matières dissoutes, quand on a suivi le procédé indiqué par le Codex de 1866; quant à la proportion de tartrate ferrico-potassique qu'elle contient, elle est d'environ le seizième du poids de la teinture.

Si l'on augmente la quantité d'eau employée dans la préparation, ainsi que la durée de l'ébullition, on augmente un peu la quantité de tartrate de potasse et de fer, mais dans une mesure assez faible, et l'on est surpris de trouver un médicament relativement peu riche en sel de fer, alors que sa densité (1°28) est aussi élevée, que sa couleur est aussi foncée, et qu'il renferme autant de matières en dissolution.

Pour que la teinture de Mars constituât une préparation ferrugineuse efficace, il faudrait l'absorber à la dose d'une ou deux cuillerées à café par jour, ce qui correspondrait à 35 ou 70 centigrammes de tartrate de potasse et de fer.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1286, 1367, 1387.

M. Demandre estime donc que la teinture de Mars tartarisée devrait être complètement abandonnée et qu'elle devrait être remplacée par une solution, qui pourrait porter le même nom, mais qui serait préparée par un procédé différent; on pourrait adopter la formule proposée, en 1861, par la Société de pharmacie de Paris. Cette formule était la suivante :

Tartrate ferrico-potassique. . .	20	grammes.
Eau distillée	75	—
Alcool à 90 degrés.	5	—

Lorsque cette solution vient d'être préparée, elle contient le cinquième de son poids de sel de fer, mais cette proportion tombe au septième au bout de quelque temps; une partie du tartrate est précipitée par l'alcool dont la présence est indispensable pour assurer la conservation du médicament.

Néanmoins, la solution, préparée d'après la formule de la Société de pharmacie, présente l'avantage de contenir près de deux fois et demie plus de tartrate ferrico-potassique que la teinture de Mars de l'ancien Codex; de plus, la préparation en est très facile; enfin, elle est débarrassée des sels étrangers (tartrate acide et tartrate neutre de potasse) qu'on rencontre dans la teinture de Mars tartarisée et qui constituent la majeure partie des principes solubles qu'elle renferme.

De ses recherches, M. Demandre conclut, en outre, qu'il faut éviter avec soin, dans les prescriptions, d'associer la teinture de Mars tartarisée avec les teintures alcooliques ou avec les liquides contenant une notable proportion d'alcool; car il se fait alors une décomposition presque absolue de la solution martiale. (*Répertoire de pharmacie.*)

Traitement des oxyures par la naphtaline. — Minerbi a appliqué la naphtaline au traitement des oxyures. Onze enfants, infectés par ces parasites, ont été guéris ainsi en moins de huit jours. La formule employée était la suivante :

Naphtaline	1 gr. à 1gr50
Huile d'olive	40 à 60 grammes.

Pour un lavement.

Chez l'adulte, il faut employer des doses plus fortes :

Naphtaline	5 à 6 grammes.
Huile d'olive	60 à 80 —

Pour un lavement. (*Médecine moderne.*)

Créoline désodorant l'iodoforme. — L'iodoforme est complètement désodoré par la créoline, dont l'odeur ne se fait sentir que dans le voisinage immédiat, et qui est dépourvue de toute action locale irritante.

R. Créoline.	1	gramme.
Iodoforme	2	—
Vaseline.	25	—

M. d. s. onguent pour l'usage externe. (*Gaz. méd. de Liège.*)

— Pour débarrasser ses mains de l'odeur désagréable de l'iodoforme, il suffit de se laver largement avec de la farine de lin et de l'eau.

Lotion contre les piqûres d'insectes. — Le *Répertoire de pharmacie*, d'après *The Western Druggist*, conseille, pour prévenir les piqûres d'insectes, de faire sur la peau plusieurs lotions avec la solution suivante, étendue de trois à six fois son volume d'eau :

Éther acétique.	5	grammes.
Eucalyptol.	10	—
Eau de Cologne	40	—
Teinture de pyrèthre.	50	—

Nouvelle méthode d'administrer le sulfonal. — David D. Stewart (*Medical News*) conseille de faire dissoudre le sulfonal dans un verre rempli aux deux tiers d'eau bouillante. On ajoute à la solution autant d'eau froide qu'il en faut pour que le malade

puisse boire la solution (il faut prendre garde que le sulfonal reste toujours complètement dissous); ou on laisse refroidir la solution en l'agitant continuellement. Le sommeil survient alors presque immédiatement après l'administration du sulfonal, il est plus profond et plus tranquille qu'après l'administration du médicament en poudre, et l'on n'observe pas de phénomènes secondaires fâcheux, si fréquents ordinairement. L'auteur suppose que ces résultats brillants sont dus à ce fait que l'eau chaude, en dilatant les vaisseaux de l'estomac, en active énormément le pouvoir résorptif. Pour cacher le goût passablement amer de la solution, on y ajoute une cuillerée à café de crème de menthe. (*Nouveaux Remèdes.*)

Incompatibilité de la cocaïne et du bromure de sodium. — Louis Racine, élève stagiaire ayant eu à préparer, tout récemment, une potion contenant du bromure de sodium et du chlorhydrate de cocaïne, a vu apparaître, par la dissolution dans l'eau distillée, un précipité grumeleux, léger et gagnant la surface du liquide. Ce précipité est soluble dans l'eau, mais surtout dans l'alcool et dans l'éther, ce qui, d'après les auteurs, fait partie des caractères appartenant à la cocaïne. De plus, si à la solution de bromure de sodium et de chlorhydrate de cocaïne, on ajoute quelques gouttes d'acide chlorhydrique, le précipité se redissout. On peut se représenter les dangers qu'aurait, pour les enfants surtout, une préparation de ce genre. La cocaïne en suspension dans le liquide pourrait passer toute dans une cuillerée ou, tout au moins, être administrée à des doses absolument inégales. Donc, éviter de prescrire dans une même potion cocaïne et bromure. (*Union pharmaceutique.*)

THÈSES DE PARIS

De l'hygroma trochantérien, par J.-B. Petit. — Le tissu cellulaire péri-trochantérien renferme des bourses séreuses en nombre variable, dont deux principales :

1° La bourse trochantérienne du fascia lata ou bourse antérieure. Circulaire, située entre la face externe du grand trochanter et le fascia lata, cette cavité n'existe pas chez tous les sujets ;

2° La bourse trochantérienne du grand fessier ou bourse postérieure. Elle est elliptique, située entre le bord postérieur du grand trochanter et le tendon du grand fessier ; on la rencontre constamment.

L'inflammation de ces cavités survient à la suite d'un traumatisme ou sous l'influence d'une maladie diathésique ou infectieuse : rhumatisme, tuberculose, etc.

Le liquide épanché est quelquefois séreux, le plus souvent purulent. Son évacuation spontanée ou provoquée est suivie de la production d'une fistule de durée indéfinie.

Cette affection est surtout remarquable par les troubles qu'elle occasionne dans les fonctions du membre inférieur, troubles qui rappellent ceux que l'on observe dans la deuxième période de la coxalgie et par les altérations qu'elle est capable de provoquer dans le tissu osseux du grand trochanter.

Une intervention chirurgicale est nécessaire pour obtenir la guérison. L'extirpation de la poche, l'incision suivie de grattage sont les procédés de choix.

Contribution à l'étude des abcès pneumoniques, par Albert Frey. — La terminaison par abcès collecté est exceptionnelle dans la pneumonie.

Cette terminaison de la pneumonie s'observe surtout chez les alcooliques, les débilités, les individus qui présentent une vulnérabilité particulière des organes respiratoires (tuberculose, pneumonie antérieure, emphysème, sclérose pulmonaire, bronchite chronique, etc.). Ces abcès se révèlent par le rejet de pus au dehors sous forme de vomiques. L'examen anatomique toutefois seul peut décider si ces vomiques purulentes sont bien d'origine pulmonaire ou pleurale. La pleurésie purulente enkystée (empyème métapneumonique) offre, en effet, une grande tendance à s'ouvrir dans les bronches.

L'hépatisation grise avec suppuration en foyers est causée, le plus souvent, par infection secondaire effectuée par la voie bronchique, par le développement au sein des tissus hépatisés de nouveaux parasites, microbes ordinaires de la suppuration ; mais le pneumocoque n'a pas, croyons-nous, dans la formation de ces lésions, un rôle passif. Il ne prépare pas seulement le terrain en le rendant favorable à la végétation d'autres microbes pyogènes, il a sa part, même considérable, dans l'évolution suppurative.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juillet 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

Orchidopexie. — **M. Gérard Marchant**, à propos du jeune malade présenté dans la dernière séance par M. Monod, fait observer que l'orchidopexie n'est pas toujours suivie d'un résultat aussi heureux. Il communique, à l'appui de cette opinion, l'observation suivante : il s'agit d'un jeune homme chez lequel, en 1887, un premier chirurgien constata l'existence d'une hydrocèle et d'une ectopie testiculaire inguinale. Comme ce malade souffrait beaucoup, on lui pratiqua la cure radicale de la hernie et de l'hydrocèle, ainsi que la fixation du testicule au fond des bourses avec des fils de soie. Deux ans plus tard, les douleurs ayant reparu, on s'aperçut que le testicule était remonté en entraînant les bourses avec lui, et qu'il s'était formé une hydrocèle cloisonnée. Un second chirurgien tenta alors d'obtenir une cure radicale, en libérant le cordon de ses adhérences dans le canal vagino-péritonéal, et en enlevant ce canal. Mais les douleurs ne tardèrent pas à apparaître de nouveau et le testicule tendait encore à remonter. On sentait, en outre, sur lui deux nodules indurés, correspondant aux points de suture. C'est alors que M. Gérard Marchant intervint et pratiqua l'ablation de ce testicule. Voici ce que l'examen de l'organe lui permit de constater : tout d'abord ce testicule ne contenait pas de spermatoblastes ; les points indurés étaient formés de tissu fibreux et, au centre, se trouvaient les fils de soie intacts, puis, autour d'eux, une infiltration de cellules embryonnaires et de quelques cellules géantes.

Il résulte de cette observation que lorsqu'on veut abaisser le testicule et le fixer au fond des bourses, il faut libérer le cordon dans le conduit vagino-péritonéal. En outre, il paraît indiqué de substituer aux fils de soie des fils de catgut, afin d'éviter toute inflammation, même amicrobienne, autour des ligatures.

M. Richelot reconnaît dans ce malade un de ses opérés. Malgré l'orchidopexie antérieure, cet enfant souffrait de nouveau beaucoup. C'est pour cette raison que M. Richelot a fait la cure radicale du conduit vagino-péritonéal et qu'il a abaissé le testicule qui était remonté avec le scrotum. Ce qui importe surtout dans cette opération, c'est de faire la cure radicale de l'hydrocèle et de la hernie, si elles existent, et de bien libérer le cordon ; seule, cette fixation est insuffisante à guérir les malades.

M. Lucas-Championnière, relativement aux conséquences du séjour des fils de soie dans les tissus, rappelle qu'il y a vingt ans, Lister a constaté le travail inflammatoire que M. Marchant a signalé autour des fils de soie de son opéré. A partir de ce jour, il substitua le catgut à la soie et son exemple a été généralement suivi.

M. Lucas-Championnière ne se sert que de catgut, qui lui paraît d'autant préférable, que l'on opère sur un organe plus sensible.

Quant à la fixation du testicule, qu'il a souvent pratiquée dans le cours de cures radicales de hernies, il la considère comme accessoire. Il importe surtout, selon lui, de bien détruire les tissus fibreux qui enserrent le cordon. Toutefois, dans certains cas, on ne parvient pas, malgré toutes les précautions, à main-

tenir le testicule abaissé. C'est ce qui eut lieu, chez un malade auquel M. Lucas-Championnière a pratiqué une double orchidopexie. D'un côté elle a réussi, mais de l'autre il faudra faire une castration.

Toutefois, dans quelques cas d'ectopie, où l'organe, sous l'influence de faibles manipulations, descend facilement, l'orchidopexie seule peut réussir.

M. **BERGER** dans ses cures radicales de hernies, au lieu de faire traverser l'albuginée par le fil, s'efforce de découvrir le gubernaculum testis, souvent infléchi dans le pli génito-crural, et place sur lui les fils qui doivent maintenir le testicule abaissé. Quelle que soit la nature de ces fils, on peut ainsi éviter le développement d'accidents ultérieurs, tels que hernie testiculaire, orchite, douleurs, etc.

Diagnostic et traitement des kystes dermoïdes du plancher de la bouche (kystes latéraux). — M. MONOD communique l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans, qui présentait une tumeur datant de plusieurs années, formant à la région sus-hyoïdienne, du côté gauche, une véritable saillie, franchement latérale et se rapprochant plus de l'angle de la mâchoire que de la symphyse. En pressant au niveau de la région sus-hyoïdienne, on refoulait la tumeur sous la partie moyenne et postérieure du bord gauche de la langue, ce qui impliquait la non-adhérence au squelette. D'une consistance molle à la région sus-hyoïdienne, elle paraissait plus résistante du côté du plancher buccal, dont la muqueuse était intacte; l'impression du doigt n'était pas conservée et l'orifice du canal de Warthon était libre; aucune gêne fonctionnelle.

M. Monod a opéré cette tumeur par la voie buccale. Une ponction avec le thermocautère, ayant fait sortir une masse blanc jaunâtre, semblable à du mastic, sans mélange de poils, il a agrandi l'ouverture, bien nettoyé la cavité et cautérisé la surface interne avec du chlorure de zinc liquide, en y laissant une boulette d'ouate imbibée du même caustique.

Après une réaction assez violente, la cicatrisation eut lieu et la guérison s'est maintenue depuis dix-huit mois.

Dans ce fait, le diagnostic de kyste dermoïde ne paraît pas douteux, malgré l'absence de poils, qu'on rencontre, du reste, très rarement dans les kystes dermoïdes du plancher de la bouche.

D'ailleurs, jamais la paroi kystique n'a présenté les caractères d'un revêtement cutané complet; c'est toujours un feuillet dermique plus ou moins épais, formé de tissu conjonctif, dépourvu de glandes sébacées et tapissé à sa face interne d'un épithélium pavimenteux.

Chez la malade de M. Monod, la tumeur n'occupait pas la ligne médiane et ne s'insérait pas au squelette, ainsi que cela arrive le plus souvent; elle était franchement latérale, comme dans les six cas que M. Marchant a relevés sur les trente observations qu'il a recueillies.

Quant au traitement, si la voie sus-hyoïdienne est indiquée, lorsque la tumeur occupe la ligne médiane et fait à la fois saillie sous la peau et dans la bouche, elle n'est plus indiquée lorsque la tumeur est latérale.

Quel que soit, d'ailleurs, le siège du kyste, il y a de nombreux exemples de guérisons obtenues, sans dissection complète de la poche, par excision partielle de la paroi suivie de cautérisation. De plus, on évite une cicatrice apparente.

En résumé, il ne convient pas d'appliquer le même traitement à toutes les tumeurs dermoïdes du plancher de la bouche. Pour les tumeurs médianes, faisant saillie à la région sus-hyoïdienne, l'opération par la peau est assurément le procédé de choix. Pour les kystes du même siège, dans lesquels la tuméfaction est toujours buccale, on peut encore accorder la préférence à l'incision extérieure, bien que la voie buccale donne des guérisons.

Quant aux kystes latéraux, l'opération par la région sus-hyoïdienne, surtout chez la femme, ne peut être recommandée que si la tumeur est très volumineuse et si elle ne proémine aucunement du côté de la bouche. Dans les cas contraires, M. Monod donne la préférence à la voie buccale : extirpation si possible, ou large incision, combinée ou non avec l'excision partielle de la poche, et suivie d'une cautérisation énergique avec le chlorure de zinc liquide.

M. **GÉRARD MARCHANT** dit qu'assurément, si l'on a affaire à un petit kyste faisant saillie du côté de la bouche, on ne doit pas songer à l'extirper par la voie sus-hyoïdienne. Mais si, au contraire, la tumeur volumineuse bombe dans cette région, il croit qu'il est préférable de l'attaquer par la peau. On peut, d'ailleurs, n'avoir recours qu'à une petite incision, par laquelle on fera sortir le contenu et le contenant. Il n'y a pas, pour ainsi dire, de cicatrice et, chez les sujets strumeux, si l'on veut éviter son exubérance, on peut faire porter aux opérés, pendant quelque temps, une mentonnière élastique.

De l'origine infectieuse de certaines formes de cystites dites à frigore. — M. BAZY relate l'observation d'un jeune homme de quinze ans, atteint d'hématuries survenues depuis trois mois sans cause appréciable. Ces hématuries, accompagnées de douleurs, devenaient fréquentes, sans être produites par des exercices violents, mais paraissant toutefois liées aux fatigues de la marche. L'urine, uniformément colorée en rose, contenait des caillots sanguins et le microscope y fit découvrir des bactéries de forme variable et des staphylocoques dorés. Le cathétérisme de la vessie ayant été négatif au point de vue de la pierre, et comme il n'existait aucun signe de tuberculose ou de blennorrhagie, la pathogénie des accidents, qui, d'ailleurs, disparurent en quelques jours par la médication térébenthinée et les lavages boriqués, dut être recherchée ailleurs.

M. Bazy apprit alors que, quelques jours avant l'apparition de sa cystite, le malade avait été atteint d'une amygdalite intense; telle a été, probablement, la maladie infectieuse, cause des accidents vésicaux. Ce fait peut être rapproché de ceux que M. Bazy a cités au Congrès et de ceux que divers auteurs, MM. Verneuil et Reclus entre autres, ont rapportés à l'occasion de suppurations survenues dans le cours de la grippe et de l'érysipèle. Quant aux uréthrites survenant parfois chez les sujets atteints de manifestations rhumatismales ou goutteuses, il est des cas pour lesquels on peut invoquer une infection directe incontestable, comme M. Bazy l'a observé plusieurs fois chez des malades suspects d'attouchements et de masturbation, exécutés par des organes septiques.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 juillet 1891, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Heyriès, médecin-auxiliaire de deuxième classe.

— Le concours pour deux places de médecin du Bureau central (médecine) s'est terminé par la nomination de MM. Œttinger et Le Gendre.

— Les concours des clinicats se sont terminés par les nominations suivantes :

Clinique médicale : MM. Lyon, Lion et Vaguez. — Clinique des maladies du système nerveux : M. Dutil. — Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Hudelo, titulaire; M. Wickam, adjoint. — Clinique des maladies mentales : M. Pactet.

— Le concours pour deux places de chef de clinique chirurgicale, près la Faculté de Bordeaux, s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Barret de Nazaris et Faye.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Lefranc est nommé chef du laboratoire de physiologie, d'histologie et de bactériologie (emploi nouveau).

— M. le docteur Gouguenheim est nommé professeur de physiologie et d'hygiène de la voix au Conservatoire.

— M. le docteur Stapfer, ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission en Suède, à l'effet d'y étudier les méthodes employées dans le traitement des maladies obstétricales.

— M. le docteur Ranson, médecin de la marine, est chargé d'une mission au Sénégal et dans le Haut-Fleuve, en vue d'y effectuer des recherches d'histoire naturelle.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cailliot, médecin du service colonial; Duponchel, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse; Victor Fagot, médecin aide-major de l'hôpital mixte de Toul, décédé à Pont-à-Mousson; Girard, médecin en chef de la marine en retraite.

Études sur les maladies cérébrales et mentales, par le docteur J. Cotard, ancien interne des hôpitaux de Paris. Préface par le docteur J. Falret, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de 600 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude médico-légale sur la simulation des maladies mentales, par le docteur A. Froment, médecin-inspecteur du service des aliénés de la Somme. Broch. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

Guide de la garde-malade, par le docteur Monteuuis. 1 vol. in-16 avec figures. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Trousseau. Transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et de certaines autres parties du corps humain. — Embarras gastrique. — Académie de Médecine. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Depuis quelque temps il n'était bruit, dans les hôpitaux, que du nouveau traitement des affections tuberculeuses employé, par M. le professeur Lannelongue, sur les petits malades de son service; on attendait, avec une curiosité bien légitime, les révélations du chirurgien de l'hôpital Trousseau, dont le nom justement estimé et l'autorité reconnue faisaient présumer toute l'importance de cette nouvelle méthode. Il était tout naturel, d'ailleurs, que M. Lannelongue laissât s'écouler un certain temps pour qu'on pût mieux juger les résultats obtenus. Bien qu'encore trop récents, à notre avis, ces résultats n'en méritent pas moins toute l'attention du monde médical. Disons tout de suite qu'il ne s'agit ici ni de vaccination, ni d'injection d'une culture microbienne, ni d'un remède spécifique quelconque visant uniquement le bacille, mais simplement d'un agent chimique, le chlorure de zinc, employé suivant une méthode particulière qui, par sa simplicité et son innocuité, est, dès à présent, à la portée de tous les praticiens. Cette méthode a pour but de scléroser le tissu tuberculeux et elle consiste à faire pénétrer le chlorure de zinc, non pas dans les foyers tuberculeux, mais bien autour d'eux.

On verra plus loin comment M. le professeur Lannelongue explique l'action de ces injections péri-tuberculeuses, quelle est sa technique opératoire, quels sont les résultats qu'il a obtenus et quelles sont, enfin, les espérances qu'il est permis de concevoir. Contentons-nous de déclarer ici que les petits malades qu'il a présentés, à côté des moules figurant l'état de leurs membres avant le traitement, sont des plus intéressants et des plus probants au point de vue de l'efficacité de la méthode et de la promptitude de ses effets. Ces résultats, actuellement merveilleux, se maintiendront-ils? La tuberculose, chez ces enfants, a-t-elle dit son dernier mot? Le bacille a-t-il complètement disparu dans ces tissus sclérosés? Sur ce dernier point, M. Lannelongue n'a pu se prononcer d'une façon définitive. C'est donc à l'avenir qu'il est réservé de trancher toutes ces questions. Quoi qu'il en soit, les premiers résultats, obtenus par l'éminent professeur, sont certainement des plus encourageants, et l'on ne peut que le féliciter hautement de la prudence et de l'habileté avec lesquelles il a conduit ces expériences.

L'Académie s'est adjoint deux membres correspondants nationaux : MM. Pilat (de Lille) et Spillmann (de Nancy). Elle s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hérard sur les candidats au titre de membre correspondant étranger. Voici la liste de présentation : En première ligne, M. Millard (de New-York); en deuxième ligne, M. Costomiris (d'Athènes); en troisième ligne, M. Babès (de Bucharest); en quatrième ligne, M. d'Espine (de Genève).

HOPITAL TROUSSEAU. — M. Lannelongue.

Transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et de certaines autres parties du corps humain.

(Communication faite à l'Académie des sciences.)

Il y a maintenant quatre mois que j'ai entrepris sur l'homme les premiers essais d'une méthode de traitement des produits tuberculeux. Durant ce temps, je l'ai appliquée aux diverses modalités de l'affection tuberculeuse, aux types dont les manifestations montrent avec évidence les étapes successives de son évolution, depuis la période initiale de l'infection, jusqu'aux degrés les plus avancés comprenant la mortification des tissus ou leur déchéance très avancée.

Les résultats obtenus, observés avec les soins et la rigueur que comporte une pareille étude, me paraissent devoir être divulgués aujourd'hui pour être désormais soumis à un libre examen et au jugement de tous. D'une part, l'importance du sujet l'exige; d'autre part, la simplicité de la méthode et la promptitude de ses effets permettront vite au plus modeste praticien, comme à l'expérimentateur le plus habile, d'en apprécier la valeur.

Il ne s'agit pas, d'ailleurs, telle est du moins ma conviction, d'un remède spécifique visant spécialement et uniquement le bacille, qu'il détruirait dans un délai rapide. Il s'agit de l'emploi d'un agent chimique, jouissant de propriétés spéciales à l'égard de tissus vivants; cet agent antiseptique assez puissant est le chlorure de zinc, employé suivant une méthode particulière dont je préciserai plus tard les détails.

La lésion que produit le bacille tuberculeux étant presque toujours localisée en une place déterminée de l'organisme, il m'a semblé que c'était en ce lieu que devait s'exercer avec le plus de succès toute action médicatrice; il m'a semblé aussi qu'on imiterait de tous points le travail naturel de guérison si on parvenait à transformer en tissu fibreux, en un tissu représentant les cicatrices ou le processus curateur de presque toutes les altérations organiques, le tissu morbide composé d'éléments destinés à dégénérer presque toujours, et à devenir, dans l'immense majorité des cas, des foyers d'infection pour les parties voisines d'abord, pour les régions plus éloignées ensuite, pour l'économie tout entière enfin.

En un mot, la méthode a pour but de scléroser le tissu tuberculeux, quel qu'en soit le siège : elle cherche la condition qui soit la plus contraire à l'existence du bacille, puisque cet agent disparaît ou se montre impuissant lorsqu'elle se trouve réalisée.

La méthode que je préconise consiste à faire pénétrer l'agent thérapeutique, choisi pour des raisons spéciales, non point dans les fongosités, ni dans les foyers tuberculeux, mais en dehors d'eux et autour d'eux seulement.

La constitution anatomique et le mode d'accroissement des foyers tuberculeux viennent tout d'abord plaider avantageusement en sa faveur. En effet, tandis qu'à la périphérie de ces foyers se trouvent les processus les plus récents et les plus jeunes, on ne rencontre au centre que des produits d'un autre âge et dégénérés, frappés de mort ou en voie de nécrobiose. Cela revient à dire que la fonction bacillaire s'accomplit toujours excentriquement et que les tissus normaux formant la limite du foyer morbide sont comme une matrice élaborant sans cesse, sous l'incitation du bacille, les néoplasmes tuberculeux qui se propagent de la sorte de proche en proche et par continuité de tissu.

De là l'obligation de modifier avant tout la couche périphérique où se fait l'ensemencement; mais il est aussi essentiel d'opérer la transformation du terrain conquis, c'est-à-dire de la couche farcie de tubercules, où le bacille est en plein travail. On ne doit pas oublier, d'ailleurs, que la zone où siègent les altérations spécifiques reçoit ses vaisseaux, c'est-à-dire les éléments de sa nutrition, de la couche périphérique qui se continue avec elle.

L'expérimentation enseigne que le chlorure de zinc produit une transformation fibroïde remarquable dans les tissus normaux des animaux. Or, on obtient les mêmes effets sur les tissus altérés, sur le tissu tuberculeux en particulier. Le médicament fixe, en les tuant, les éléments anatomiques; au point où il est déposé, et même à une grande distance, il oblitère un certain nombre de capillaires et de petits vaisseaux; il provoque enfin une irritation inflammatoire des parois vasculaires, qui rétrécit le calibre des artères et des veines dans une étendue notable, parfois éloignée du point initial.

Mais il se produit en même temps une modification locale d'une importance bien autrement grande. Très rapidement, presque en quelques heures, il se fait au sein des tissus altérés, par diapédèse et probablement aussi par prolifération cellulaire, un afflux énorme de nouveaux éléments anatomiques.

L'irruption soudaine et intense des jeunes cellules a lieu non seulement au point d'application du remède, mais aussi à une certaine distance par diffusion de l'agent thérapeutique; ces cellules empâtent la périphérie des fongosités comme elles infiltrent dans de fortes proportions le néoplasme tuberculeux. L'afflux des éléments embryonnaires au lieu intéressé est énorme; nous l'avons étudié dans les poumons, le foie, les muscles, les tissus cellulaires des animaux, et aussi chez l'homme. On peut, d'après les dessins que je représente, juger de l'abondance de la prolifération et de la richesse extrême de l'ancien tissu en nouveaux éléments.

La lutte s'établit, dès ce moment, entre les éléments amoncelés et le bacille, particulièrement entre les cellules migratrices et cet agent, en vue de l'absorber et de le détruire.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, les éléments du tissu morbide que l'agent thérapeutique avait fixés par son contact se résorbent lentement et disparaissent, repris par l'organisme; les jeunes cellules, au contraire, s'organisent avec une grande activité et constituent un tissu fibreux, serré, d'autant plus compact que les vaisseaux y sont moins nombreux et d'un plus petit calibre; peut-être même l'altération de ces vaisseaux, se poursuivant loin du lieu de l'injection, propage-t-elle l'irritation dans les tissus qu'ils alimentent.

On peut apprécier, dès le lendemain de l'intervention, la formation du nouveau tissu dont les qualités s'affirment rapidement, si on a eu recours à une solution au dixième.

A la sclérose des fongosités articulaires s'ajoute un ostéome sous-périosté diffus avec condensation osseuse, si l'on a pris soin d'intéresser le périoste au travail de réparation, ce que je fais dans la plupart des cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse.

L'évolution ultérieure, autant que j'en puis juger par mes résultats cliniques, accuse une tendance marquée vers le retour des tissus scléreux à un tissu conjonctif plus lâche. Il en résulte que les parties reprennent leur souplesse et leur forme, et que les fonctions des organes locomoteurs se trouvent conservées en entier ou tout au moins dans les limites où elles existaient au début du traitement.

Ces documents seront complétés par les développements que je présenterai demain, à l'Académie de médecine, sur la technique de la méthode, sur les expériences entreprises avec M. Achard, sur les malades traités enfin. Sans m'y étendre, je crois, cependant, devoir énoncer ici les premiers résultats.

Vingt-trois malades ont été soumis au traitement; mais je n'en puis compter que vingt-deux, parce que l'un des patients, déjà traité par la lymphe de Koch, a été repris par sa famille après une première injection.

Les vingt-deux autres se décomposent ainsi : 8 ostéo-arthrites tuberculeuses du genou; 5 arthrites du cou-de-pied; 1 arthrite du coude; 2 plaques fongueuses du thorax avec lésion probable des côtes; 1 malade atteint de deux spina ventosa; 3 malades atteints d'adénites tuberculeuses cervicales multiples; 2 tuberculoses des poumons. Ces deux derniers cas seront laissés de côté, parce que les sujets, provenant de services de médecine, n'ont pas encore été suivis assez longtemps, les injections ayant été faites dans les poumons le 23 juin.

Chez les vingt autres sujets, l'évolution du processus provoqué artificiellement accuse une tendance réparatrice des plus manifestes; mais, pour mieux l'apprécier, on doit envisager trois groupes particuliers de faits : les non suppurés et non ouverts, les suppurés et non ouverts, les suppurés et ouverts.

1° *Tuberculoses non suppurées et non ouvertes.* — Je trouve 6 genoux, 2 plaques fongueuses thoraciques, 1 coude, 1 adénite, 1 cou-de-pied, en tout 11 cas. La sclérose des fongosités ou des produits tuberculeux a été promptement obtenue. Deux sujets atteints de tumeurs blanches du genou se lèvent et marchent toute la journée depuis plus d'un mois, avec toutes les fonctions et même la forme conservées.

Un autre, injecté depuis moins longtemps, se lève; sur les trois derniers, l'un est sur le point de marcher, et les deux autres n'ont été traités que le 4 et le 13 juin; l'un d'eux n'a été injecté qu'une fois. Je considère que la transformation est accomplie dans tous les cas; les genoux ont des mouvements, et j'espère qu'avant peu les sujets marcheront.

Les malades atteints de lésion du thorax sont, depuis longtemps, guéris; le coude jouit de tous ses mouvements, et, enfin, la tibio-tarsienne attend que je lui permette de marcher; dans les adénites, les ganglions ont diminué des trois quarts et sont adhérents aux tissus voisins.

2° *Tuberculoses suppurées et non ouvertes.* — On compte dans ce groupe : 2 tumeurs blanches du genou; 2 tumeurs blanches tibio-tarsiennes; 2 spina ventosa; 3 adénites; en tout, 7 cas. Dans les deux genoux, la sclérose est complète; chez l'un des malades, j'ai réséqué une partie de la synoviale et, chez l'autre, j'ai dû gratter un noyau fémoral. Les deux tumeurs blanches tibio-tarsiennes, injectées seulement le 19 et le 23 juin, sont dans la meilleure voie. Les deux spina ventosa sont guéris. Le traitement a révélé la suppuration et de gros foyers caséeux dans les adénites; on a dû ouvrir les foyers purulents et extirper les ganglions; les sujets sont aujourd'hui guéris.

3° *Tuberculoses suppurées et ouvertes.* — Ce troisième groupe comprend 2 ostéo-arthrites tuberculeuses tibio-tarsiennes; toutes les deux à une phase des plus avancées, l'une était un cas évident d'amputation. Le traitement de cette dernière a commencé le 15 mai; elle est en bonne voie ainsi que l'autre.

Tels sont les résultats obtenus en peu de temps; examinons maintenant ce que peuvent valoir les guérisons. Est-ce bien guérison qu'il faut dire, et cette guérison est-elle définitive?

Un examen sérieux des jeunes malades, atteints de lésions graves du genou, par exemple, ne permet-il pas de considérer comme guéris ceux dont les parties ont retrouvé leurs fonctions et presque leur forme, qui ne ressentent aucun phénomène anormal, qui marchent toute la journée, dont le développement se fait bien et avec régularité, dont le poids augmente progressivement; qui vivent enfin depuis plus d'un mois de la vie commune?

Une opinion presque unanime les ferait considérer comme guéris. Et pourtant, malgré ces faits et ces apparences, on ne saurait apporter trop de réserve dans la conclusion.

La guérison, dans l'espèce, c'est la disparition du bacille; or, cette disparition, je ne puis pas l'affirmer d'une manière absolue. Il est vrai que, chez un de nos malades, nous avons constaté, M. Achard et moi, dans une plaque tuberculeuse qui a été extirpée après avoir été traitée, une transformation fibro-graisseuse du tissu, sans y rencontrer un seul bacille, et l'inoculation à un cobaye, faite il y a deux mois, n'a pas abouti : l'animal est encore sain et sauf. Mais ne me suis-je pas trompé dans le diagnostic de la tuberculose costale, avec tumeur fongueuse symptomatique?

Je préfère rester dans le doute et accepter la responsabilité d'un diagnostic inexact pour ne pas m'avancer.

Cependant tout porte à croire qu'une transformation totale d'un tissu tuberculeux en tissu fibreux est difficilement compatible avec la vie du bacille, et, chez quelques-uns de nos malades, celui-ci garde, depuis bientôt deux et presque trois mois, un silence de mort.

La constitution du nouveau tissu diminue, en tout cas, les sources de l'infection, car il est depuis longtemps avéré que les foyers tuberculeux mous et imprégnés de liquides ou de sucs sont de beaucoup les plus dangereux pour les régions voisines et pour l'économie entière.

Donc si le bacille persiste dans les tissus sclérosés, question que nous cherchons à résoudre expérimentalement, en attendant des preuves tirées de l'examen de pièces nouvelles provenant de l'homme, il semble être confiné dans une place où il est comme encapsulé et devenu inoffensif, toute trace de son activité n'apparaissant plus depuis un temps qui s'accroît tous les jours.

Un avenir très prochain fixera définitivement ce point.

EMBARRAS GASTRIQUE

Par Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux.

I

L'embarras gastrique n'est pas une entité morbide, ce n'est qu'un complexus symptomatique, tantôt fébrile, tantôt apyrétique.

L'embarras gastrique fébrile n'est donc point une maladie distincte, et sous ce même nom, ou sous des dénominations synonymes, on a certainement décrit des infections de nature diverse, que rapprochent leur bénignité et les analogies de leurs symptômes. Il ne paraît pas y avoir de limite entre l'embarras gastrique fébrile et la fièvre typhoïde dans ses formes légères. Certains embarras gastriques ne sont, sans doute, que des fièvres typhoïdes bénignes, de rapide évolution [Laveran, Kelsch et Kiener (1)]. On voit, du reste, l'embarras gastrique fébrile se montrer au début (2) ou au cours (3) des épidémies de fièvre typhoïde.

Toutefois, l'embarras gastrique fébrile n'est pas toujours, non plus, l'expression atténuée de l'infection typhique : on a vu, par exemple, pendant la dernière épidémie de grippe, la maladie prendre la forme gastro-intestinale.

L'embarras gastrique, non fébrile, n'est pas non plus une unité. Au point de vue séméiologique, il n'y a pas de limite entre l'indigestion et l'embarras gastrique, qui n'est qu'une sorte d'indigestion prolongée, et il est certain qu'il peut se produire sous l'influence d'intoxications très variées : l'alcool, le tabac, les viandes avariées, les mets indigestes, etc.

En somme, le fond commun de tous les états réunis sous le nom commun d'embarras gastrique, c'est une intoxication qui se traduit par un complexus symptomatique analogue.

L'*indigestion* est rapide ou tardive. Dans un certain nombre de cas, c'est fort peu de temps après le repas que les accidents apparaissent. Le malade éprouve un malaise très grand, une sensation de pesanteur à l'estomac, la tête est lourde, la vue incertaine. Des vertiges surviennent avec une sensation très grande de faiblesse. Le malade pâlit, la face se couvre de sueurs. Le pouls est

---

(1) KELSCH et KIENER. Société médicale des hôpitaux, 1885. — LEVY. Thèse de Montpellier, 1886.
(2) COLIN. La Thèse de Courtet, 1889, p. 12.
(3) CHANTEMESSE. *Idem.*

petit, précipité; les extrémités froides. Les pupilles sont parfois dilatées. Il peut y avoir de la diplopie. Quelquefois des vomissements surviennent, quelquefois aussi de la diarrhée. Les matières sont souvent fétides. Après ces évacuations, l'amélioration se produit, mais le lendemain, il persiste du malaise général, de la courbature, parfois de la diarrhée. La langue est blanche et déprimée. La guérison se fait, cependant, rapidement.

Dans un autre cas, les phénomènes de dépression sont moins accusés; ce qui domine, c'est la pesanteur, la gêne de la respiration, parfois avec rougeur turgescente de la face, et état nauséeux. Les vomissements, quand ils surviennent, mettent un terme à tout cela. L'urticaire est quelquefois précédée par des phénomènes de cet ordre.

L'indigestion tardive est habituellement nocturne. Le malade se réveille vers une heure ou deux du matin avec une sensation très grande de malaise, dont il s'explique mal la nature. Il éprouve une angoisse considérable. Avec cela des nausées, des efforts de vomissements, des sueurs froides. L'état est si alarmant que l'entourage est souvent fort inquiet, il s'agit d'une simple indigestion à laquelle mettent fin des vomissements et parfois un peu de diarrhée.

Dans l'*embarras gastrique* sans fièvre, il y a de l'inappétence, parfois même du dégoût pour les aliments. Tout paraît fade. Les boissons fraîches, gazeuses, acidulées, sont seules prises avec plaisir. Il y a une sensation de malaise général, de courbature, de la pesanteur de tête, sinon de la céphalalgie vraie. Parfois des envies de vomir; une sorte de vague état nauséeux. Il est assez rare que le vomissement survienne. L'embarras gastrique, cependant, peut commencer par une véritable indigestion.

Le travail, surtout le travail intellectuel, est difficile, le malade manque d'entrain. Parfois il accuse un peu de pesanteur au creux épigastrique, un peu de ballonnement du ventre. Il y a des renvois, l'haleine peut prendre une odeur désagréable, fétide même. Il y a de la constipation, le plus souvent au début. Elle persiste ou bien elle est suivie de diarrhée.

La langue est couverte d'un enduit blanchâtre plus ou moins épais; elle est souvent aplatie et porte l'empreinte des dents.

Dans l'*embarras gastrique fébrile*, les phénomènes sont de même nature, plus accentués habituellement. La fièvre peut être intense· la température s'élève d'emblée à 38°5, 39 degrés et même 40. La céphalalgie est plus vive, le pouls plus rapide. Le malade a la sensation de la fièvre.

La fièvre est continue ou rémittente. Assez souvent elle diminue pendant la journée pour prendre de nouveau une certaine intensité vers le soir, à partir de quatre ou cinq heures.

Quelquefois il survient de la diarrhée soit spontanément, soit sous l'influence de purgatifs. Parfois même, il se produit un peu de sub-ictère. Le foie est un peu congestionné. Les urines sont rares, rougeâtres et brunâtres. Les matières sont décolorées ou, au contraire, plus colorées que normalement et liquides. L'herpès labial est assez fréquent dans l'embarras gastrique fébrile.

Il y a des degrés différents dans la fièvre gastrique; parfois l'état général est si accusé que l'on peut penser à la fièvre typhoïde, cela d'autant mieux qu'il peut y avoir une céphalalgie marquée, des épistaxis, de l'insomnie, de la dépression générale des forces.

La durée de ces divers accidents est variable.

L'indigestion, par elle-même, dure peu de temps. C'est l'affaire d'une demi-journée, d'une nuit. Tout est fini à moins qu'il ne survive un certain degré d'embarras gastrique.

L'embarras gastrique simple ne persiste que quelques jours, qu'il guérisse seul, de lui-même, ou que soit intervenue une médication évacuatrice.

L'embarras gastrique fébrile peut avoir une durée plus longue, six, huit, dix jours. Dans ces conditions, on reste quelquefois assez longtemps embarrassé pour fixer le diagnostic, et dans un certain nombre de cas, on ne sait pas, en réalité, si l'on n'a pas eu affaire à une forme légère de typhus abdominal, de fièvre typhoïde. On doit, du reste, admettre avec MM. Colin, Laveran, Kelsch et Kiener, Chantemesse, qu'il s'agit là bien réellement parfois de faits atténués de fièvre typhoïde. La coïncidence, avec des épidémies typhiques, en est la preuve.

Il n'a été question jusqu'ici que de l'embarras gastrique simple; l'état gastrique ainsi constitué, cliniquement, peut survenir à titre de manifestation secondaire, subordonnée à un état pathologique nettement déterminé. Il peut s'agir d'une affection de l'estomac ou d'une maladie générale.

On voit l'embarras gastrique dans la dilatation de l'estomac, la gastrite chronique, le cancer.

A propos de la dilatation de l'estomac, il faut établir une distinction nécessaire, et ne pas confondre l'embarras gastrique avec dilatation ou distension momentanée de l'estomac, et la dilatation de l'estomac avec embarras gastrique intermittent ou permanent. L'embarras gastrique simple s'accompagne souvent de distension de l'estomac. La sonorité s'entend sur une ligne verticale plus étendue, on perçoit du clapotage ou un bruit de succussion caractéristiques, mais tout cela peut disparaître rapidement, soit spontanément, soit sous l'influence du lavage de l'estomac. Il en est ainsi, en particulier, dans la grippe à forme gastro-intestinale (1). Il en est évidemment de l'estomac comme de la langue. Leur musculature se relâchant, la langue prend passivement l'empreinte des dents, l'estomac se laisse distendre et dilater.

Par contre, dans la dilatation permanente de l'estomac et, en particulier, dans le type décrit par M. Bouchard, il y a souvent des phénomènes d'embarras gastrique. Cela se voit peut-être plus souvent encore, selon nous, lorsqu'il y a en même temps gastrite et gastrectasie. Les malades sont souvent, sinon même d'une façon presque permanente, sous l'influence d'une sorte de gastricité. Ils ont du dégoût pour les aliments, la langue blanche, la bouche pâteuse, amère, un état sub-nauséeux assez pénible. Dans la gastrite chronique, et, en particulier, dans la gastrite alcoolique chronique, on observe plus souvent des vomissements que dans la dilatation simple. Nous verrons tout à l'heure que cela s'explique facilement et que les dilatés de l'estomac, surtout les dilatés avec lésion inflammatoire profonde de la muqueuse, sont dans d'excellentes conditions pour que surviennent chez eux des accidents d'auto-intoxication, d'origine gastro-intestinale.

Nous ne sommes ni le seul, ni le premier à avoir remarqué la prédisposition des dilatés de l'estomac à l'embarras gastrique simple apyrétique, à l'embarras gastrique fébrile, à la fébricule continue. M. Legendre (2), qui signale ces faits, y ajoute le catarrhe gastro-intestinal cholériforme.

E. Moritz (3) a vu, dans deux cas, des accidents de fièvre gastrique, avec éruptions érythémateuses, survenir chez des dilatés de l'estomac, résister à tous les traitements employés et ne guérir que sous l'influence de l'acide chlorhydrique administré à doses assez élevées.

Dans le cancer de l'estomac, on observe parfois de l'embarras gastrique (Jaccoud).

L'embarras gastrique est fréquent dans les états infectieux. Parfois, il est relégué tout à fait au second plan; parfois, au contraire, il caractérise une forme de la maladie dont il dépend.

L'embarras gastrique est fréquent dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, la grippe, l'amygdalite, etc. Il caractérise certaines formes de tuberculose aiguë, au début tout au moins, de fièvre paludéenne. En un mot, on en retrouve les éléments partout où les anciens parlaient d'état saburral et même d'état bilieux, car pour eux l'état bilieux n'entraînait pas forcément l'idée d'ictère.

Les causes de l'embarras gastrique ne sont à relever ici, que pour l'embarras gastrique primitif.

---

(1) G. Sée et A. Mathieu. De la dilatation atonique de l'estomac, *Revue de médecine*, 1884.

(2) P. Le Gendre. *Dilatation de l'estomac*, Thèse de Paris, 1887.

(3) E. Moritz. Ueber gastrische Ficherursachen, Congrès international de Berlin, 1890.

Pour l'indigestion, il y a souvent surcharge alimentaire, ingestion de substances nocives. A ce propos, il faut signaler des susceptibilités très variables; il est certains mets que certaines personnes tolèrent fort mal. L'abus de l'alcool, l'usage du tabac, surtout chez ceux qui n'ont pas acquis l'accoutumance, peut produire l'embarras gastrique sous sa forme aiguë ou sous sa forme prolongée.

L'embarras gastrique proprement dit, fébrile ou non, est fréquent surtout en été. Il y a parfois de petites épidémies de caserne, de maison, de quartier. Il y a là sans doute quelque chose de semblable à ce que l'on observe pour certaines diarrhées, pour certains ictères. Ces épidémies indiquent qu'une collectivité d'individus se trouve simultanément soumis aux mêmes conditions pathogéniques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un travail de M. le docteur Percepied (du Mont-Dore), intitulé : « Nouvelle expérience sur l'action physiologique des eaux du Mont-Dore » ; 2° un pli cacheté adressé par M. le docteur Courtin, de Bordeaux (accepté).

COMMUNICATION

Traitement des tumeurs de la vessie. — M. LAVAUX fait la communication suivante :

Parmi les accidents graves qui peuvent être notés pendant l'évolution des tumeurs vésicales, le plus fréquent est l'hématurie, qui est ordinairement abondante et parfois difficile à faire cesser. Or, un moyen simple d'obtenir ce résultat, c'est de pratiquer des injections intra-vésicales, avec une solution très chaude d'acide borique à 4 p. 100. J'ai été conduit à employer ce procédé en voyant les heureux résultats obtenus à l'aide d'un moyen analogue dans les hémorrhagies utérines.

Chez trois malades surtout, ce procédé m'a donné d'excellents résultats. Dans l'un de ces cas, les urines contenaient du sang depuis près d'un an, malgré l'usage des médicaments ordinairement employés. Quand je vis ce malade, son état était très grave, sa faiblesse extrême et l'hématurie abondante. Celle-ci cessa immédiatement sous l'influence d'injections très chaudes. Au bout de dix-sept jours, les urines étaient absolument claires, et l'état général s'était considérablement amélioré. Aujourd'hui, plus d'un an après les accidents qui ont failli l'emporter, l'état général est excellent et ce malade, malgré une affection néoplasique grave de la vessie, a l'illusion d'une santé parfaite.

Dans un autre cas, fort intéressant, il s'agissait de végétations de l'urèthre, avec un papillome uréthro-vésical, diagnostiqué à l'aide de l'endoscope. L'électrolyse me permit de détruire en partie le papillome, ce qui rendit la miction facile et le cathétérisme possible avec une sonde en gomme n° 20. Mais, pendant le traitement, bien que je n'eusse employé que dix milliampères, il survint deux fois, trois jours après une séance d'électrolyse, une hémorrhagie abondante, qui cessa immédiatement sous l'influence d'injections très chaudes.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux :

Première élection. — Votants 63, majorité 32 : M. Pilat (de Lille) est élu par 50 voix contre 5 à M. Spillmann (de Nancy), 4 à M. Liétard (de Plombières), 2 à M. Layet (de Bordeaux), 1 à M. Laënnec (de Nantes) et 1 bulletin blanc.

Deuxième élection. — Votants 65, majorité 33 : M. Spillmann est élu par 46 voix contre 9 à M. Liétard, 5 à M. Layet, 4 à M. Laënnec et 1 à M. Costa (d'Ajaccio).

COMMUNICATION

Transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et de certaines autres parties du corps humain. — M. LANNELONGUE communique la méthode qu'il a résumée hier devant l'Académie des sciences (voir plus haut, p. 737). En voici la technique :

Je rappellerai le principe de la méthode : agir sur la zone des tissus la plus voisine des fongosités et des néoplasmes tuberculeux, c'est-à-dire sur les parties qui contiennent les vaisseaux alimentant les tissus tuberculeux.

Il est facile dans la plupart des articulations, et possible dans presque toutes, de créer le tissu inodulaire dur et compacte à la surface et dans les fongosités. Pour cela, il convient de porter le médicament à la limite des fongosités et de l'y déposer à la dose voulue, en établissant un certain nombre de points de contact; grâce à ses propriétés diffusibles, les effets ne tardent pas à se montrer bien au delà du lieu de son application.

Sauf quelques cas exceptionnels, je ne me sers plus guère que de solution à 1/10e et j'en dépose de II à III gouttes sur un point déterminé; l'opération est répétée plusieurs fois, soit par la même piqûre, en dirigeant autrement l'aiguille, soit en faisant plusieurs piqûres. J'arrive, en une séance, à déposer ainsi de VI. VIII, X à XV ou XX gouttes dans une région articulaire.

Je prendrai le genou comme type, et il sera facile ensuite d'indiquer, pour les autres articulations, les modifications de détail relevant uniquement de particularités anatomiques. Chaque région de la synoviale doit être considérée à part, doit être traitée isolément. Le cul-de-sac supérieur et les latéraux qui lui font suite accusent nettement leurs contours; j'enfonce une aiguille au-dessus du cul-de-sac supérieur, de manière à atteindre le fémur au niveau de la réflexion de la synoviale, et je dépose la solution sur le fémur même au point indiqué au-dessus ou au-dessous du périoste. Je cherche même toujours à injecter sous le périoste. Il est ainsi déposé, en quatre ou cinq piqûres profondément sur la demi-circonférence du cul-de-sac supérieur, VIII à X gouttes de solution pour le genou d'un enfant de dix ans; j'estime qu'il faudrait un tiers en plus ou près du double pour un adulte.

Les parties sous-rotuliennes de la synoviale, de chaque côté du ligament rotulien, sont aussi accessibles, mais il importe ici de procéder avec méthode. Je prends le quartier de synoviale placé au-dessous de la rotule, au-devant du ligament rotulien. J'enfonce l'aiguille sur le bord de la rotule et je la dirige parallèlement au bord du ligament rotulien, un demi-centimètre à 1 centimètre en dedans de ce bord; je laisse ainsi tomber II gouttes de solution; il importe ici, pour éviter une escharre, de faire que l'aiguille soit sous l'aponévrose; c'est-à-dire engagée dans la couche superficielle des fongosités; on peut incliner l'aiguille et faire une seconde injection plus en dedans, et, pour rendre la transformation plus rapide et plus sûre, j'injecte la même quantité parallèlement au bord supérieur de l'épiphyse du tibia, au niveau de la réflexion de la synoviale sur ce bord. On n'oubliera pas que cette réflexion est très près du bord antérieur de l'épiphyse du tibia.

On procède de la même façon pour le quartier externe de la synoviale sous-rotulienne. On n'oubliera pas, d'ailleurs, que ces régions sont souvent moins fongueuses que le cul-de-sac supérieur, et que surtout les parties postérieures de la synoviale des régions externes ou internes au niveau du tibia sont beaucoup moins altérées d'habitude que le reste de cette membrane. On arrive ainsi jusqu'aux parties postérieures de la synoviale qu'on peut atteindre de la même façon.

A l'articulation tibio-tarsienne, on procèdera à des injections : en avant, sur le bord antérieur du tibia, au-dessous des extenseurs, en enfonçant l'aiguille sur le bord antérieur du tibia, sous les tendons, et l'on ne se préoccupera point des gaines tendineuses qui sont, d'ailleurs, souvent atteintes. En dedans, on injectera au-dessous et dans la malléole et le long de cette saillie

osseuse en arrière et surtout le long du tendon d'Achille. Je répète que, dans ces régions, on doit enfoncer l'aiguille sous l'aponévrose et pénétrer au moins dans les fongosités, à leur périphérie. Enfin, on termine de la même manière en dehors.

Je ne poursuivrai pas dans chaque articulation la description du procédé opératoire; qu'il me suffise seulement d'énoncer les règles auxquelles il convient d'attacher quelque importance :

1° On évitera d'injecter la solution dans la cavité articulaire;

2° Les injections auront lieu dans les régions d'où les synoviales tirent leurs vaisseaux, c'est-à-dire, avant tout, sur les os au niveau des culs-de-sac, là où se trouvent ordinairement les vaisseaux articulaires et aussi ceux qui viennent des épiphyses; puis on injectera les fongosités le long des gros ligaments qui alimentent encore les régions voisines des synoviales;

3° On ne doit pas avoir la crainte des artérioles et j'ai la conviction d'avoir traversé la radiale dans un cas, l'artère tibiale postérieure derrière la malléole interne dans un autre cas, sans qu'il en soit résulté un inconvénient quelconque. Cependant, il vaut mieux éviter ces vaisseaux, ainsi que les nerfs qui peuvent les accompagner;

4° On se gardera de faire les injections immédiatement sous la peau et l'on se rappellera que les synoviales sont, dans toutes les régions, séparées des couches sous-cutanées par un plan aponévrotique au moins. Lorsque les fongosités se rapprocheront des téguments, on déposera le liquide dans les couches les plus superficielles des fongosités et, de préférence, au niveau des points réfléchis.

5° Après avoir essayé successivement les solutions à 1/40e, à 1/20e, à 1/15e et à 1/10e, je crois devoir recommander les solutions à 1/10e pour les fongosités articulaires. Avec cette solution, les effets sont plus prompts et plus étendus; la réaction locale est plus intense, mais elle n'aboutit pas à l'abcès. On n'obtient pas d'escharres dans les injections profondes, les escharres superficielles sont rares, minimes et de peu d'importance; on doit cependant chercher à les éviter.

J'ai injecté deux ou trois gouttes d'une solution à 1/40e dans les poumons et je conseillerai la solution à 1/20e autour de l'épididyme ou dans les doigts du spina ventosa. Les solutions à 1/10e conviennent aux tuberculoses costales, iliaques, etc., de même qu'aux adénites tuberculeuses.

Cette dernière variété de tuberculose, traitée par le chlorure de zinc, donne des résultats différents, suivant l'état anatomique des lésions. Lorsqu'on se trouve en présence de ganglions tuberculeux hypertrophiés, sans foyers caséeux, les injections à la périphérie des ganglions et à la surface de ces organes paraissent amener une modification assez prompte; mais je ne puis en juger encore que par deux cas : le ganglion contracte des adhérences avec les parties voisines et diminue insensiblement de volume une fois la réaction passée. Au contraire, si les ganglions sont le siège de foyers caséeux, d'amas disséminés, le traitement provoque une irritation qui conduit à un abcès. Enfin, les abcès tuberculeux ganglionnaires seront traités, comme les abcès des parties molles, par un lavage abondant à l'eau stérilisée, et les injections périphériques;

6° Il vaut mieux n'injecter que de petites quantités à la fois : deux gouttes, par exemple, et multiplier les surfaces de contact;

7° La méthode sclérogène me paraît devoir être essayée dans certaines arthrites autres que les synoviales tuberculeuses, les arthrites sèches, par exemple. J'y ai eu recours pour une malade atteinte de cancroïde de la face; le résultat immédiat fut frappant, mais la récidive a été prompte. La méthode étant inoffensive, on pourrait peut-être l'employer, à titre d'essai, dans le sarcome du sein;

8° Il va de soi qu'avant d'appliquer la méthode, on doit redresser les membres et veiller à leur conserver une bonne attitude pendant la période de réaction. Pour aider le dégorgement des parties, je fais souvent de la compression ouatée, c'est-à-dire élastique, deux ou trois jours après les injections;

9° Si l'on s'apercevait après un certain temps d'observation que la transformation est incomplète, ou même s'il survenait plus tard une récidive, on a toute facilité pour recourir à de nouvelles injections.

M. LE FORT rappelle avoir fait, en 1879, à la Société de chirurgie, une communication sur la possibilité de modifier les fongosités articulaires à l'aide d'injections interstitielles ou intra-articulaires de sulfate de zinc. Il avait constaté, qu'autour du foyer de l'injection, les fongosités devenaient de suite plus consistantes et, qu'au bout d'un certain temps, elles diminuaient de volume; dans quelques cas même, il a pu obtenir la guérison. Il a présenté un de ces malades, à la Société de chirurgie, qui marchait bien à la suite de ce traitement.

Depuis douze ans, M. Le Fort a eu recours de temps en temps à cette pratique et il a constaté des améliorations notables chez des malades atteints de tumeur blanche, surtout lorsque le traitement était appliqué au début de l'affection. Il ajoute cependant que la guérison était souvent plus apparente que réelle et, qu'au bout d'un certain temps, il n'était pas rare de voir la maladie reprendre son cours. Il se servait, pour ces injections, de solutions à 1/10e et en injectait de x à xx gouttes. Il n'a jamais eu d'accidents. Toutefois, il préfère aux injections interstitielles de sulfate de zinc, les piqûres électrolytiques.

M. LANNELONGUE répond à M. Le Fort que sa méthode est totalement différente, en ce qu'il se sert du chlorure de zinc et non du sulfate de zinc, en ce qu'il ne fait pas d'injections interstitielles, ni d'injections intra-articulaires.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

En raison de la Fête nationale, il n'y aura pas de séance mardi 14 juillet à l'Académie de médecine.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er juillet 1891, une médaille d'honneur en bronze a été accordée à M. le docteur Tondut, médecin à bord du paquebot *le Béarn*, de la Compagnie des transports maritimes, pour le dévouement et les soins consciencieux qu'il a apportés dans l'exercice de ses fonctions, en prescrivant et faisant exécuter les mesures propres à empêcher la propagation de la fièvre jaune à bord de ce navire.

— La Société d'hypnologie, fondée en 1889, pour l'étude des applications cliniques, médico-légales et psychologiques de l'hypnotisme, tiendra sa réunion annuelle, le lundi 20 juillet 1891, à quatre heures, au palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. Dumontpallier, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Ordre du jour : 1° Présentation de nouveaux membres; 2° Organisation du deuxième Congrès international de l'hypnotisme en 1892; fixation du lieu et de la date du prochain Congrès; 3° Questions mises à l'étude : *a.* Des rapports de l'hystérie avec l'hypnotisme; *b.* Les suggestions criminelles et la responsabilité pénale; *c.* De l'influence que certaines impressions psychiques ressenties par la mère peuvent exercer sur le fœtus; 4° Communications diverses.

La réunion de la Société comprendra plusieurs séances, dont l'heure sera fixée ultérieurement. — Adresser les communications à M. le docteur Bérillon, secrétaire général, 40 bis, rue de Rivoli.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Girou de Buzareingues, ancien député de l'Aveyron.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme, professées à l'hôpital du Midi, par R. Du Castel, médecin des hôpitaux de Paris. — Prix : 6 francs, — Paris, O. Doin.

La pratique de l'hydrothérapie, par E. Duval, médecin en chef de l'Institut hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe, préface par le professeur Peter. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences (1891). 1 vol. in-16 de 360 pages avec figures, cartonné. — Prix : 5 francs. — Ce volume fait partie de la Bibliothèque du médecin praticien. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, par le docteur Jules Rochard. T. III, fasc. IV : *Hygiène urbaine, habitations*. 1 vol. in-8° avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

De l'uréthrotomie externe, les indications et les soins post-opératoires, par le docteur Charles Vien. Broch. gr. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, G. Masson.

Étude sur l'adénie ou pseudo-leucémie (maladie de Hodgkin), par Jean Crocq fils. In-8°. — Prix : 3 francs. — Bruxelles, H. Lamertin.

Contribution à l'étude de la muqueuse intestinale, remarques sur les villosités, par le docteur Benoit. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le traitement de la tuberculose par la méthode Koch. Leçons faites par les docteurs J. Grasset et E. Estor. Broch. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, G. Masson.

De la circoncision : indications et manuel opératoire, par le docteur G. Felizet, chirurgien des enfants de l'hôpital Tenon. In-8° avec 10 figures. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. De l'urobilinurie, par M. le docteur Paul TISSIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté. — Embarras gastrique. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

De l'urobilinurie.

Par M. le docteur Paul TISSIER,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté.

I

Cette Revue pourrait être intitulée : *De l'insuffisance de la cellule hépatique*, considérée dans sa *fonction sécrétoire de la bile* ou, plus exactement, *pigmentaire*. Les altérations de la cellule hépatique sont fréquentes, c'est là une proposition que nous ne nous attarderons pas à démontrer, et nous n'entendons parler ici que des altérations saisissables, par nos moyens d'investigation, sous le champ du microscope. Mais si l'on songe à la haute différenciation physiologique de cet élément cellulaire, on comprendra facilement qu'il peut exister dans sa nutrition des troubles que nous ne pouvons apprécier directement, *de visu*, mais que les altérations consécutives de ses fonctions peuvent nous servir à déceler et à évaluer au moins d'une manière approximative.

La séméiologie du foie est relativement fort pauvre, si l'on en veut bien peser les termes. Les affections hépatiques, bien souvent, restent latentes, surtout dans la première période de leur évolution, c'est-à-dire à une époque où les chances de guérison sont beaucoup plus grandes, les lésions étant encore peu avancées. Supposons un individu dont le foie est lésé, et lésé dans son élément noble, dans sa cellule sécrétante, il se peut, et le fait n'est nullement exceptionnel, qu'aucun des symptômes ordinaires des lésions hépatiques ne dirige l'attention du côté de cet organe. Le volume est normal, les sensations subjectives nulles, l'ascite, la circulation collatérale font défaut, la rate n'est pas hypertrophiée, il n'existe aucune coloration ictérique de la peau, etc. Cependant, la nutrition générale peut être assez profondément troublée. Comment arriver à la connaissance de l'altération du foie? L'on a proposé, pour juger l'état de la cellule hépatique, la recherche de la *glycosurie alimentaire*: c'est un moyen toujours fastidieux, long et parfois même infidèle.

Au lieu de s'adresser à la fonction glycogénique de la cellule hépatique, interrogeons sa fonction pigmentaire, et cela, nous le pouvons faire facilement et rapidement par l'examen des urines et des troubles de cette dernière fonction, nous pourrons ainsi conclure directement à l'état de la cellule hépatique elle-même.

Plus élémentaire que la recherche de l'albumine dans l'urine, celle des pigments biliaires anormaux donne, sur l'état du foie, des renseignements *plus précis* que la constatation de l'albumine sur l'état des reins.

II

Nous n'avons pas l'intention de faire un *historique* détaillé de la question de l'urobilinurie. L'urobiline fut isolée d'abord par Jaffé, qui l'étudia cliniquement et indiqua sa séméiologie générale dans une série de mémoires, qui constituent encore, à l'heure actuelle, des documents de premier ordre, où beaucoup d'auteurs se sont bornés à puiser, sans y rien ajouter. Dans un travail postérieur, Disqué a repris la question, surtout au point de vue chimique, en insistant sur les relations qui unissent l'urobiline et les pigments biliaire et sanguin. Citons, à ce point de vue, en France, les recherches de Méhu.

En possession d'une base solide, les cliniciens s'empressèrent de rechercher la signification de l'urobilinurie. Ces travaux sont restés sans grand retentissement, aussi longtemps que l'urobilinurie fut rapportée à des origines variables (théorie intestinale, hématique, pigmentaire). L'observation imparfaite des conditions cliniques du syndrome urobilinurie, conduisit même à des conclusions, que les travaux récents ont démontré mal fondées. Nous voulons parler de la conception de l'ictère urobilique qui eut, jusqu'à ces derniers temps, un certain succès, surtout en Allemagne.

Aussi, malgré les recherches de Quincke, de Kunkel, de Cordua, de Gerhardt, de Leube, etc., en Allemagne, de MM. Poncet, Kiener et Engel, en France, la question pathogénique resta-t-elle entourée d'obscurités, et, dès lors, le syndrome urobilinurie, étant dépourvu de signification précise, ne trouva-t-il que fort peu de crédit auprès des cliniciens.

C'est à M. le professeur Hayem que revient la part fondamentale dans l'histoire de l'urobilinurie. Ce fut lui, en effet, qui démontra la relation qui existe entre les lésions du parenchyme hépatique et l'apparition de l'urobiline dans les urines, qui fit, en un mot, de l'urobiline le pigment de l'insuffisance hépatique, entendue dans un tout autre sens d'ailleurs que celui de Gubler et de MM. Robin et Dreyfus-Brisac, dont les noms devaient trouver leur place dans ce court historique.

Nous avons consacré, à cette question de l'urobilinurie, une partie de notre thèse inaugurale, écrite sous l'inspiration des remarquables travaux de M. le professeur Hayem.

Nous allons nous efforcer d'en présenter ici, sous un aspect moins dogmatique et peut-être moins aride, les conclusions principales.

III

Prenons le cas le plus simple : il n'existe pas trace d'ictère, les urines sont en apparence normales et ne contiennent, comme pigment d'origine hépatique, que de l'urobiline.

Quel est le moyen de rechercher cette urobiline ? Nous ne décrirons que le procédé le plus usuel, celui qui donne les résultats les plus rapides, d'autant mieux qu'ils sont en même temps très précis. La réaction spectrale de l'urobiline est, en effet, très sensible et absolument caractéristique.

On verse dans un tube à essai ordinaire de l'urine fraîche. On a soin de se servir toujours de tubes du même calibre, si l'on veut évaluer approximativement, par la largeur de la bande d'absorption, la quantité d'urobiline contenue dans l'urine. L'examen se fait à la lumière solaire avec un petit spectroscope à main, instrument peu coûteux et peu encombrant. On place le tube à urine en face de la fente dont est muni le spectroscope à sa partie antérieure, on voit alors entre le vert et le bleu une bande d'absorption de largeur et d'intensité variables suivant la proportion d'urobiline contenue dans l'urine.

Le procédé opératoire est donc on ne peut plus simple.

Nous avons dit qu'il est nécessaire d'examiner l'urine fraîche. En voici la raison. Il existe à côté de l'urobiline une substance qui, en s'oxydant, se transforme en urobiline. Or, cette substance, chromogène de l'urobiline, ne donne aucune réaction spectrale.

Si l'on emploie de l'urine qui a séjourné un certain temps à l'air, le chromogène fixe de l'oxygène, et telle urine, qui d'abord ne donnait aucune réaction au spectroscope, examinée au bout de quelques heures, pourra montrer la bande de l'urobiline.

Si l'on tient à apprécier, et cela peut avoir son intérêt, la proportion de chromogène de l'urobiline contenue dans l'urine, il suffit d'ajouter à l'urine à examiner quelques gouttes d'eau iodo-iodurée ou encore de la porter à l'ébullition après addition d'acide acétique.

Le chromogène se transforme dans ces conditions en urobiline et donne sa bande d'absorption à l'examen spectroscopique.

Il nous reste à signaler une autre cause d'erreur; si l'urine urobilique examinée a séjourné pendant quelque temps à l'air, l'urobiline se transforme en corps, sans doutes isomériques, donnant aux solutions une coloration rouge plus foncée, et qui semblent représenter des anneaux dans la chaîne qui réunit l'urobiline d'une part, et les pigments biliaire et sanguin d'autre part.

A l'examen spectroscopique, on note alors un obscurcissement plus ou moins marqué de la partie droite du spectre, la bande de l'urobiline persiste mais s'étale vers le bleu et le violet, et on peut se demander alors si l'on ne se trouve pas en présence de pigments biliaires (bilirubine ou pigment rouge). Nous reviendrons sur ces pigments dans un instant.

Si l'urine contient peu d'urobiline, on peut employer un procédé plus long, mais relativement simple : traiter l'urine par le sulfate d'ammoniaque, qui précipite les pigments, et reprendre le précipité par une faible quantité de chloroforme qui dissout l'urobiline.

On examine alors directement au spectroscope la solution chloroformique.

Ce procédé est aussi à recommander lorsque l'urobiline s'est modifiée au contact de l'air.

Si l'on veut isoler le chromogène, on emploiera le procédé de Winter, qui a fait de ces questions une étude spéciale, et dont nous aurons maintes fois à rappeler les travaux. Ce procédé consiste à reprendre le précipité, obtenu par le sulfate d'ammoniaque, par l'éther qui a la propriété de dissoudre le chromogène qui se conserve bien en solution éthérée.

Quelques renseignements encore sur la bande de l'urobiline. Pour s'habituer à la saisir, il importe de choisir tout d'abord des urines fortement urobiliques et, à ce point de vue, il faut signaler, en première ligne, celles de la pneumonie, du rhumatisme articulaire aigu, de la cirrhose alcoolique.

La bande, de largeur variable, suivant la proportion d'urobiline contenue dans le liquide examiné, siège, avons-nous dit, entre le vert et le bleu ; elle laisse passer un certain nombre de rayons bleus.

Si l'urine contient en même temps des pigments biliaires, toute la partie droite du spectre est éteinte; pour déceler l'urobiline en pareil cas, on se sert d'un artifice reposant sur la diffusibilité très grande de ce pigment. On verse, avec précaution, de l'eau au-dessus du liquide à examiner, l'urobiline diffuse la première dans l'eau ajoutée et on peut alors y déceler sa bande d'absorption.

Ainsi, résumant les conditions dans lesquelles nous nous sommes placé, nous trouvons de l'urobiline seule, ou associée au chromogène de l'urobiline, dans l'urine. Nous pouvons ajouter que le sérum sanguin ne renferme aussi que ces pigments, puisque nous avons admis qu'il n'existait aucune stase biliaire.

Nous sommes donc dans les conditions de l'urobilinurie pure, syndrome fréquent en clinique.

IV

Quels sont les signes propres de ce syndrome, dans quelles conditions se présente-t-il, quelle est sa signification, quelle en est la pathogénie ?

La *coloration* des urines urobiliques est variable et on ne peut toujours conclure de son intensité à la proportion d'urobiline qu'elles contiennent. Aussi l'emploi du spectroscope est-il indispensable, bien qu'en régle générale, l'urine urobilique soit d'un jaune plus ou moins rouge. D'après Winter, qui nous a fait constater le fait, les solutions d'urobiline présentent une teinte rouge, assez franche, avec

quelques tons rosés sur les bords, surtout lorsqu'on les agite.

Le *dichroïsme* est un caractère moins trompeur. Voici en quoi il consiste : tandis qu'examinée par transparence, l'urine urobilique présente une teinte jaune plus ou moins orangée, vue à la lumière réfléchie, elle prend une coloration rouge souvent très intense. Cet examen est extemporané, il suffit de regarder la couche supérieure du liquide.

Les *téguments*, les muqueuses des urobilinuriques purs, ne présentent *aucune coloration anormale*, et cela s'explique si l'on songe au faible pouvoir tinctorial de l'urobiline ; nous avons rapporté, ailleurs, le résumé de nos recherches et de nos expériences concordant d'ailleurs avec celles de MM. Kelsch et Kiener et de M. le professeur Hayem.

L'on a prétendu quelquefois le contraire et cette opinion a fait la base de la théorie de l'ictère urobilique, édifiée en Allemagne en face de la théorie française de l'ictère hémaphéique de Gubler. Elle est encore acceptée par la plupart des pathologistes d'Outre-Rhin et elle a pour elle les apparences, il faut le reconnaître, mais rien que les apparences. Nous reviendrons dans une Revue ultérieure sur la nosologie des ictères, sur cette importante question; il est impossible, cependant, que nous n'en disions pas un mot ici et que nous ne justifiions pas notre opinion, qui est, d'ailleurs, celle défendue, avec le talent que l'on sait, par notre éminent maître, M. le professeur Hayem. Et nous disons opinion et non pas théorie, car toute théorie suppose, au moins, une petite part d'hypothèse et ici nous n'apporterons que des faits, rien que des faits indiscutables.

Nous avons dit que la théorie de l'ictère urobilique avait pour elle les apparences et, en effet, on voit assez souvent, en clinique, des malades, atteints d'ictère léger, quelquefois d'ictère foncé, pouvant même dater d'un certain temps — et nous en avons rapporté plusieurs exemples dans notre thèse — malades dont l'urine ne contient que de l'urobiline en fortes proportions et pas traces de pigments biliaires.

Voilà le fait, et, nous le répétons, il n'est pas excessivement rare, puisque Kelsch et Kiener admettent même que l'urobilinurie s'accompagne toujours d'un léger degré de stase biliaire et d'ictère.

Sans nous arrêter à discuter cette théorie, disons seulement qu'elle est contredite par les nombreux faits cliniques dans lesquels l'urobiline existe seule dans l'urine et dans le sérum sanguin. Mais il n'en reste pas moins établi qu'il peut exister de l'ictère chez les sujets dont l'urine est simplement urobilique.

Il suffit, pour en avoir la clef, d'examiner le sérum sanguin, par la méthode si simple de M. le professeur Hayem.

On trouve alors dans le sérum à la fois de l'urobiline et des pigments biliaires. C'est à ceux-ci qu'il faut attribuer la coloration des téguments. En faut-il d'autres preuves? L'examen spectroscopique de la sueur, celui des tissus ictériques après la mort donnent les mêmes résultats, ainsi que nous l'avons établi dans notre thèse.

Reste à expliquer pourquoi, dans ces cas, l'urobilinurie existe seule dans l'urine.

La diffusibilité de l'urobiline, que nous avons déjà utilisée pour la recherche de ces pigments dans l'urine, nous permet de concevoir pourquoi elle passe plus facilement à travers le filtre rénal.

Comme conclusion, nous ne pouvons que répéter ce que nous disions dans notre thèse : l'urobiline, quelle que soit son abondance, peut exister dans les tissus, dans les divers liquides de l'organisme et dans l'urine, sans qu'il y ait trace de coloration ictérique des téguments.

L'urobilinurie peut être *passagère* ou *habituelle*.

Passagère, elle est ordinairement, mais pas toujours, peu abondante, elle se montre à la suite d'un excès, d'une fatigue, d'un accès fébrile.

C'est là un cas relativement fréquent. Il s'observe tous les jours chez les malades des hôpitaux, dont l'urobilinurie, relativement abondante au moment de leur entrée, ne tarde pas à décroître et même à disparaître complètement.

Habituelle, l'urobilinurie est un syndrome beaucoup plus grave. Elle indique, en effet, que les cellules hépatiques sont atteintes, d'une façon définitive, et se voit surtout dans l'alcoolisme, dans la tuberculose, dans le saturnisme, etc.

Elle est susceptible de s'accentuer, à l'occasion de toute cause capable d'activer la déglobulisation ou de produire des troubles circulatoires du côté du foie. Elle ne devient jamais nulle.

V

Avant d'entrer dans l'étude des conditions cliniques, dans lesquelles se montre l'urobilinurie, nous ne pouvons passer sous silence la théorie de Bogomoloff qui avait admis que celle-ci était proportionnelle à l'intensité de la fièvre.

Réfutée déjà par Disqué, cette théorie ne résiste pas à l'épreuve clinique qui montre, comme nous le verrons plus loin, que l'urobilinurie n'appartient pas au processus fébrile. L'exemple de la fièvre typhoïde est fort probant à ce point de vue.

De la théorie de Bogomoloff, il reste ce point vu par Jaffé, que certains accès fébriles, à invasion brusque, provoquent très facilement l'apparition de l'urobiline dans l'urine.

De la séméiologie générale du chromogène de l'urobiline, nous ne dirons, pour le moment, que fort peu de choses. Nous l'avons rencontré, en proportion considérable, dans des circonstances assez variables, chez des sujets en apparence sains, à la suite d'une crise urobilinurique, et chez des sujets à foie très profondément altéré.

Hémorrhagies. — L'urobilinurie est fréquente à la suite des grandes extravasations sanguines (Poncet, Gerhardt, Dick, Bergmann).

Voici ce qui se passe en pareil cas. Une quantité assez considérable d'hémoglobine se trouve mise en liberté, au niveau des foyers hémorrhagiques. Le foie, auquel cette hémoglobine est apportée par la circulation, la transforme en pigments. S'il est sain, si la quantité de pigment sanguin à transformer n'est pas trop considérable, il la mène à l'état de bilirubine, et, par suite de l'hypercholie pigmentaire qui en résulte, la bile devient épaisse, visqueuse. S'il est au contraire altéré, s'il ne peut suffire à sa tâche, il y a production d'urobiline.

Aussi l'urobilinurie est-elle seulement légère ou même nulle, si le foie est sain, et devient-elle très marquée, s'il est lésé ou lorsque, par suite de l'excès de matériaux à élaborer, son insuffisance, d'ordinaire latente, dans les conditions habituelles, devient manifeste.

Alcoolisme. — Le foie est rarement indemne chez les buveurs, aussi l'urobilinurie est-elle excessivement fréquente chez ces malades. Et c'est, sans doute, à l'alcoolisme qu'il

faut attribuer l'extrême fréquence de ce syndrome chez les malades des hôpitaux, qui, très souvent, ne présentent absolument aucun autre signe d'altération du foie.

C'est dire combien l'examen des urines est précieux, au point de vue diagnostique, chez de pareils malades; chez eux, d'ailleurs, l'urobilinurie offre sa marche habituelle. Sous l'influence d'une simple courbature, d'un excès, d'un écart de régime, d'un état gastrique, elle s'exagère considérablement, pour redescendre à un taux faible, mais fixe, sous l'influence du repos et du régime.

La sécrétion biliaire est constamment altérée, et, à l'autopsie des vieux alcooliques, on peut déceler des quantités notables d'urobiline dans la bile contenue dans la vésicule.

L'importance du rôle urobilinigène de l'alcool est de premier ordre. C'est un facteur qu'il faut toujours rechercher et qui explique la variabilité de l'urobilinurie au cours de certaines affections fébriles.

L'urobilinurie, habituellement nulle ou insignifiante dans la fièvre typhoïde, devient manifeste et très accusée, lorsque la dothiénentérie survient chez un alcoolique; nous aurions pu choisir nombre d'autres exemples, celui-ci est un des plus typiques, il est en outre de première importance, au point de vue pronostic; il n'était pas inutile, quoique nous devions y revenir, de le signaler dès maintenant.

Saturnisme. — A elle seule, l'intoxication saturnine peut déterminer l'urobilinurie, ainsi qu'on pouvait le soupçonner *a priori*, étant donné l'action du plomb sur les globules sanguins et sur le foie lui-même. Cette urobilinurie ne dépasse pas une certaine intensité, sauf lorsqu'il existe une intoxication parallèle, surajoutée, lorsqu'en un mot le saturnin est en même temps un alcoolique.

Intoxication oxycarbonée. — Vers le troisième jour qui suit l'intoxication, apparaît une décharge urinaire urobilique qui se poursuit, pendant quelques jours, d'autant plus longtemps que l'intoxication a été plus profonde.

Chlorose. — L'urobilinurie légère n'est pas très rare dans la chlorose. Elle nous a paru plus abondante chez les chlorotiques dyspeptiques, surtout au moment de leur entrée à l'hôpital, où l'on note parfois une faible hyperthermie. Cette urobilinurie relève dans un certain nombre de cas du foie. D'autres fois, elle a pour origine l'exagération de la déglobulisation. L'urobilinurie de la chlorose n'est, cependant, pas, en règle générale, un exemple d'urobilinurie anhépatogène, suivant l'expression de Quincke.

Nous ne ferons que signaler l'existence de l'urobilinurie dans l'*anémie pernicieuse progressive*, l'*hémoglobinurie paroxystique* (Hayem), la *leucocythémie*, l'*impaludisme*, etc.

Assez rare dans les *fièvres éruptives*, l'urobilinurie est plus fréquente dans la *grippe*, la *diphthérie* et dans l'*érysipèle*, surtout chez les sujets alcooliques où elle devient très marquée; mais, parmi les pyrexies, c'est dans le *rhumatisme articulaire aigu* qu'elle atteint son maximum. Or, s'il n'est guère possible ici d'invoquer une altération saisissable du foie, il faut, sans doute, rapporter l'urobilinurie à une modification nutritive de ses cellules, produite par le passage dans l'organe de matières pyrétogènes et peut-être d'organismes pathogènes (Hayem).

Que l'urobilinurie soit très marquée, il n'y a rien que de très compréhensible, si l'on songe que, si c'est le degré de la lésion hépatique qui mesure la déviation de la fonction biliaire, c'est celui de la déglobulisation qui en règle l'intensité. Or, on sait combien rapide et combien marquée (Hayem) est la déglobulisation dans le rhumatisme, la fièvre « blanche » des anciens auteurs.

Fièvre typhoïde. — Gubler et ses élèves avaient déjà noté la rareté de l'hémaphéisme dans la fièvre typhoïde et attribué sa présence à des complications. Nous avons repris la question et nous sommes arrivé aux conclusions suivantes : L'urobilinurie est un syndrome qui n'appartient pas en propre à la fièvre typhoïde, son existence est contingente et relève de causes diverses (alcoolisme, accidents pulmonaires, etc.); lorsque l'urobilinurie est abondante et persistante, on est en droit de conclure que le foie est gravement lésé et le pronostic est singulièrement assombri.

Embarras gastrique. — Au contraire, l'urobilinurie est habituelle dans l'embarras gastrique et cela, le plus souvent, en raison de son étiologie et de son évolution, c'est même là un des bons signes de diagnostic entre cette affection et la fièvre typhoïde (Hayem).

Les *phthisiques* doivent être rangés en plusieurs catégories au point de vue de l'urobilinurie, suivant la nature et l'évolution de leurs lésions.

L'urobilinurie est habituellement légère et peut manquer dans la tuberculose chronique vulgaire, torpide. Dans quelques cas, nous n'avons trouvé que du chromogène. Ce qui manque à ces malades pour fabriquer de l'urobiline, ce n'est pas l'altération du foie, ce sont les matières premières destinées à la fabrication. Et la preuve, c'est que l'urobilinurie devient manifeste ou s'accentue au moment des poussées aiguës, à l'occasion des hémoptysies, où elle est à son acmé, dans toutes les circonstances, en un mot, où il y a destruction rapide et abondante des globules rouges.

Il en est de même dans les formes aiguës et dans la granulie, c'est un caractère important de diagnostic de cette dernière avec la fièvre typhoïde.

Ajoutons que plusieurs auteurs : Cavallero, Agella et Solara, ont signalé des poussées d'urobilinurie abondante chez les phthisiques soumis aux injections de lymphe de Koch. Cette poussée s'explique par la déglobulisation qu'entraîne la tuberculine, par la fièvre qu'elle détermine, et peut-être aussi par une action directe sur le processus tuberculeux et sur le parenchyme hépatique.

La *pneumonie* est la maladie essentiellement urobilinigène. Dans tous les cas de pneumonie avec urobilinurie intense, terminée par la mort, nous avons trouvé des altérations du foie. Nous ne pouvons évidemment généraliser cette donnée, mais nous croyons que, bien rarement, en pareil cas, le foie est sain, qu'il s'agisse de lésions antérieures (alcoolisme), de troubles circulatoires, ou d'altérations nutritives, secondaires à l'infection. Dans ces conditions, on comprend que le foie ne puisse suffire en présence de l'afflux considérable d'hémoglobine qui se produit, à la suite de l'hépatisation pulmonaire. L'analyse spectrale des crachats de pneumoniques nous a montré qu'on ne pouvait admettre la transformation *in situ* de l'hémoglobine en urobiline.

Nous n'avons rien de spécial à ajouter pour l'urobilinurie de la *pleurésie*, légère sauf dans la *pleurésie hémorrhagique*, des *angines*, des *affections stomacales*, des *diarrhées chroniques* et des *maladies du cœur ou des poumons*.

Dans ces dernières, l'urobilinurie manque rarement, elle est proportionnelle à l'état de congestion du foie et permet de mesurer les degrés de l'altération de ses cellules.

La *lactation* et la *puerpéralité* déterminent, comme on sait, des troubles nutritifs de la cellule hépatique, et, à ce point

de vue, elles agissent comme l'alcool pour augmenter l'urobilinurie dans les maladies aiguës (Hayem), dont on a reconnu depuis longtemps la gravité.

Il nous reste à étudier l'urobilinurie dans les *maladies du foie*; on peut dire, en règle générale, que l'urobilinurie est d'autant plus constante que la cellule hépatique est plus directement intéressée.

L'urobilinurie est surtout fréquente dans les *cirrhoses* avec altération de la cellule hépatique, *cirrhose des buveurs*, *cirrhose des tuberculeux*. Elle n'y fait, pour ainsi dire, jamais défaut.

Lorsqu'on examine au spectroscope les urines de ces malades, la proportion d'urobiline qu'elles contiennent peut être telle, que toute la partie droite du spectre est assombrie. Pour apercevoir nettement, dans ces cas, la bande de l'urobiline, une précaution indispensable doit être prise : elle consiste à diluer l'urine. Il faut quelquefois l'étendre de plusieurs fois son volume d'eau.

En second lieu, il ne faut pas perdre de vue que, chez un cirrhotique, au repos, soumis au régime lacté, le taux de l'urobiline s'abaisse notablement. Le chiffre de l'urobilinurie permanente a une importance directe et de premier ordre, au point de vue du pronostic. Inutile d'ajouter que ce chiffre s'élève à l'occasion des poussées aiguës.

Dans la *cirrhose hypertrophique biliaire* pure de Hanot, l'urobiline peut manquer totalement. Cette absence s'explique par l'intégrité fréquente des cellules hépatiques dans cette maladie (Schachmann).

De toutes les lésions du foie, la *dégénérescence graisseuse* est certainement la lésion la plus commune que l'on trouve à l'autopsie chez les sujets qui ont, pendant la vie, présenté de l'urobilinurie. Cette relation a été solidement établie par les recherches de M. le professeur Hayem.

Nous avons déjà insisté sur l'urobilinurie dans la *cirrhose cardiaque*, nous n'y reviendrons pas.

Qu'il nous suffise d'ajouter que l'urobilinurie de la cirrhose existe déjà à une époque où l'on ne trouve encore aucun autre symptôme de cette maladie et que, par suite, elle possède une valeur diagnostique de premier ordre. « Dans plusieurs cas, où l'examen des urines m'a conduit à considérer comme très probable l'existence d'une cirrhose du foie, j'ai eu l'occasion de revoir les malades et de vérifier, quelques mois plus tard, l'exactitude de mon diagnostic » (Hayem).

Dans le *cancer avec cirrhose*, l'urobilinurie est constante et abondante, elle est plus légère dans les autres variétés de *cancer*, et peut même manquer (on ne trouve alors que du chromogène) dans certains cas (diminution de la partie sécrétante du foie, ralentissement énorme de la destruction globulaire).

L'ictère *catarrhal*, survenant chez des sujets à foie sain, ne s'accompagne pas d'urobiline. Néanmoins, on peut en trouver à la fin de l'ictère, le parenchyme hépatique, d'abord sain, s'étant secondairement altéré. Il en est autrement, et c'est de beaucoup l'éventualité la plus commune, lorsque cet organe est antérieurement lésé.

Le premier symptôme est alors de l'urobilinurie, urobilinurie prodromique. En raison de sa plus grande diffusibilité, l'urobiline passe dans le sang, et de là dans l'urine, avant les autres pigments.

Puis survient l'ictère, d'abord léger. Les pigments biliaires passent dans le sang, il n'existe encore que de l'urobiline dans l'urine.

A la période d'état, on trouve des pigments biliaires à côté de l'urobiline dans le sérum et dans l'urine. Enfin, à la période terminale, les pigments biliaires disparaissent de l'urine, seule l'urobiline persiste (urobilinurie clôturale).

Dans l'*ictère grave*, l'urobiline existe dans les urines, à côté des pigments biliaires normaux et modifiés. On sait qu'il existe des cas d'ictère grave, dans lesquels, à l'autopsie, on ne trouve pas les lésions de l'atrophie jaune aiguë; eh bien! alors l'urobilinurie fait défaut. Nous en avons rapporté un exemple caractéristique dans notre thèse. L'absence d'urobiline dans les urines nous avait permis de songer à l'absence des lésions habituelles du côté du foie.

Nous en aurons fini, avec cette Revue rapide et très incomplète, d'ailleurs, lorsque nous aurons dit que l'urobilinurie est ordinairement habituelle, mais assez légère, chez les *cachectiques*.

Pour ne pas compliquer cet exposé des circonstances où l'on observe de l'urobilinurie, nous avons négligé à dessein d'insister sur la présence fréquente du chromogène de l'urobiline et de sa signification. La plupart des auteurs confondent, d'ailleurs, ces deux substances à ce point de vue. Quoique nous croyions qu'il y ait lieu de faire à ce sujet plus d'une réserve, nous renvoyons sur ce point à notre thèse inaugurale.

VII

L'urobiline est un pigment que l'on peut obtenir, *in vitro*, en partant soit de l'hémoglobine (Hoppe-Seyler, Hayem) soit de la bilirubine (Maly, Disqué, Winter). Cette transformation peut aussi se produire dans l'organisme. M. le professeur Hayem a trouvé de l'urobiline dans les épanchements hémorrhagiques pleuraux ou péritonéaux assez anciens. D'autre part, on sait aujourd'hui que la stercobiline de Van Lair et Masius, contenue en abondance dans les matières fécales et provenant de la réduction de la bilirubine, versée dans l'intestin par le canal cholédoque, est identique à l'urobiline.

De là deux origines théoriquement possibles à l'urobiline : *origine hématique*, *origine pigmentaire*.

La première hypothèse invoquée pour expliquer l'urobilinurie (Maly, Kunkel, Robin, Quincke) fut la résorption au niveau de l'intestin (théorie de la *résorption intestinale*). Elle a été bientôt abandonnée, même par ses promoteurs. Comment expliquer, en effet, l'absence d'urobiline dans les urines normales; comment expliquer l'urobilinurie survenant chez le sujet dont les voies biliaires sont fermées et les matières fécales décolorées?

Georges Hoppe-Seyler, élève de Quincke, qui semble ignorer parfaitement d'ailleurs les travaux français, a recherché l'urobiline par un procédé qui ne diffère pas essentiellement du procédé classique, mais au lieu de s'en tenir à la méthode spectroscopique, il a employé celle des pesées. Il conclut de ses recherches, dans un travail tout récent, que la quantité d'urobiline contenue dans les urines augmente à la suite des extravasations sanguines, de la stase stercorale, de la stase biliaire, si la diurèse est abondante ou si la bile arrive encore dans l'intestin; dans le cas contraire, l'urobilinurie est moins abondante qu'à l'état normal. Il en est de même à la suite de l'ictère, et dans les maladies qui diminuent l'activité fonctionnelle du foie (cachexie, anémie intense, inanition, etc.). Il a trouvé le chiffre de l'urobiline

abaissé dans la tuberculose miliaire, la phthisie à marche rapide, l'empyème, etc.

C'est, on le voit, la négation de toutes les idées que nous avons soutenues. Il faut, sans doute, en chercher l'explication dans la méthode même employée par l'auteur, qui l'a conduit à admettre une urobilinurie physiologique, oscillant entre 0,08 et 0,14. La méthode des pesées a un semblant de précision mathématique que n'a pas la méthode spectroscopique. Mais est-ce bien toute l'urobiline et rien que l'urobiline qu'a pesée l'auteur. Là est la question, et si l'on songe qu'avec Disqué, avec M. le professeur Hayem, avec Winter, nous n'avons jamais trouvé d'urobiline chez les individus sains, que l'urobilinurie est remarquablement fréquente dans les anémies, dans les états cachectiques, dans la phthisie, ainsi que le démontrent et l'examen spectral et l'examen par les méthodes chimiques, on conviendra que les résultats auxquels est arrivé l'élève de Quincke sont rien moins que probants.

La théorie *pigmentaire* a trouvé plus de défenseurs (Kunkel, Quincke, Kiener et Engel, etc.) et récemment encore elle était invoquée par G. Hoppe-Seyler, dans son travail paru dans les *Archives de Virchow*.

D'après cette théorie, l'urobiline proviendrait de la réduction du pigment biliaire déposé dans les tissus. A l'appui de cette théorie, Gerhardt et ses élèves ont invoqué la fréquence de l'urobilinurie clôturale de l'ictère. Mais elle peut s'expliquer autrement (Hayem) et, en outre, les preuves ne manquent pas pour démontrer jusqu'à l'évidence l'absence de tout fondement de cette hypothèse.

L'urobiline n'existe pas dans la peau des ictériques, même lorsque l'ictère est ancien (Kunkel, Hayem); d'autre part, nous avons suivi des ictériques chez lesquels l'urine et le sérum n'ont pas présenté trace d'urobiline pendant des semaines et des mois, ce qui n'aurait pas eu lieu si l'urobiline provenait de la réduction, même très lente, des pigments biliaires dans les tissus.

En outre, les injections sous-cutanées de bilirubine ne déterminent pas d'urobilinurie.

La théorie pigmentaire ne tient ni devant la clinique, ni devant l'expérimentation. On a alors admis l'origine *hématique* de l'urobiline, et celle-ci pourrait se produire, soit aux dépens du sang extravasé, soit dans le sang circulant.

Théoriquement, la chose est, nous l'avons dit, démontrée possible, mais en clinique les faits sont fort complexes et, par suite, d'interprétation difficile.

Nous ne pouvons entrer dans l'exposé des nombreuses recherches entreprises pour démontrer cette origine (injections sous-cutanées de sang complet, de sang défibriné, d'hémoglobine; injections intra-veineuses d'hémoglobine, d'eau distillée, de sang complet, de sang défibriné, de sérum hémoglobique, expériences avec les poisons du sang, etc.).

On réussit difficilement, chez les animaux de laboratoire à foie remarquablement sain, à provoquer de l'urobilinurie, et nos expériences, à ce point de vue, sont restées négatives.

Cependant un certain nombre d'auteurs, en se plaçant dans des conditions spéciales, ont été plus heureux.

Pour ce qui est du sang extravasé, il semble bien qu'il y ait là une condition nette provocatrice d'urobilinurie, mais surtout lorsque le foie est lésé (expériences de Jaffé, de M. Hayem). Les recherches de M. Poncet, souvent citées à ce propos, sont loin d'être à l'abri de toute critique, et, d'ailleurs, elles ne sont pas probantes.

Néanmoins, comme il est certain que l'hémoglobine peut se transformer en urobiline dans les épanchements hémorrhagiques, et cela directement, c'est-à-dire sans passer par l'état intermédiaire de bilirubine, comme l'ont admis Kunkel, Quincke, MM. Kiener et Engel, il ne faut pas repousser absolument la théorie hématique.

La transformation de l'hémoglobine en urobiline, facile à réaliser *in vitro*, est un moyen pour l'organisme d'éliminer cette hémoglobine déposée dans les tissus, étant donné la solubilité et la diffusibilité de l'urobiline. Néanmoins, nous croyons que ce processus intervient exceptionnellement, ainsi que nous avons pu nous en assurer maintes fois en clinique.

Quant à la production d'urobiline aux dépens de l'hémoglobine, dans le sang circulant, c'est aussi une éventualité tout à fait rare. On a surtout invoqué ce processus dans la chlorose et dans le rhumatisme articulaire aigu, nous avons déjà dit, qu'en réalité, il était bien difficile de mettre dans tous ces cas le foie hors de cause.

Nous en arrivons à la théorie, que nous croyons répondre à l'immense majorité des faits cliniques, théorie dont M. le professeur Hayem a été le promoteur et qui admet que l'urobiline a son origine dans le foie lésé (théorie hépatique).

Dans les conditions habituelles de l'urobilinurie, on ne saurait invoquer ni une destruction globulaire exagérée, ni dans le foie (état de la bile), ni dans le sang circulant (état du sérum). Toutes les fois qu'il a existé pendant la vie une urobilinurie persistante, les cellules hépatiques présentent des lésions atrophiques ou dégénératives; la réciproque est aussi vraie. Il y a donc, à n'en pas douter, relation directe entre la lésion hépatique et le syndrome urobilinurie. Comment comprendre cette relation ?

L'idée de Gubler, qui admettait que, le foie étant devenu incapable d'élaborer tout le pigment sanguin apporté par le sang, ce pigment s'accumulait dans le plasma et s'y transformait, ne peut être acceptée, car on trouve toujours, en pareil cas, de l'urobiline en excès dans la bile. Le foie malade fabrique de l'urobiline comme le foie sain de la bilirubine.

Nous ne pouvons nous attarder à réfuter ici l'opinion contraire de MM. Kiener et Engel. Avec Jaffé, avec Hammarsten, avec M. le professeur Hayem, nous avons, dans tous ces cas, trouvé de l'urobiline dans la bile.

Mais, et c'est ce qui l'en différencie, si l'urobiline est sécrétée par le foie, comme la bilirubine, elle est beaucoup plus diffusible, et sa résorption d'autant plus facile.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler que, *in vitro*, l'hémoglobine se transforme plus facilement en urobiline qu'en bilirubine. Il semble qu'il en soit de même dans le foie, qui, lésé, au-dessous de sa tâche, produit de l'urobiline.

C'est donc bien le pigment de l'insuffisance hépatique, le pigment du foie malade.

Où se produit la résorption ? Au niveau du foie luimême et la grande diffusibilité de l'urobiline nous explique qu'elle puisse être résorbée seule à l'exclusion de la bilirubine, contrairement à l'hypothèse de MM. Kiener et Engel.

Mais si la lésion hépatique est le substratum de l'urobilinurie, elle n'en est pas le seul facteur. Le foie malade sécrète de l'urobiline et il en sécrète d'autant plus qu'il dispose de plus de matériaux.

« C'est l'état du foie qui mesure le degré de l'altération

des pigments qu'il secrète, c'est l'intensité de la déglobulisation qui règle l'abondance de la secrétion de ces pigments modifiés, au même titre qu'elle règle celle du pigment normal. »

On s'explique ainsi les poussées urobiliques si fréquentes en clinique et l'urobilinurie passagère. Si cette dernière a une signification moins fâcheuse, elle n'en révèle pas moins une insuffisance relative du foie. Il va de soi, d'autre part, que les troubles de la circulation hépatique interviennent pour faciliter et la production et la résorption de l'urobiline.

Nous sommes donc en droit de conclure que la recherche de l'urobiline dans les urines est au moins aussi importante que celle de l'albumine. Elle est plus simple et a une signification certainement plus précise. C'est dire toute l'importance des travaux de M. le professeur Hayem, sur le syndrome urobilinurie.

Index bibliographique. — Jaffé. *Centralb. f. d. med. Wiss.*, 1868-1869; et *Virchow's Archiv.*, Bd. XLVII, 1869. — Disqué. *Zeitsch. f. physiol. Chemie*, Bd. II, 1878. — Méhu. *Chimie médicale*, 1870. — Quincke. *Virchow's Archiv.*, Bd. XCV; et *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, Bd. XXXIII. — Kunkel. *Arch. f. Phys.*, 1877; *Berl. klin. Wochens.*, 1888; et *Virchow's Archiv.*, Bd. LXXIX. — Cordua. *Ueb. d. Mechanism d. Resorption d. Blutergusse*, Berlin, 1877. — Gerhardt. *Wiener med. Wochens.*, 1877. — Poncet. *De l'ictère hématique traumatique*, Thèse de Paris, 1874. — Kiener et Engel. *Arch. de physiol. normale et pathol.*, t. XX, 1887. — Hayem. Recherches cliniques sur l'urobilinurie, Société médicale des hôpitaux, 22 juillet 1887; — *Du sang et de ses altérations anatomiques*, Paris, 1889; — Considérations sur la valeur diagnostique et pronostique de l'urobilinurie, Société médicale des hôpitaux, 13 décembre 1889. — Bogomoloff. *Centralbl. f. d. med. Wiss.*, Bd. XIII. — Dick. *Arch. f. Gynækol.*, Bd. XXIII. — Bergmann. *Volkmann's Vortræge*, n° 19. — Lanzkron. Ueber Urobilinurie und Urobilinicterus, *Inaug. Dissert.*, Würzburg, 1888. — Maly. *Ann. Chim. pharmak.*, Bd. CLXI et CLXIII. — Georg. Hoppe-Seyler. Ueber d. Ausscheidung der Urobilins in Krankeiten, *Virchow's Archiv.*, Bd. CXXIV, Heft. 1, s. 30, 1891. — Masius et Van Lair. *Centralbl. f. d. med. Wiss.*, 1871. — D. Gerhardt. Ueber Hydrobilirubin u. s. Beziehung z. Icterus, *Inaug. dissert.*, Berlin, 1890. — Paul Tissier. *Essai sur la pathologie de la sécrétion biliaire*, Thèse de Paris, 1889.— Mya. L'urobilinuria nell'itterizia. *Rivista gener. ital. di clinica med.*, n° 5, p. 106, 1891. — Cavallero. L'urobilinuria nella cura Koch, *Gazetta med. di Torino*, n° 4, 1891. — Agello et Solara. L'urobilinuria nella cura Koch, *Riforma medica*, n° 56, p. 661, 1891.

EMBARRAS GASTRIQUE (1)

Par Albert Mathieu, médecin des hôpitaux.

II

Pathogénie. — L'état saburral, l'embarras gastrique, l'indigestion paraissent être surtout la conséquence d'une auto-intoxication. Des poisons fabriqués dans l'estomac et dans l'intestin agissent à la façon de la nicotine par exemple.

Il faut donc considérer deux choses, la viciation de l'acte physiologique de la digestion qui permet l'élaboration de substances toxiques en quantité anormale, et l'effet de ces poisons eux-mêmes.

Sous certaines influences, il semble que les fonctions motrices et sécrétoires de l'estomac soient simultanément enrayées. L'estomac se distend; la production d'acide chlorhydrique diminue; des fermentations anormales se produisent. Les phénomènes généraux que nous avons décrits se montrent; ils paraissent être le résultat d'une intoxication que l'on peut comparer à celles qui résultent de l'absorption des viandes en voie de décomposition (Bouchard).

Les individus, atteints de gastrite, de dilatation de l'estomac, sont naturellement exposés davantage à semblables accidents. Il en est de même chez ceux dont le foie n'est pas en état de retenir au passage, d'emmagasiner et de transformer les substances toxiques.

La preuve de l'auto-intoxication a été fournie à plusieurs reprises. Dans un cas observé par Sénator, sur un de ses amis, il put constater, pendant une indigestion, la présence d'acide sulfhydrique dans le contenu intestinal et dans les urines. Le gaz avait donc pénétré dans le sang.

Dans un cas rapporté par M. Bouchard, un homme, qui ne pouvait supporter le poisson cuit de la veille et refroidi, en ayant mangé, présenta au bout de huit heures seulement des phénomènes d'indigestion gastro-intestinale. Les microbes représentaient le tiers environ de la masse des matières fécales qui renfermaient 15 milligrammes d'alcaloïdes toxiques par kilogramme; l'urine renfermait, d'autre part, une quantité d'alcaloïdes cinquante fois supérieure à la normale.

Les accidents, ici, ne sont pas immédiats; ils ne se sont montrés que quelques heures après l'ingestion de l'aliment nocif. Pendant ce temps, les microbes se sont multipliés, ils ont fourni des toxiques. Si le poison avait été directement ingéré, cet intervalle n'eût pas été nécessaire, les accidents auraient été presque immédiats. M. Bouchard pense que, sous l'influence de certaines substances, de certains aliments, d'une émotion, la sécrétion gastrique peut se suspendre, l'acide chlorhydrique n'arrête plus les fermentations anormales, les microbes pullulent en liberté et élaborent des matériaux, des alcaloïdes toxiques.

Nous pensons, pour notre part, que certains individus sont particulièrement sensibles à ces influences, et que la suspension ou la viciation des actions chimiques et motrices de l'estomac sont beaucoup plus faciles et beaucoup plus intenses. Les actions réflexes, les influences toxiques sont, chez eux, plus faciles et plus marquées.

Ewald, dans l'indigestion, a recherché deux fois, sur lui-même et sur une autre personne, l'acide chlorhydrique libre dans les substances vomies. Il n'en a pas constaté. Cela est intéressant; il serait très curieux de faire cette recherche à l'aide des moyens d'examen plus parfaits dont on dispose actuellement.

Ewald range, du reste, ces deux faits sous la rubrique: gastrite aiguë. L'existence de la gastrite aiguë n'est ici nullement démontrée. Des troubles d'innervation motrice et sécrétoire suffisent à tout expliquer. Cette doctrine de la gastrite aiguë est le dernier écho des théories de Broussais sur la gastro-entérite. En réalité, nous ne savons rien sur l'état de la muqueuse gastrique en semblable circonstance.

La dénomination de fièvre gastrique n'est guère plus justifiée. Dans l'embarras gastrique fébrile, la fièvre résulte, sans doute, d'une infection. Rien ne démontre que cette infection soit toujours de la même nature, que la première lésion locale qu'elle ait produite soit une gastrite ou une gastro-entérite. Les phénomènes gastro-intestinaux peuvent être tout aussi bien le fait de la maladie générale que de l'irritation locale. En admettant même que les deux éléments coexistent, c'est encore l'état général qui présente l'importance la plus grande. L'infection est démontrée alors par la fièvre, quelquefois par la tuméfaction de la rate, quelquefois, mais plus rarement encore, par l'albuminurie.

L'embarras gastrique n'est, au milieu de tout cela, qu'un complexus susceptible de faire cortège à des états pathologiques de nature diverse. L'embarras gastrique symptomatique d'affections bien déterminées, comme l'amygdalite, la pneumonie, etc., démontre bien l'exactitude de cette façon de voir.

Diagnostic. — Si l'embarras gastrique n'est pas une maladie, mais un complexus symptomatique, ce qui importe c'est de décider de quoi il est symptomatique.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 739.

En fait, la question qui se pose le plus souvent en pratique est de savoir si l'on a affaire à un embarras gastrique simple ou à une fièvre typhoïde. Quand il n'y a pas de fièvre, il n'y a pas de difficulté. Avec de la fièvre, il n'en est pas de même, et le diagnostic est souvent tenu en suspens pendant un certain nombre de jours.

Dans l'embarras gastrique fébrile, la température atteint d'emblée un degré élevé, 39 et 40 degrés. Il n'y a pas l'ascension en gradins de la courbe thermique, relevée dans la fièvre typhoïde. Il y a moins d'abattement général; on n'observe pas l'insomnie complète de la fièvre typhoïde. Les épistaxis sont plus rares que dans cette dernière maladie. Dans l'embarras gastrique on ne voit apparaître ni les taches rosées lenticulaires, ni le ballonnement du ventre. L'albuminurie est en faveur de la fièvre typhoïde. Enfin, au bout de cinq à huit jours, la fièvre disparaît ainsi que les phénomènes morbides, la guérison est rapidement complète.

Cependant, on peut hésiter, maintenant encore, dans un certain nombre de cas, et se demander si l'on se trouve ou s'est trouvé en présence d'un simple embarras gastrique ou d'un cas léger de fièvre typhoïde, d'un de ces cas que l'on désigne sous le nom de typhus levisimus ou ambulatorius. Le bacille typhique à petites doses, ou chez des gens plus résistants, ne peut-il pas être la cause d'accidents relativement légers?

Courbature fébrile et embarras gastrique fébrile ne sont pas des termes synonymes. Ici, ce qui importe c'est l'élément étiologique de détermination facile. On peut distinguer aussi la *courbature de froid*. Nous l'avons fréquemment observée sur les agents des trains. Après un refroidissement prolongé, ils présentent une courbature générale, la face est fatiguée, jaunâtre. La langue est aplatie et présente l'empreinte des dents; signe d'adynamie générale, sur lequel insistait Lasègue. Les urines sont rouges et rares, quelquefois sédimenteuses. Parfois il y a un peu de fièvre. Tout disparaît avec quelques jours de repos.

Pronostic. — Comme il n'y a pas de limite entre la simple indigestion et l'intoxication par des ptomaïnes de viande gâtée, qui peut déterminer rapidement la mort, ainsi que MM. Brouardel et Boutmy en ont, entre autres, rapporté des exemples, on doit admettre qu'il y a des indigestions fort graves.

L'embarras gastrique, intoxication plus lente, ne présente pas de dangers sérieux. Il faut tenir compte, toutefois, de l'existence d'une gastrite ou d'une dilatation permanente de l'estomac. L'embarras gastrique revient alors avec une grande facilité et dure longtemps.

Traitement. — D'une façon générale, le traitement de l'embarras gastrique est assez simple, et les recherches modernes n'ont fait que démontrer le bien fondé des pratiques anciennes. La diète est un excellent moyen; il est bon, tout au moins, de ne donner qu'une alimentation légère; le régime lacté convient très bien : il ne donne que peu prise aux fermentations. Les vomitifs, les purgatifs ont aussi leur utilité; ils amènent l'évacuation de la matière peccante. Quand il s'agit d'embarras gastrique fébrile, surtout avec courbature généralisée, le sulfate de quinine à petites doses peut être réellement utile.

Enfin, il est parfaitement logique de donner de l'acide chlorhydrique dilué, par exemple un demi-verre ou même un verre de la solution d'acide chlorhydrique pur à 4 p. 1000, conseillée par M. Bouchard.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juillet 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

Orchidopexie. — **M. FÉLIZET**, dans les cas d'ectopie testiculaire où il est indiqué d'intervenir, pratique l'excision du crémaster et la suture des piliers avec des fils de soie. M. Marchant accuse les fils de soie de pouvoir devenir le point de départ de complications inflammatoires; M. Lucas-Championnière pense éviter ce danger en recourant au catgut; M. Berger pratique la dissection du gubernaculum testis. La fixation du testicule, dans ces cas, est un élément secondaire. D'ailleurs, M. Félizet estime que, chez un enfant de moins de dix ans, il n'est pas indiqué d'intervenir dans les cas d'ectopie testiculaire qui ne détermine pas de douleur; mais celle-ci est souvent atroce et c'est elle surtout, qui rend nécessaire l'opération. Sur quatre enfants dont l'âge variait de neuf à quinze ans, et chez lesquels la cause de la douleur était, non pas l'étranglement, mais la contusion déterminée sur le testicule par le crémaster, M. Félizet pratiqua trois fois l'excision de ce muscle, excisa les brides fibreuses et pratiqua la suture des piliers avec des fils d'or. Il arriva ainsi à bien maintenir abaissé le testicule. De ces faits, M. Félizet tire les conclusions suivantes :

1° Chez les enfants atteints d'ectopie testiculaire, la fixation du testicule au fond des bourses est inutile ou dangereuse;

2° L'excision du crémaster facilite la descente du testicule;

3° La suture des piliers avec des fils d'or constitue un véritable varicocèle expérimental, qui s'oppose très bien à la remonte du testicule;

4° Il faut y ajouter l'excision des brides fibreuses, cette excision assurant encore mieux la descente du testicule.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE reconnaît, avec M. Félizet, que la fixation du testicule n'est qu'accessoire, mais, suivant lui, le procédé de M. Félizet, suffisant dans les cas simples et faciles, ne saurait convenir aux cas difficiles. Dans ces cas, en effet, il ne s'agit pas seulement d'empêcher le testicule de remonter, mais il faut le faire descendre. On rencontre parfois une résistance invincible qui s'oppose à cette descente. Dans ces cas, on aura beau couper le crémaster et lier les piliers, on ne fera pas descendre le testicule.

Dans les cas faciles, le procédé de M. Félizet est très avantageux. M. Lucas-Championnière termine en demandant à quelle date remontent les opérations pratiquées par son collègue.

M. FÉLIZET répond que ses malades sont opérés, le premier depuis vingt-deux mois, les deux autres depuis huit et dix mois.

DISCUSSION SUR LE CHOIX DES FILS A SUTURE OU A LIGATURE

M. BOUILLY a cherché à simplifier de plus en plus sa pratique et se sert presque exclusivement de fils de soie. Le catgut ne lui paraît pas présenter d'avantages sur la soie. Celle-ci est rendue plus facilement aseptique que le catgut et donne une constriction plus forte et plus sûre. Soumise à l'ébullition et passée dans une solution de sublimé au millième, la soie présente toutes les garanties désirables au point de vue de l'asepsie.

Pendant quelque temps, M. Bouilly a eu dans sa pratique une petite épidémie de suppuration autour des ligatures et au niveau de quelques points de suture. Il lui a suffi de changer de fils pour y mettre fin et il a maintenant constamment de bons résultats. Il y a enfin une question à réserver, c'est celle de savoir l'influence que peut exercer, sur la septicité des fils, leur passage à travers une paroi abdominale grasse ou une paroi maigre.

M. POZZI préfère le catgut, mais il veut un catgut idéal, prototype, c'est-à-dire absolument aseptique. Dans ces conditions, il lui paraît très supérieur à la soie dans un grand nombre de cas.

Pour les ligatures d'artères, comme moyen d'affrontement ou de suture, comme moyen de fixation dans toutes les pexies, le catgut peut trouver ses indications. Pour les ligatures d'artère, c'est-à-dire pour les ligatures perdues, le catgut est infiniment supérieur à la soie. Il présente également de grands avantages comme moyen d'affrontement ou de suture, pour les sutures perdues du péritoine, etc. Comme il est résorbé, il n'y a pas à craindre qu'il fasse corps étranger. Certains chirurgiens emploient exclusivement le catgut, même pour lier les moignons d'hystérectomie. C'est là une exagération. M. Pozzi préfère la soie pour cette ligature. De même pour les pexies, en général, il em-

ploie plus volontiers la soie comme étant plus résistante que le catgut dont la durée n'est qu'éphémère. La soie est également supérieure au catgut pour les sutures de soutènement.

M. Pozzi, dans certains cas, emploie de préférence les fils d'argent, en particulier comme moyen d'affrontement dans les cavités profondes, le vagin, par exemple, pour les colporrhaphies ou les colpopérinéorrhaphies. Enfin, dans les laparotomies pour pyosalpinx, il peut être dangereux de recourir à la soie qui peut devenir un foyer d'infection ultérieure.

La préparation du bon catgut est délicate et difficile. M. Pozzi le fait conserver dans de l'essence de bois de genévrier. Mais auparavant il y a deux précautions importantes à prendre : il faut le bien dégraisser dans l'éther, le faire sécher, puis le rendre aseptique en le faisant passer à l'étuve à 120 ou 140 degrés, pendant une heure.

M. QUÉNU se range à l'avis de M. Bouilly et préfère, avec lui, la soie comme plus facile à stériliser que le catgut. Avec de la soie aseptique, il n'y a pas à redouter d'infection secondaire. Mais la stérilisation doit être parfaite. Il faut avoir recours à l'étuve, à l'autoclave, et porter la soie à plus de 120 degrés. M. Quénu ne se sert plus exclusivement que de soie stérilisée et il n'a jamais d'accidents de suppuration autour des ligatures ou au niveau des sutures. Il ne se sert de catgut que dans un seul cas, pour les opérations portant sur le col de l'utérus. Dans ces cas, l'infection secondaire, si elle vient à se produire, n'a pas grande importance, et le catgut a l'avantage sur les fils d'argent, d'éviter la petite opération ultérieure nécessitée par l'ablation de ces fils.

M. BAZY s'applique, dans toutes ses opérations, à rechercher la réunion primitive idéale. Il a supprimé le drainage. En pareil cas, la soie peut avoir des inconvénients et c'est pourquoi il préfère, avec M. Pozzi, se servir de catgut et, en particulier, de catgut naphtolé qui est parfaitement antiseptique. Toutefois, dans les salpingectomies, il emploie la soie pour les ligatures, comme mettant plus sûrement à l'abri des hémorrhagies secondaires.

M. TERRIER dit qu'il est très difficile d'avoir du catgut bien aseptique. Il s'est servi, pendant un certain temps, de tendons de kangouro qui lui donnèrent de bons résultats; mais n'ayant pu s'en procurer de nouveau, il a renoncé au catgut, sauf pour la suture du col utérin. Dans tous les autres cas, il se sert uniquement de la soie. Mais il exige que les plus grandes précautions soient prises dans la préparation de cette soie.

Lorsqu'il opère en ville, c'est le docteur Pupinel qui prépare lui-même cette soie, simplement mais parfaitement stérilisée. Il n'a jamais d'accidents, grâce à ces précautions. A l'hôpital, où le personnel est insuffisant et le plus souvent insuffisamment aseptique, il est obligé de prendre encore plus de précautions. Il fait mettre ses fils, simplement enveloppés dans une compresse, dans l'autoclave, puis les fait ensuite bouillir dans une solution de bichlorure.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE se sert, selon les cas, de soie, de catgut, de fils d'argent et de crins de Florence. Il n'a pas de préférence exclusive pour l'une ou l'autre de ces substances. Il trouve que ses collègues exagèrent singulièrement leurs précautions et apportent trop de cérémonies dans la préparation de leurs fils. Contrairement à M. Pozzi, il affirme que les pexies tiennent très bien avec le catgut. Celui-ci ne lâche que quand il suppure. Il ne croit pas au catgut idéal de M. Pozzi; la préparation en est, selon lui, beaucoup plus simple que ne le pense son collègue. Il trouve inutile de le dégraisser et se contente de le conserver dans l'huile phéniquée. Jamais il n'a d'accidents. Quant au tendon de kangouro, si cher à M. Terrier, M. Lucas-Championnière ne trouve pas que ce soit une substance si bonne. Il se sert de simple catgut et n'a jamais eu aucune complication à enregistrer du fait de ces fils. Il s'en tient toujours au procédé primitif de Lister. Quant à la soie, si on la fait bouillir elle devient cassante. Il se contente de la baigner dans une solution de sublimé au centième.

En résumé, il trouve au catgut le grand avantage d'être résorbable; il ne le trouve pas si difficile à préparer dans de bonnes conditions. Il trouve également que la soie a ses indications ainsi que les fils d'argent pour la chirurgie osseuse et le crin de Florence pour les sutures de la peau. Quand on s'en tient, comme lui, à la méthode franchement antiseptique, on n'a pas à redouter d'accidents quelconques, imputables aux fils quels qu'ils soient. Sa pratique est la même partout, en ville comme à l'hôpital et il est très étonné de voir M. Terrier avoir une pratique de ville et une pratique d'hôpital. Une bonne antisepsie est la même partout et donne partout les mêmes bons résultats.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme (1), par A. PITRES.

Ces leçons ont été faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, de 1884 à 1890. Elles apportent à l'étude de l'hystérie un ensemble de documents des plus importants.

Le premier volume renferme, après une étude de l'hystérie considérée dans son étiologie et dans sa nosographie générale, une suite de leçons sur les troubles sensitifs et moteurs, anesthésie et hyperesthésie, convulsions, contracture et paralysie, que l'on peut rencontrer dans cette névrose. Le second est consacré à des incidents variés de l'hystérie et à l'hypnotisme. On y trouvera des leçons sur le suicide des hystériques et sur les hallucinations hystériques. Le sommeil hypnotique y est étudié avec grand soin, ainsi que les divers phénomènes de suggestion.

Dans une lettre-préface, placée en tête de cet important ouvrage, M. Charcot déclare qu'il a lu, avec une curiosité mêlée de quelque émotion, la suite d'études consacrées par un de ses anciens élèves, sur la névrose qui l'a lui-même si vivement préoccupé depuis quelques années. Il se réjouit de ce que l'hystérie étudiée à Bordeaux se présente, dans ses traits, dans sa charpente, essentiellement la même que l'hystérie de la Salpêtrière. Celle-ci n'a donc pas été créée de toutes pièces, il n'y a pas à Paris une serre chaude dans laquelle se cultivent des sujets d'un type particulier. La Salpêtrière n'est pas une école d'hystérie et d'hystériques.

Le fait est, en effet, des plus importants. M. Pitres a su conserver, cependant, toute son indépendance, et son œuvre n'est pas celle d'un élève qui copie servilement le maître. Son originalité se fait jour dans un grand nombre de leçons. Pour notre part, nous sommes heureux de voir des ouvrages d'une semblable valeur, venir d'une Faculté de province. Nous sommes sur ce point — comme sur d'autres, du reste — grand partisan d'une décentralisation, bien faite pour provoquer une salutaire émulation.

Pathologie et thérapeutique des maladies du système nerveux (2), par Louis HIRT, traduit par M. JEANNE.

Un manuel des maladies du système nerveux, bien fait, à la fois clair, sobre et précis, est destiné à rendre de véritables services aux étudiants et aux médecins. Le livre de Hirt, professeur à Breslau, que vient de traduire M. Jeanne (de Liège), possède ces qualités. Nous pouvons donc en recommander l'usage.

Ce n'est pas que tous les chapitres de cet ouvrage aient une égale valeur, et il nous serait facile d'en citer quelques-uns qui sont un peu trop rudimentaires. Cependant, d'une façon générale, il est bien proportionné dans ses dimensions restreintes; il est au courant des travaux récents.

Un des grands mérites de ce manuel, ce sont ses figures. Il est, en effet, illustré de 179 dessins d'une exécution parfaite, qui sont, les uns des dessins originaux, les autres des dessins em-

---

(1) 2 vol. in-8°. Prix : 24 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. Prix : 20 francs. — Liège, M. Nierstrasz.

pruntés à des ouvrages divers, et ayant déjà fait leurs preuves, en quelque sorte. L'enseignement des maladies du système nerveux réclame la démonstration par le schéma; auteurs et éditeurs ont raison de ne pas épargner les dessins dans un ouvrage de ce genre. Ceux du traité des maladies du système nerveux de Hirt sont réellement très satisfaisants.

Manuel de pathologie interne (1), par C. VANLAIR.

Nous avons annoncé, il y a quelque temps, la première édition de ce manuel et nous lui avons souhaité de réussir. L'apparition d'une seconde édition indique que ce livre a rencontré quelque succès auprès du public médical. Il ne faut demander à un traité de ce genre que ce qu'il peut donner : des renseignements rapides sur tel ou tel point de la pathologie, que l'on n'a pas le temps de rechercher dans des traités plus volumineux, ou un moyen de repasser rapidement des questions déjà apprises.

Formulaire des nouveaux remèdes, 5e édition (2), par le docteur G. BARDET.

On voit de nos jours surgir un grand nombre de médicaments nouveaux; beaucoup n'ont qu'une existence éphémère. Quelques-uns, trop rares, hélas! sont réellement utiles et méritent de rester dans la pratique. Beaucoup, malheureusement, après une gloire passagère, retombent à jamais dans l'oubli, dont n'a pas pu les sauver l'enthousiasme infatigable des pourvoyeurs attitrés de la pharmacopée.

Ivraie et bon grain, M. Bardet fixe tout au passage. Il n'a pas, du reste, à se porter garant de l'excellence des médicaments ou des médications, dont il donne la formule. Il ne se propose que de fournir, au praticien, un manuel dans lequel il trouvera des indications sommaires relatives aux substances récemment vantées; nature, origine, doses, formules et indications principales.

Le livre de M. Bardet se divise en deux parties; dans la première, il énumère les médicaments nouveaux; dans la seconde, il passe en revue les traitements proposés contre diverses maladies.

Il est précieux pour le médecin de savoir où il peut trouver rapidement et sans peine des renseignements de cet ordre.

La pneumonie à Oyonnax, années 1888, 1889 et 1890 (3), par le docteur FIESSINGER.

M. Fiessinger, auquel nous devons déjà une étude intéressante sur la grippe à Oyonnax, étudie cette fois la pneumonie, mais surtout dans ses rapports avec la grippe.

Voici quelques-unes de ses conclusions :

« 1° La pneumonie et la grippe endémique évoluent simultanément. Le maximum de fréquence est dévolu à la grippe qui s'attaque aux enfants, tandis que la pneumonie atteint les adultes et les vieillards. Ces maladies sévissent pendant les mois d'hiver et de printemps;

2° Quand la grippe endémique est fréquente et grave, la pneumonie est fréquente et peut revêtir des caractères infectieux de la plus haute gravité. Quand la grippe endémique est peu fréquente et peu grave, la pneumonie devient exceptionnelle;

3° Entre la grippe et la pneumonie existent des types intermédiaires. Chaque maladie va à la rencontre de l'autre.

Par la congestion pulmonaire, la régularité possible du tracé thermique, la grippe se rapproche de la pneumonie; par l'exagération des phénomènes nerveux, l'irrégularité du tracé thermique et la localisation pulmonaire minime, la pneumonie fait un pas vers la grippe.

4° Près du quart des pneumonies se développent dans les mêmes maisons. »

On ne saurait trop insister, à notre sens, sur ce parallélisme et cette parenté de la pneumonie et de la grippe. Les médecins qui exercent dans de petits centres comme Oyonnax sont admirablement placés pour des remarques de ce genre. Un praticien éclairé et curieux, comme l'est M. Fiessinger, peut rendre à la médecine de signalés services dans l'étude des questions de cet ordre; il a sur le médecin des grandes villes l'énorme avantage de voir l'ensemble des choses.

Nous sommes persuadé, pour notre part, que la grippe se rencontre chaque année, que ses foyers se ravivent au cours de certaines saisons, que la pneumonie en est souvent l'expression plus grave, et que des épidémies, comme celles d'il y a deux ans, qui forcent l'attention de tous, ne sont que l'expansion inaccoutumée d'un mal qui s'observe, chaque année, d'une façon plus discrète. Nous sommes tout disposé à croire, en conséquence, avec M. Fiessinger, que la grippe et la pneumonie reconnaissent une même cause essentielle et à admettre l'influence étiologique du pneumocoque sur ces deux états morbides.

(1) In-8°. Prix : 20 francs. — Liège, Aug. Desoer; Paris, O. Doin.
(2) In-18. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.
(3) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Annuaire de thérapeutique [3e année, 1890] (1), par DUJARDIN-BEAUMETZ.

Cet annuaire est une publication du *Bulletin général de thérapeutique*. C'est un recueil d'analyses d'articles empruntés à diverses sources. Grâce à lui, on peut facilement se mettre au courant de tout ce qui a paru de plus important pendant l'année précédente, en fait de thérapeutique. C'est une ressource précieuse pour tous ceux qui ne disposent que de loisirs restreints, surtout à une époque où la presse médicale a pris une extension si considérable, où les journaux se sont multipliés, d'une telle façon qu'on n'a plus guère que le temps de les classer et d'en parcourir le sommaire.

Cours de chimie biologique et pathologique (1), par G. BUNGE.

Le livre de Bunge que vient de traduire M. Jaquet est des plus intéressants. Il comprend une série de leçons sur des sujets de chimie biologique et pathologique. L'auteur n'entre pas dans les détails, il ne noie pas l'étudiant dans des notions trop spéciales. Il s'agit, avant tout, d'un ouvrage philosophique qui, en exposant les notions élémentaires et principales de la chimie des êtres vivants, cherche à éveiller la curiosité du lecteur et à lui montrer quelle est la portée générale de cette science destinée, sans doute, à un si grand avenir. Les tendances philosophiques de l'auteur, le but qu'il s'est proposé, sont nettement indiqués par le titre même de ses trois premières leçons : vitalisme et mécanisme; évolution des éléments; conservation de l'énergie. Cinq leçons sont ensuite consacrées aux aliments, quatre à la digestion; les autres sont consacrées au sang, à l'urine, au foie, au travail musculaire, à la formation de la graisse dans l'organisme et enfin au diabète sucré.

La médecine et la physiologie doivent beaucoup déjà à la chimie biologique; elles doivent en attendre davantage encore : un livre de vulgarisation de cet ordre sera donc le bienvenu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 juillet 1891, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Taulier, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 7 juillet 1891, M. Forgue, médecin-major de deuxième classe, est attaché à la direction du service de santé du 16e corps d'armée; — M. Biscors, médecin aide-major de deuxième classe, est désigné pour le 2e régiment du génie.

(1) In-16. Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. — Paris, G. Carré.

— M. le docteur Schwartz, remplaçant M. le professeur Duplay, à la clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, commencera ses leçons cliniques le vendredi 17 juillet, à dix heures, et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

quels elle se fonde sont encore en assez petit nombre pour qu'on ne puisse considérer comme superflu l'appoint d'observations purement cliniques. C'est ce qui fait l'intérêt des cas dans lesquels on trouve réunis, chez un même malade, les symptômes fondamentaux de la syringomyélie classique, c'est-à-dire surtout l'anesthésie dissociée, et ceux de la maladie de Morvan, c'est-à-dire les panaris analgésiques. Marwedel a publié une observation de ce genre : les panaris avaient marqué le début de la maladie ; la dissociation de l'anesthésie existait, mais incomplète (1). Bernhardt a rapporté un fait de maladie de Morvan présentant cette dissociation d'une façon tout à fait typique (2) et Hoffmann en a décrit et figuré un autre cas (3) : ces deux auteurs concluent à l'identité de la syringomyélie et de la maladie de Morvan. Tout récemment, M. le professeur Charcot, dans une leçon clinique, montrait chez un de ses malades cette combinaison de symptômes : anesthésie dissociée et panaris analgésiques (4). Nous venons d'observer un cas du même ordre, dans le service de notre maître, M. le professeur Debove, qui a bien voulu nous permettre de l'étudier.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un homme de quarante-neuf ans, né à Paris, et présentant des antécédents pathologiques assez chargés. Étant soldat, il eut le typhus en Algérie, puis les fièvres intermittentes et le scorbut au Mexique ; il entre à l'hôpital pour des accidents de congestion pulmonaire de nature tuberculeuse. Parmi ses antécédents de famille, on note l'ataxie chez son frère et la chorée chez sa petite fille. Il y a une douzaine d'années, cet homme eut au pouce droit un panaris. Depuis cette époque, une série d'autres, neuf en tout, se sont développés sur plusieurs doigts des deux mains. Ces panaris, les premiers du moins, s'accompagnaient de vives douleurs. Bien que ce ne soit pas la règle, on sait qu'il en est ainsi dans certains cas de maladie de Morvan. Mais les renseignements assez précis que donne le malade nous permettent de faire, à cet égard, une remarque intéressante. Outre les douleurs, des phénomènes inflammatoires marquaient le début des panaris : il y avait de la fièvre et le membre, jusqu'à sa racine, devenait le siège d'un gonflement considérable. Puis, au bout d'une douzaine de jours, quand le malade jugeait que l'abcès était parvenu à maturité, il incisait lui-même son doigt avec un petit couteau et cette incision ne lui causait aucune douleur. C'est là un des traits les plus caractéristiques du panaris analgésique et il semble bien que, dans ce cas, les douleurs initiales fussent sous la dépendance exclusive des accidents inflammatoires développés au delà de la zone d'analgésie.

Quoi qu'il en soit, les panaris étaient profonds ; l'un d'eux a été suivi de l'élimination de la phalangette du pouce. Les deux mains sont déformées. Du côté droit, surtout, les muscles sont atrophiés et l'aspect est celui de la main de singe. Les ongles sont recourbés, inégaux, fendillés et cassants. La peau est sèche et écailleuse ; sur la face palmaire, l'épiderme est épaissi et de véritables durillons existent au niveau de la tête des métacarpiens. Les cicatrices, résultant de l'incision des panaris, sont aussi le siège d'épaississements cornés de l'épiderme ; enfin, les mains portent les cicatrices de traumatismes accidentels que le malade n'évitait pas avec assez d'attention, à cause de son analgésie. C'est bien là, en somme, le tableau des mutilations que présentent les mains dans la maladie de Morvan. Si maintenant l'on examine d'une façon méthodique la sensibilité, on trouve qu'elle offre d'une façon absolument nette la dissociation syringomyélique. La sensibilité au contact est partout conservée, mais il y a de l'analgésie et de la thermo-anesthésie. A la main droite et sur tout l'avant-bras correspondant jusqu'au coude, le malade ne sent la piqûre que comme un simple contact ; il ne ressent ni le froid de la glace, ni la chaleur de l'eau portée à 70 degrés. Ces mêmes troubles existent à la main gauche, mais ils sont limités à la région palmaire et aux quatrième et cinquième doigts. Il y a là tous les caractères de l'anesthésie syringomyélique, avec sa topographie segmentaire, sans rapport avec la distribution des branches nerveuses.

On doit donc porter, chez ce malade, à la fois le diagnostic de syringomyélie et celui de maladie de Morvan. C'est une combinaison des deux types cliniques ou, plus exactement, c'est une des formes variées de la syringomyélie, celle que nous proposions, dans un travail précédent, d'appeler le type à panaris de Morvan.

En terminant, nous signalerons, chez le malade dont il vient d'être question, une particularité qui mérite d'être mentionnée : c'est l'intégrité parfaite du champ visuel. Or, MM. Déjerine et Tuilant ont considéré le rétrécissement du champ visuel comme un symptôme important de la syringomyélie et ils en ont rapporté sept exemples. Chez le malade de Bernhardt, le champ visuel semblait un peu rétréci, au moins pour les couleurs. Au contraire, l'absence de ce signe a été relevée par M. Charcot dans 15 cas, savoir : 6 malades de son service, 1 malade dont l'observation a été publiée par MM. Charcot et Brissaud, 6 malades de Roth et 2 d'Hoffmann. A cette liste, nous pouvons ajouter non seulement le fait que nous venons d'étudier, mais aussi un cas dont nous avons publié récemment l'histoire avec M. Joffroy (1). Quelques autres viennent encore d'être signalés dans la thèse de M. Brianceau (2), ce qui porte à vingt et un le nombre des observations négatives. Enfin, il convient de mettre hors de cause, dans cette discussion, trois faits (Oppenheim, Roth, Joffroy) dans lesquels le rétrécissement du champ visuel existait, mais pouvait être rapporté légitimement à une hystérie concomitante. On voit donc, tout compte fait, que le symptôme en question ne paraît pas fréquent dans la syringomyélie et que sa relation avec la maladie spinale n'est nullement établie.

(1) G. Marwedel. Beitrag zur Casuistik der Syringomyelie, *Munch. Med. Wochens.*, 18 novembre 1890, p. 810.

(2) A. Bernhardt. Ueber die sogenannte « Morvan'sche Krankheit », *Deuts. Med. Wochens.*, 19 février 1891, p. 285.

(3) J. Hoffmann. *Samml. Klin. Vortr.*, von Volkmann, 1891, 20.

(4) J.-M. Charcot. Sur un cas de syringomyélie avec panaris analgésiques (type Morvan), *Gazette hebdomadaire*, 11 avril 1891, p. 285.

(1) A. Joffroy et Ch. Achard. Syringomyélie non gliomateuse associée à la maladie de Basedow, *Archives de médecine expérimentale*, 1er janvier 1801, p. 60.

(2) J. Brianceau. *Contribution à l'étude du champ visuel dans la syringomyélie et la maladie de Morvan*, Thèse de Paris, 1891.

THÈSES DE PARIS

De quelques points relatifs aux récidives et aux généralisations des cancers du sein chez la femme, par Henri Rieffel. — La pathogénie des récidives tardives nous échappe encore totalement, il n'en est pas de même de celles qui sur-

viennent dans la région du sein opéré au cours des deux ou trois premières années qui suivent l'intervention. Elles sont imputables :

1° A une ablation imparfaite de la glande mammaire ; les prolongements irréguliers qu'elle pousse parfois dans tous les sens doivent toujours être présents à l'esprit de l'opérateur ;

2° Si la totalité du sein a été enlevée, à une extension, encore inappréciable macroscopiquement, du carcinome qui a déjà franchi les limites du parenchyme glandulaire. Il peut alors se fixer dans la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le grand pectoral. Car, tout en reconnaissant avec Heidenhain la prédominance des repullulations dans le grand pectoral, l'auteur pense que les récidives, primitivement mobiles dans les tissus pré-musculaires, ne sauraient être rejetées.

Qu'on appelle récidive ou généralisation la réapparition des éléments néoplasiques dans les ganglions axillaires, sous-claviculaires, etc., il paraît incontestable que les ganglions du médiastin doivent être rangés parmi les organes qui reçoivent une partie des vaisseaux lymphatiques de la région mammaire. Cette donnée anatomique pourrait peut-être servir à expliquer l'immense fréquence des pleurites carcinomateuses et la prédilection remarquable avec laquelle le foie est frappé dans le cours du cancer du sein.

L'étude des points précédents offre un certain intérêt chirurgical et prête à d'importantes déductions pathologiques. Mais nous marchons sur un terrain d'évolution que transforment, chaque jour, les recherches des anatomo-pathologistes et les progrès de la thérapeutique contemporaine. Aussi, dans le présent travail, l'auteur n'a-t-il eu qu'un but : celui d'étudier la fréquence et le mécanisme des récidives locales, d'appeler l'attention sur une voie à peine explorée de propagation des cancers du sein, enfin d'indiquer la nécessité absolue de la distinction scientifique du curage préventif et du curage forcé.

Les infections biliaires; étude bactériologique et clinique, par Ernest Dupré. — La bile et les voies biliaires sont normalement aseptiques. Elles communiquent avec un milieu normalement infecté, le duodénum, dont le microbisme recèle, indépendamment des bactéries accidentelles qui peuvent s'y rencontrer, de nombreux agents pathogènes.

Il existe quatre voies possibles de l'infection hépatique, l'artérielle, la veineuse-porte, la lymphatique et la biliaire. L'infection des voies biliaires peut venir soit du sang, soit de l'intestin. Cette dernière provenance, surtout pour l'infection biliaire secondaire, est la plus vraisemblable.

On peut distinguer, dans les affections des voies biliaires, deux grands ordres de lésions : les lésions mécaniques, liées à l'obstruction, et les lésions septiques, liées à l'infection. Ces deux ordres de lésions sont, le plus souvent, associés, et ont, l'un sur l'autre, une influence réciproque d'appel et de renforcement.

On peut donc distinguer les infections biliaires, en : infections primitives, qui apparaissent sans lésions mécaniques antérieures (ictères infectieux), et en infections secondaires, qui surviennent à titre de complications, dans le cours des obstructions mécaniques (angiocholites).

Les infections primitives (ictères infectieux) forment une famille pathologique sériée, fondée sur l'étiologie et la clinique, justiciable d une description symptomatique générale commune.

On peut en distinguer trois formes, établies sur le degré d'intensité et les modalités d'expression clinique de l'infection : la légère, la moyenne et la grave. Dans l'évolution de chaque forme de l'infection biliaire, on peut distinguer quatre périodes : la période prodromique ; la période d'invasion ou pré-ictérique ; la période d'état ; la période de déclin, avec rechute possible. La convalescence est toujours lente.

L'ictère catharral prolongé représente la forme chronique de l'infection biliaire primitive : et il est possible d'incriminer l'infection biliaire dans l'étiologie de certaines cirrhoses hypertrophiques (cirrhoses infantiles).

Les infections générales graves, celles surtout qui portent leur action sur l'intestin (fièvre typhoïde), provoquent, dans la sécrétion biliaire, des perversions (hypocholie) qui favorisent l'apparition d'une infection biliaire deutéropathique.

L'infection biliaire typhique peut être prise comme le type de ces infections secondaires aux pyrexies.

Les voies biliaires peuvent, au cours de la fièvre typhoïde, s'injecter par le bacille d'Eberth-Gaffky et le *bacterium coli commune*. Cette infection peut être latente dans ses symptômes, ou, au contraire, déterminer de graves désordres du côté des voies biliaires ; elle peut également survivre plusieurs mois à la fièvre typhoïde guérie, et devenir la cause, par le réveil du microbisme latent, d'accidents fébriles mortels, sur des voies biliaires dont la lithiase a déjà compromis la résistance.

Le typhus hépatique (Landouzy et Mathieu) est donc, au sens bactériologique, une expression littéralement exacte.

Le bilan anatomo-pathologique des infections biliaires primitives comprend une série de lésions qui, du simple catarrhe à la gangrène perforante, traduisent la variété des réactions histologiques répondant à la variété des agents pathogènes.

Les microbes ne suffisent pas, à eux seuls, à engendrer des lésions durables, dans les voies biliaires ; l'expérience et la clinique démontrent la nécessité d'une altération antérieure de ces voies. C'est la combinaison de ces lésions antérieures du terrain et de la présence des bactéries qui réalise, en pathologie urinaire, l'infection secondaire du réseau excréteur.

Il existe, au début des lésions mécaniques, une période de rétention biliaire aseptique.

L'infection biliaire, moins fréquente et plus tardive dans les obstructions extrinsèques, complique surtout les obstructions intrinsèques, qui sont dues aux causes suivantes :

Les parasites, d'origine intestinale (helminthes) ou hépatique (vésicules hydatiques) ; le caractère bactérifère des premiers en fait les agents très infectieux d'une sorte de cathétérisme septique des voies biliaires, et le caractère traumatique des seconds en fait des agents d'appel de l'infection intestinale dans les canaux dilatés par leur migration ;

La lithiase, cause d'appel par excellence de l'infection biliaire secondaire qui, dans ce cas, est influencée dans sa marche par l'état de l'organisme, de l'organe biliaire, des calculs, des traumatismes, des infections générales.

Le cancer biliaire est aussi une cause d'appel de l'infection secondaire des voies.

Le principal symptôme des infections biliaires secondaires est la fièvre, dont les modalités (types nerveux, éphémère, intermittent, rémittent) constituent les diverses manifestations de l'infection sanguine d'origine biliaire.

La fièvre biliaire est à l'infection biliaire ce qu'est la fièvre urineuse à l'infection urinaire.

Au cours de l'infection sanguine d'origine biliaire, la rate peut être infectée, ainsi que le démontre la ponction de ce viscère.

L'infection biliaire peut s'accompagner d'hypothermie et se traduire par le syndrome de l'insuffisance hépatique.

L'infection biliaire secondaire apporte aux lésions mécaniques des modifications spécifiques de sa présence (lésions catarrhales, suppuratives, gangréneuses) qui aboutissent à l'ulcération et à la sclérose.

Cette infection peut déterminer des accidents qui résultent de son extension, hors des voies biliaires, aux organes voisins (complications locales), ou à l'organisme entier (complications générales).

Les complications locales comprennent l'infection du foie (abcès), de l'appareil pleuro-pulmonaire ; celle des kystes hydatiques, qui sont un facteur d'appel et de gravité de l'infection biliaire ; enfin, l'infection péritonéale, enkystée ou généralisée.

Les complications générales, conséquence de l'infection sanguine, peuvent atteindre l'endocarde (Netter et Martha), les méninges (Josias), entraîner la pyohémie.

Dans les infections biliaires, les constatations urologiques sont

utiles au diagnostic et indispensables au pronostic. Elles permettent d'estimer, approximativement, la capacité biochimique et la valeur fonctionnelle de la cellule hépatique.

L'histoire naturelle des infections biliaires, en l'absence de documents bactériologiques, est à faire. Les bactéries pathogènes, que l'auteur a pu constater dans les voies biliaires infectées, sont des bacilles et des micrococques, dont il donne la liste, et qu'on peut distinguer en plusieurs groupes naturels, suivant leurs effets pathologiques.

Les premiers résultats des recherches de M. Dupré démontrent ce que le raisonnement permettait déjà de supposer :

Il n'y a pas une infection, mais des infections biliaires.

Dans les mêmes voies biliaires, cette infection peut être monobactérienne ou polybactérienne.

L'infection est, le plus souvent, d'origine intestinale.

Les recherches de l'avenir permettront, sans doute, d'établir, entre la spécificité des bactéries et le mode de réaction clinique de l'organisme, des relations pathogéniques positives.

Des manifestations délirantes de l'urémie (folie brightique), par Florant (Gustave-Joseph). — On peut rencontrer, au cours de l'urémie, toutes les manifestations délirantes, depuis le délire le plus simple jusqu'aux folies les mieux caractérisées. Il semble que, dans un certain nombre de cas, le poison urémique suffise à lui seul pour engendrer ces troubles psychiques.

Le plus souvent, toutefois, il y a délire ou folie parce que, du fait soit d'une prédisposition nerveuse commune, soit d'une prédisposition vésanique, le cerveau se trouve constituer un lieu de moindre résistance. La recherche minutieuse, dans les antécédents héréditaires ou personnels, de l'une ou l'autre de ces prédispositions, est de la plus haute importance au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 juillet 1891. — Présidence de M. Lailler.

COMMUNICATIONS

Excision des chancres indurés. — **M. JULLIEN** est partisan de l'excision des chancres indurés. Il est de ceux qui pensent que l'on peut enrayer la syphilis ou tout au moins diminuer sa gravité en pratiquant en temps voulu l'ablation de l'accident primitif. Les deux faits qu'il présente ne fournissent cependant à l'appui de cette thèse très contestable et très contestée que des arguments médiocres. Dans le premier, il s'agit d'un étudiant en médecine dont la maîtresse était syphilitique; le chancre était dès lors attendu, et on put l'enlever au bout de quelques jours, à l'état de minime papule. L'opération fut pratiquée largement; malgré cela, la cicatrice s'indura et il survint des accidents secondaires. Dans le second cas, le chancre fut enlevé treize jours après son apparition; au cinquante-cinquième jour apparaissaient sur la peau quelques macules de signification incertaine; il n'y eut pas d'autre manifestation secondaire. Il n'est donc pas impossible que, dans ce cas, la syphilis ait été enrayée.

MM. BARTHÉLEMY et **RENAUT** font remarquer que le chancre n'est quelquefois pas suivi d'accident appréciable ; cela ne prouve pas que le malade ne soit pas syphilitique. M. Renaut cite à ce propos l'histoire typique d'un médecin qui, après avoir eu un chancre induré, s'observa avec le soin le plus minutieux; il n'y eut pas d'accident secondaire appréciable, mais dix ans plus tard survenait une gomme.

Un cas de mycosis fongoïde. — **MM. BROCQ** et **MATTON** font voir un homme atteint de cette curieuse maladie. Au moment où il a été atteint pour la première fois, la peau présentait une éruption rouge généralisée; elle était couverte de larges squames papyracées semblables à celles que l'on rencontre dans certains cas de vieux psoriasis ou de vieil eczéma dégénérés. Le diagnostic était très difficile à ce moment. Cependant, il existait sur certains points du tégument des épaississements marqués, semblables à ceux que l'on rencontre dans le mycosis fongoïde. Quelquefois il s'agit de véritables macarons qui se confondent à leur limite avec la peau avoisinante. Le malade n'a pas encore eu de ces tumeurs limitées, fortement saillantes, que l'on a si justement comparées à des tomates. Comme dans tous les cas semblables, ces épaississements cutanés subissent des variations souvent rapides. Ils apparaissent puis disparaissent, quelquefois sans laisser de trace, quelquefois en laissant derrière eux des cicatrices. Il n'y a pas de véritables ulcérations, mais seulement sur quelques-unes de ces tumeurs des exulcérations. A ces ulcérations succèdent des cicatrices qui peuvent devenir le siège de nouvelles repullulations.

La langue est atteinte par des lésions analogues; ce qui est une particularité intéressante. Les ganglions inguinaux sont un peu engorgés. Il n'y a pas de leucocythémie. A noter la chute des deux ongles des pouces.

Contrairement à ce qui est la règle, ce malade n'a pas présenté les démangeaisons si intenses qu'on observe à la période où l'éruption ressemble encore à un eczéma.

Le traitement a consisté dans des injections sous-cutanées de liqueur de Fowler; on a pu, en agissant progressivement, arriver à faire tolérer, sans accident, 1 centigramme d'arséniate de soude par jour.

M. BESNIER. C'est là une maladie multiforme, mal connue encore, qui présente dans son évolution les inégalités les plus grandes : en moyenne elle évolue en cinq ou six ans, mais quelquefois seulement en quinze ou vingt.

Comme traitement, il y aurait lieu d'essayer le naphtol camphré, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. A l'intérieur, M. Besnier l'a donné à la dose de I à V gouttes encapsulées : c'est là un médicament nouveau dont l'emploi n'est pas encore déterminé. A l'extérieur, on emploie le naphtol camphré en nature, sous forme de tampons d'ouate imbibés de liquide.

Sur un cas de sarcomes de l'isthme du gosier et du pharynx. — **M. HALLOPEAU.** Ces tumeurs sont fort rares et d'un diagnostic très difficile, au moins dans les premières phases de leur évolution. Les divers médecins qui ont examiné le malade présenté par M. Hallopeau, l'ont tour à tour considéré comme atteint de syphilides, d'un lupus, d'une amygdalite ulcéro-membraneuse ou herpétique, de morve, de rhino-sclérome, de tumeurs fibreuses bénignes, de lymphadénomes, d'épithéliomes, d'une maladie nouvelle. C'est avec le rhino-sclérome que l'analogie était la plus grande : l'isthme du gosier présentait, en effet, un aspect tout particulier que l'on n'observe guère que dans cette maladie; les deux amygdales dégénérées étaient excavées en forme de croissant à concavité interne; leur dureté rappelait celle du cartilage. Les résultats négatifs des recherches bactériologiques pratiquées par M. Jeanselme ont montré qu'il ne s'agit pas d'un rhino-sclérome, et les examens histologiques, pratiqués parallèlement par MM. Cornil et Jeanselme, ont permis de poser le diagnostic de sarcomes.

Sur un cas de syphilomes multiples des os intéressant particulièrement plusieurs vertèbres dorsales. — **M. HALLOPEAU.** Les localisations de la syphilis, d'autant plus limitées que la maladie est plus ancienne, se produisent sans que l'on puisse en déterminer la cause prochaine : il est très probable que les foyers anciens sont le point de départ de migrations infectieuses qui traversent momentanément la circulation générale. Pourquoi, lorsqu'il en résulte de nouvelles productions, celles-ci se font-elles de préférence ou exclusivement, soit dans la peau ou le tissu sous-jacent, soit dans une muqueuse telle que celle de l'isthme du gosier, soit dans un viscère tel que le foie ou l'encéphale, soit dans le squelette? Les choses se passent comme si, chez certains sujets, certains tissus constituaient

un milieu favorable à la culture et à l'évolution du contage syphilitique; il doit en être ainsi particulièrement pour le squelette : on ne s'expliquerait pas autrement ces localisations qui se font, chez certains syphilitiques, exclusivement et pendant de longues années en différentes parties de la charpente osseuse; nous avons observé déjà plusieurs faits de cette nature et K... nous en offre un nouvel exemple; il porte, en effet, des exostoses ou des périostoses aux deux tibias, à la huitième côte gauche, au pariétal droit; il a, en outre, des syphilomes multiples des vertèbres, une perforation de la voûte palatine, des altérations des os de la base du crâne et il a perdu l'une de ses apophyses ptérigoïdes. Le système osseux est donc bien chez lui le lieu d'élection des manifestations syphilitiques tardives; il n'a plus, depuis longtemps, rien du côté du tégument externe. Les lésions vertébrales ont donné lieu à des troubles de l'innervation qui ont fait penser à un début de tabes, ils doivent être rapportés à l'altération que les syphilomes vertébraux ont fait subir à la moelle; on peut dire qu'il s'agit d'un mal de Pott syphilitique.

Sur une dermatite érythémateuse et papuleuse, de nature indéterminée. — M. HALLOPEAU. Il n'est pas très rare de rencontrer à Saint-Louis des éruptions érythémateuses qui ne se rapportent à aucun type connu; le malade que présente M. Hallopeau en fournit un exemple : il a, depuis quinze jours, une éruption généralisée qui offre beaucoup de ressemblance, par places, avec le pityriasis rosé de Gibert, par places, avec le lichen plan aigu et qui prend, en d'autres endroits, l'aspect ortié; tous les ganglions accessibles à l'exploration sont tuméfiés; il s'agit donc d'une éruption de nature inflammatoire qu'il est impossible de classer aujourd'hui; peut-être l'évolution de la maladie permettra-t-elle de le faire ultérieurement.

M. VIDAL. Le pityriasis rosé n'évolue pas si rapidement; il s'agit d'un érythème papuleux généralisé.

Syphilide tuberculeuse circinée. — M. BESNIER fait voir un malade atteint de plusieurs grands cercles de syphilides tuberculeuses; l'un de ces cercles a des dimensions réellement monstrueuses, il présente un diamètre d'au moins 25 centimètres. Chez cet homme, qui n'est pas alcoolique, les syphilides prennent toujours l'aspect circiné; elles acquièrent de grandes dimensions. Cette prédisposition à cette forme de manifestation est très remarquable chez certains syphilitiques.

Rhinosclérome. — M. BESNIER fait voir de nouveau la jeune femme atteinte de rhinosclérome qu'il a présentée déjà à la dernière séance. Par des applications de flèches de pâte de Canquoin, il a pu rétablir la perméabilité des narines et amener une notable amélioration.

M. JACQUET a fait sur ce rhinosclérome des recherches bactériologiques, dont il donne le résultat. Il a trouvé deux ordres de microbes : des streptocoques en chaînettes, qui sont vraisemblablement des streptocoques pyogènes, et un bacille encapsulé semblable à celui que, depuis Frisch, on considère comme le microbe pathogène du rhinosclérome. Ce bacille ressemble tout à fait au bacille encapsulé de Friedlænder.

M. NETTER a dans ce même cas, chez cette même malade, vu et cultivé le même bacille encapsulé. Il est dans ses propriétés générales, à quelques nuances près, identique au bacille encapsulé de Friedlænder. A ce propos, une question intéressante se soulève. Friedlænder avait tout d'abord rencontré ce bacille encapsulé dans la pneumonie; plus tard, on l'a vu dans les cavités buccale et nasale, dans les sinus de la face. M. Netter l'a vu, le premier, dans la salive, où chez quelques individus il habite à l'état normal. Il y est cependant beaucoup plus rare que le pneumocoque. Quelle est donc sa signification dans le rhinosclérome? Que doit-on admettre? En est-il l'organisme pathogène? Comment s'expliquer alors qu'il soit inoffensif dans nos climats, tandis que, dans certaines contrées, dans l'Amérique centrale en particulier, il deviendrait si souvent la cause du rhinosclérome? N'est-il pas, au contraire, tout simplement un parasite sans conséquence, sans rôle étiologique, qui s'est introduit secondairement dans le néoplasme?

Rhinosclérome. — M. VIDAL lit une observation de rhinosclérome qu'il a recueillie dans son service, il y a six ans déjà. L'état général était resté parfait dix-huit ans encore après le début de la maladie.

Injections de sérum de sang de chien. — M. FEULARD. On a essayé, dans le service de M. Fournier, les injections sous-cutanées de sérum de sang de chien, chez des malades atteints de lupus et chez des syphilitiques. Le sérum était directement fourni par MM. Ch. Richet et Héricourt; 240 injections ont été pratiquées. Dans deux cas, il y a eu des nodosités cutanées, une seule fois un véritable abcès; l'ampoule qui renfermait le sérum, dans ce dernier cas, était incomplètement fermée, ainsi qu'on l'a vu ultérieurement.

La dose à laquelle on s'est arrêté a été de 1 centimètre cube tous les deux jours; l'injection est faite dans la région rétro-trochantérienne, profondément, avec les précautions antiseptiques requises.

Cette médication a d'heureux effets sur la nutrition générale; tous les malades ont engraissé sous son influence. Une malade a gagné plus de 6 kilogrammes avec 48 centimètres cubes. Les lésions lupiques se sont améliorées pendant le cours de ce traitement. On ne constate, toutefois, rien qui rappelle la réaction locale si intense constatée avec la lymphe de Koch. En somme, le sérum de chien ne paraît guère avoir plus d'influence directe sur la curation des lésions lupiques que sur celle des lésions syphilitiques; son influence est simplement tonifiante.

M. MOREL-LAVALLÉE a aussi employé le sérum de sang de chien. Dans deux cas, il a vu survenir de l'urticaire géante, hémorrhagique même; dans l'un d'eux, il y a eu des palpitations, de la dyspnée et même de l'hématurie. Il s'agit donc d'un agent qu'il faut manier avec prudence.

Trichorexis nodosa. — M. P. RAYMOND a examiné des cheveux atteints de trichorexis nodosa, c'est-à-dire de petites nodosités, au niveau desquelles le poil cassé et courbé présente un pinceau de petits éclats. Cette cassure, cet éclatement du poil seraient dus à la pénétration de microbes venus de l'extérieur, qui pénètrent dans le poil par une encoche, par une perte de substance périphérique. Ces microbes paraissent appartenir aux parasites si nombreux que l'on rencontre constamment à la surface de la peau.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date des 9, 10, 12 et 13 juillet 1891, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Bertherand, médecin-major en retraite; Bouchard, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Bourru, médecin en chef de la marine; Peyron, directeur de l'Assistance publique; Terrier, chirurgien de l'hôpital Bichat; Treille, médecin-inspecteur de première classe des colonies; Bourgoin, directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux.

Au grade de chevalier. — MM. Ch. Richet, professeur, Hutinel et Joffroy, agrégés à la Faculté de médecine de Paris; Cuffer et Rigal, médecins des hôpitaux de Paris; Nicolas, Borély, Long, Jan, Gazeau et Mirabel, médecins de première classe de la marine; Collomb et Gentilhomme, médecins de première classe des colonies; Uhlmann, ancien médecin de la marine; Chavanne, médecin à Lyon; Defaut, médecin de la marine en retraite; Barré, Brémont, Métivier, médecins à Paris; Baudot, chef adjoint du service médical de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest; Magnin, ex-médecin du Bureau de bienfaisance du IXe arrondissement de Paris; les docteurs Roustan (de Cannes), Larquier, membre du Conseil général de la Charente-Inférieure; Borne, membre du Conseil général du Doubs; Baucher, pharmacien de première classe de la marine; O. Doin, éditeur à Paris.

— Par décret, en date du 9 juillet 1891, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Jean, ancien aide-médecin auxiliaire de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 juillet 1891, M. le docteur Hallette (de Montreuil-sur-Mer) a été nommé officier d'Académie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Wassilief est nommé préparateur de médecine opératoire, en remplacement de M. Cazin, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. le professeur Charpy est nommé directeur des travaux anatomiques.

— *École de médecine de Caen.* — M. le docteur Guillet est nommé professeur de pathologie externe et de médecine opératoire.

— *École de médecine de Reims.* — M. le docteur Doyen est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— M. le docteur G. Lorey, ancien interne des hôpitaux, est chargé d'une mission en Russie, à l'effet d'étudier l'hygiène et l'alimentation des enfants dans les asiles ou les écoles maternelles de Moscou, ainsi que l'organisation de l'hospice des Enfants-Trouvés de cette ville.

— Le prochain Congrès de la tuberculose aura lieu du 27 juillet au 2 août, à la Faculté de médecine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Le mal perforant, par A. CHIPAULT, aide d'anatomie. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Le mal perforant.

Par A. CHIPAULT, aide d'anatomie à la Faculté.

On peut définir, aujourd'hui, le mal perforant « toute ulcération des extrémités ou des moignons causée ou entretenue par la névrite ». Il y a là, en somme, une question de siège et une question de nature.

La question de siège est, sans aucun doute, la moins importante des deux. Cependant, il serait singulier, trop contraire aux habitudes reçues, d'appeler mal perforant telle ulcération névritique des fesses, avec M. Feulard, ou telle autre du crâne, avec M. Testut. Plus étrange encore semble le nom de mal perforant donné par M. Teissier à des perforations des valvules aortiques, de la trachée, de l'œsophage chez des ataxiques. M. Bonnefoit, dans sa thèse sur « le mal perforant généralisé », cite même un cas de mal perforant intestinal (1).

La question de nature est bien plus importante : notre définition élimine peut-être un certain nombre d'ulcérations qu'on eût, autrefois, regardées comme des maux perforants; certainement, elle fait rentrer dans notre cadre un nombre plus grand d'ulcères qu'on en aurait autrefois écarté; mais nous croyons, qu'ainsi compris, le mal perforant reste une entité clinique et pathogénique, très bien circonscrite et très vraie.

I

L'histoire des diverses théories qui se sont successivement partagé la faveur des chirurgiens, mérite pourtant d'être rappelée; presque toutes, en effet, renferment une part plus ou moins grande de vérité, et leurs auteurs ont eu simplement le tort de mettre au premier plan un fait secondaire.

Quelques-unes, pourtant, méritent d'être rejetées d'emblée, sans discussion. Quel rapport y a-t-il entre le mal perforant et un épithélioma (Goyon), un cancer (Schœmacher), le psoriasis (Vesigné), les ulcérations scrofuleuses (Wolkes) ou syphilitiques (Hanccok)? Évidemment aucun.

La théorie mécanique, soutenue dès les premières études du mal perforant [Nélaton (1), Broca (2), Leplat (3)], introduisait, au contraire, dans la discussion une part sérieuse de vérité. Il est certainement inexact de regarder avec Sédillot (4) le mal perforant comme une ulcération simple entretenue par les frottements et la malpropreté, d'en faire avec Velpeau, Gosselin (5), Bœckel (6), un hygroma suppuré devenu fistuleux : Il s'agit là de pseudo-maux perforants qui n'ont rien à faire avec le mal perforant proprement dit; il n'en est pas moins vrai que le traumatisme, les traumatismes répétés et les frottements surtout jouent dans la pathogénie du mal perforant un rôle important sur lequel nous aurons à revenir, et qui a été bien vu par MM. Monod et Lagrange (7). On sait que MM. Tillaux et Després sont encore aujourd'hui partisans de la théorie mécanique exclusive. Ils s'appuient sur l'influence curative du repos, la rareté du mal perforant chez l'enfant, la femme, dans la classe aisée.

La théorie vasculaire est postérieure de quelques années seulement à la théorie mécanique : M. Péan (8), en 1863, constate dans un cas de mal perforant une artérite étendue, avec rétrécissement du calibre des vaisseaux, et lui donne un rôle pathogénique important. Delsol (9), l'année sui-

(1) *a.* TESTUT. *De la symétrie dans les affections de la peau*, Th. d'ag., Paris 1877, p. 189, d'après LECORCHÉ. *De l'athérome artériel*, Th. d'ag., Paris 1869, p. 61. — *b.* FEULARD. Mal perforant fessier, in *Catalogue des moulages de l'hôpital Saint-Louis*, 1889, p. 167, CP 500, vit. 157. Lésion symétrique chez un sujet atteint d'affection médullaire. — *c.* TEISSIER. Mal perforant des valvules aortiques chez les ataxiques, Société de médecine de Lyon, 2 mai 1887, et *Lyon méd.*, 8 mai 1887, t. II, p. 49. — *d.* TEISSIER et FAUVEL. Perforation spontanée de la trachée et de l'œsophage chez un ataxique, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1885. — *e.* BONNEFORT. *Du mal perforant généralisé chez les ataxiques*, Th. de Lyon, 1889, nº 459. Cite 1 cas de mal perforant de la trachée et de l'œsophage (Obs. II, p. 19), 1 cas de mal perforant intestinal (Obs. III, p. 23), 6 cas de maux perforants valvulaires (Obs III et IV, p. 31; Obs. V, p. 32; Obs. VII, p. 38; Obs. VIII, p. 41; Obs. IX, p. 44).

(1) NÉLATON. *a.* Affection singulière des os du pied, *Gaz. des hôp.*, Paris 1852, t, XXV, p. 13. — *b.* Mal perforant du pied, *Gaz. des hôp.*, Paris 1855, t. XXVIII, p. 465.

(2) BROCA. Mal perforant chez un conducteur d'omnibus, *Gaz. des hôp.*, 6 oct. 1855, p. 867.

(3) LEPLAT (E.-C.). *Sur le mal perforant du pied*, Th. de Paris, 1855.

(4) SÉDILLOT. Ulcère perforant du pied, *Gaz. des hôp.*, Paris 1865, t. XXVIII, p. 497.

(5) GOSSELIN. Dermo-synovite ulcéreuse au niveau d'un durillon plantaire, dit mal perforant; remarques sur la marche et l'étiologie de la maladie à propos d'un malade atteint de cette affection, *Gaz. des hôp.*, Paris 1867, t. XL, p. 369.

(6) BŒCKEL. Hygroma proligère développé sous la tête du troisième métatarsien; extirpation; guérison; relation de cet hygroma avec l'ulcère perforant du pied, *Bul. de la Soc. de méd. de Strasbourg*, 1866-1868, t. IX, p. 108-111.

(7) LAGRANGE. De l'étiologie multiple du mal perforant plantaire, *Semaine méd.*, 1886, t. VI, p. 485-7.

(8) PÉAN. Du mal perforant plantaire; symptômes et diagnostic, *Leçons de clinique chirurgicale*, Paris 1882, p. 1-33.

(9) DELSOL. *Du mal perforant du pied*, Th. de Paris, 1864.

vante, publie sa thèse basée sur une série d'observations confirmatives. Montaignac (1), également élève de M. Péan, appelle l'affection ulcère artério-athéromateux ; Lucain (2), en 1869, admet soit l'athérome, soit l'embolie, produisant l'un et l'autre une gangrène limitée par oblitération vasculaire. Par contre, l'endartérite, seule retrouvée par MM. Duplay et Morat (3), n'est pour eux que secondaire au mal perforant; pour Fischer (4) et Conti, l'endartérite et l'athérome, purement contingents, ne sont qu'un accident trophique. En tout cas, il est difficile de considérer comme jouant un rôle pathogénique capital, une lésion inconstante, et, lorsqu'elle existe, très variable dans ses caractères.

Une troisième théorie, théorie névritique, fut exposée, pour la première fois d'une façon complète, en 1873, par MM. Duplay et Morat, dans les *Archives de médecine*. Ils s'appuyèrent principalement sur l'étude anatomo-pathologique des nerfs autour du point lésé ; ces nerfs, disent-ils en substance, épaissis, grisâtres, noueux, présentent une inflammation de leur tissu conjonctif (névrite interstitielle) et surtout une altération, une destruction même du cylindre-axe et de la myéline (névrite dégénérative) qui ne peut être que descendante et primitive. Les lésions sont parfois très étendues, remontent jusqu'au tronc du sciatique, en s'atténuant. Plus souvent, elles restent limitées au pourtour du mal perforant, occupant tout ou partie des tubes du nerf sur le territoire duquel est l'ulcère trophique.

Or, les nerfs normaux du pied, d'après M. Michaud (5), renferment toujours, et en quantité plus ou moins grande, des tubes nerveux sans myéline ; MM. Pitres et Vaillard, dans les *Archives de physiologie* de 1885, ont démontré que, toutes les fois qu'il existe à la plante du pied une altération épidermique quelconque, cor, durillon, les nerfs voisins de cette lésion sont légèrement enflammés; dernièrement, M. Gombault montrait à la Société anatomique que, chez les vieillards, le collatéral externe du gros orteil présente, presque toujours, un certain nombre de tubes sans myéline. Nous en avons trouvé une notable quantité sur ce collatéral externe, pris chez cinq enfants à pied absolument sain, n'ayant pas encore marché, âgés de six mois à un an et demi : il n'en reste pas moins vrai que les altérations des nerfs, sur un pied atteint de mal perforant sont bien plus étendues et intenses que sur un pied normal (6). De plus, l'étude clinique des circonstances étiologiques où se rencontre le mal perforant, fournit à la théorie névritique un appoint considérable. En effet, lorsqu'existe cette affection, on trouve toujours une cause possible de névrite, soit aux extrémités nerveuses, soit sur le trajet même des nerfs, soit au niveau des centres trophiques médullaires ; en somme, sur tout le trajet centrifuge de l'arc réflexe trophique.

Aux extrémités nerveuses, ce peut être une gelure, cause si fréquente de névrite périphérique, d'après M. Germain (1), une ulcération quelconque, une arthrite suppurée phalango-phalangienne ouverte au dehors, un hygroma suppuré d'une des bourses séreuses de Lenoir, un ongle incarné.

Parmi les causes agissant sur le trajet des nerfs, les traumatismes (plaies, contusions), surtout lorsqu'ils sont septiques, c'est-à-dire provoquant non seulement de la névrite dégénérative mais de la névrite interstitielle, produisent souvent des maux perforants. Presque tous les cas de maux perforants de la main, rapportés par Peraire (2), relèvent de cette étiologie. Au membre inférieur, elle est moins fréquente, et nous avons cru qu'il n'était pas inutile de réunir les faits de cet ordre qui ont été publiés (3). On a

(1) Montaignac (A.). *De l'ulcère artério-athéromateux du pied. autrement dit mal perforant*, Th. de Paris, 1868.

(2) Lucain. *Du mal perforant plantaire*, Th. de Montpellier, 1868, nº 17.

(3) Duplay et Morat. Recherches sur la nature et la pathogénie du mal perforant plantaire, *Arch. gén. de médeciue*, 1873, t. I, p. 257, 403, 550.

(4) Fischer. Das « mal perforant du pied », *Arch. f. Klin. Chir.*, 1875 t. XVIII, p. 301.

(5) Michaud. Note sur l'état des nerfs dans l'ulcère perforant du pied, *Lyon méd.*, 1876, t. XXI.

(6) Nous avons fait, chemin faisant, l'étude des points intéressants qu'offre l'anatomie pathologique des maux perforants (nerfs, vaisseaux, etc.); l'ulcération elle-même ne présente rien de bien particulier. M. Suchard a, dans un travail déjà ancien, analysé et représenté les modifications de l'épiderme environnant (Suchard. Des modifications et de la disparition du sratum granulosum de l'épiderme dans quelques maladies de la peau, *Arch. de physiol.*, 1882, t. II, p. 205, et Pl. VII, fig. 1 et 2). « L'allongement des papilles, dit-il, et des bouchons épidermiques inter-papillaires, l'épaississement de la couche cornée sont manifestes. Sur la coupe de la peau lésée, le stratum granulosum renferme sept à huit rangées de grandes cellules remplies de granulations d'éléidine beaucoup plus abondantes et plus grosses qu'à l'état normal. Ces cellules, dont le nombre est considérablement augmenté, descendent dans les bouchons interpapillaires. L'éléidine, au lieu de se répandre en gouttes discrètes dans le stratum lucidum, diffuse, non seulement dans le stratum lucidum, mais encore dans les parties inférieures de la couche cornée, qui se trouve ainsi en bien des points colorée en rouge vif au lieu de présenter une teinte jaune presque uniforme dans toute son étendue. » — Voir aussi : Suchard. Note sur les lésions histologiques de l'onyxis développé au voisinage du mal perforant, *Bul. de la Soc. anat.*, Paris 1882, t. LVII, p. 145, et *Progrès méd.*, 1882, t. X, p. 993.

(1) Germain. *Des lésions trophiques et des troubles sensitifs dans les gelures anciennes*, Th. de Paris 1879, nº 118.

(2) Peraire. Du mal perforant palmaire, *Arch. gén. de méd.*, 7e série, 1886, t. XVIII, vol. II, p. 118 et 173.

(3) Voici le résumé rapide des cas publiés de maux perforants du pied survenus à la suite de traumatismes des nerfs :

1º Lucain. Loc. cit., Obs. II, p. 20 : Cal du fémur avec compression du sciatique. Atrophie de la jambe et du pied, mal perforant. — 2º Duplay et Morat. Loc. cit., Obs. IX, p. 556 : Blessure du sciatique par coup de feu; paralysie du membre inférieur, anesthésie partielle. Dystrophies unguéales. Mal perforant. — 3º *Id.*, Obs. X, p. 556 : Blessure du sciatique par coup de feu, parésie de la jambe, troubles de la sensibilité, mal perforant. — 4º Fischer. Loc. cit., Obs. III, p. 315 : Blessure du sciatique, paralysie du membre inférieur, atrophie, érythème et œdème du membre, mal perforant. — 5º *Id.*, Obs. IV, p. 316 : Luxation iliaque du fémur, atrophie et paralysie du membre inférieur gauche, mal perforant. — 6º *Id.*, Obs. V, p. 317 : Cal difforme, œdème, érythème du pied, mal perforant. — 7º *Id.*, Obs. VI, p. 317 : Coup de feu à la fesse ayant intéressé le sciatique, troubles trophiques, mal perforant. — 8º Polaillon. Société de médecine de Paris, 22 mars 1884 : Névrite sciatique par injection interstitielle d'éther, mal perforant. — A ces faits, réunis par MM. Pitres et Vaillard (Altérations des nerfs périphériques dans deux cas de maux perforants plantaires et dans quelques autres formes de lésions trophiques des pieds, *Arch. de physiol.*, 3e série, 1885, t. V, p. 208), nous joindrons les suivants : 9º Porson (L.). *Étude sur les troubles trophiques consécutifs aux lésions traumatiques des nerfs*, Th. de Paris, 1873, nº 253, p. 41, Obs. I : Section complète du sciatique gauche. Paralysie. Atrophie. Ulcération perforante et nécrose au niveau des phalanges et des métatarsiens. — 10º Sonnenburg. Zwei Fælle von malum perforans pedis, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. IV, 1874, p. 408 : A quatorze ans, section du tibial, du saphène et du cutané plantaire du côté droit par une faux; insensibilité de la plante. A quarante ans, mal perforant du talon. — 11º Morat. Section du nerf sciatique poplité interne par un éclat d'obus, mal perforant des deux premiers orteils, *Lyon méd.*, 1876, t. XXII. p. 121, et *Rev. méd.-photogr. des hôpit. de Paris*, 1876, t. VIII, p. 81, 85. — 12º Pollosson. Mal perforant dû à une section du sciatique, Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Lyon, 13 février 1885, et *Lyon méd.*, 1885, t. I, p. 429 : Section du sciatique par une faucille. Un an après, ulcération sous le dernier orteil. Évolution grave entraînant, au bout de vingt-trois ans, l'élimination complète des os du tarse, l'ossification du ligament interrosseux, une grave altération des muscles de la jambe. — A propos de cette observation, Mollière rappela : *a.* les lésions des pattes, semblables, mais moins étendues, survenant chez les chiens après la section du sciatique, dans les expériences de Magnin (*Troubles trophiques dans les sections nerveuses*, Th. de Lyon 1879); *b.* l'élimination du sabot, obtenue chez les solipèdes par M. Chauveau, avec le même procédé. — 13º Faure. *Contribution à l'étude du mal perforant ; étiologie multiple*, Th. de Bordeaux 1885-86, nº 77). Obs. IX, p. 50 : H., trente-deux ans. Section transversale, par un carreau, des muscles, vaisseaux et nerfs de la partie postérieure et moyenne de la jambe. Cicatrisation. Persistance des troubles sensitifs. Un an après, mal perfo-

parfois noté le mal perforant à la suite de tumeurs détruisant ou comprimant les nerfs (1). On le voit assez souvent chez les variqueux : l'ulcération plantaire fait alors partie du cortège trophique que présentent si fréquemment, et plus ou moins complètement, ces malades. La phlébite des veines intra-nerveuses peut, du reste, produire le même effet que leur dilatation variqueuse : nous avons observé, avec M. Tuffier, une malade chez qui cette pathogénie était tout à fait probable.

Les maux perforants, nous l'avons dit, peuvent s'observer non seulement après les lésions des extrémités nerveuses ou des troncs nerveux, mais encore après les altérations des centres trophiques médullaires; c'est ici que prend place la variété qui peut-être a le plus excité la curiosité : l'ulcération plantaire des tabétiques. Étudiée pour la première fois avec soin par MM. Ball et Thibierge, au Congrès de Londres de 1881, elle a, depuis cette époque, provoqué toute une série de recherches. Citons surtout celles de Martin, Delay, Fayard, Hanot, Hinze. Ce dernier nous semble du reste avoir beaucoup exagéré la fréquence du mal perforant tabétique. Il faut, dit-il, en présence d'un mal perforant rechercher « les autres » symptômes du tabes. Or, sur 51 observations personnelles de mal perforant, nous n'en avons que sept chez des tabétiques. Le mal perforant tabétique est donc une variété rare de mal perforant; c'est, de plus, un accident rare du tabes. Un peu plus fréquent à la période pré-ataxique, il accompagne le plus souvent le tabétique du début à la fin de son affection médullaire. Celui-ci va de service d'hôpital en service d'hôpital, pour son ulcération sans cesse récidivante, et ces pérégrinations sont sans doute la cause de l'illusion qu'on se fait sur la fréquence relative et absolue du mal perforant tabétique (2).

Le mal perforant chez les paralytiques généraux n'est connu que depuis peu de temps. Signalé pour la première fois par M. Lancereaux (1879), il a été étudié depuis par Christian, Marandon de Montvyel, M. Féré : Barthélemy, dans une thèse récente, réunissait la plupart des observations publiées; il remarque que presque tous les paralytiques généraux, porteurs de maux perforants, sont en même temps des alcooliques ou des tabétiques; il rappelle, après Christian, l'amélioration qui paraît se produire dans l'état général du malade, lors de l'apparition de l'ulcération suppurante : en somme, rien de général ni de bien net ne ressort de cette étude encore incomplète (1). Moins connus encore sont les maux perforants de la maladie de Friedreich (2), de la paralysie infantile, de la paralysie agitante (3), de l'atrophie musculaire progressive (4). Ce dernier même nous paraît douteux, et nous soupçonnons fort, dans les cas déjà anciens qui ont été publiés, une confusion avec la syringomyélie. La maladie de Morvan, elle aussi (qu'elle soit une simple variété de syringomyélie ou une affection distincte), provoque aux pieds, et surtout aux mains,

---

rant. — 14° De Viville. *Contribution à l'étude des gangrènes des pieds d'origine nerveuse*, Th. de Paris, 1888, n° 74, Obs. IX, p. 34 : Blessure du sciatique droit. Troubles trophiques multiples du pied. Maux perforants et éruption bulleuse du gros orteil. Gangrène superficielle des deuxième et troisième. — 15° Schreiber. Fælle von hochgra digem Klumpfuss resp. Zehendifformitœt in Gefolge eines Traumas, *Centralbl. f. Orthoped. Chir. und Mechanik*, 1er mai 1890 : H., reçoit, en 1848, à l'âge de seize ans, un coup de feu dans la cuisse droite. En 1885, amputation rendue indispensable par des ostéo-arthropathies très étendues, un varus extrême et une ulcération perforante au niveau de la tête de l'astragale. — 16° Duplay. Du mal perforant, *Union méd.*, 8 juillet 1890, p. 138 : Résection du sciatique poplité externe pour névrome. Rapidement, escharre du talon. Six ans après, mal perforant de la partie antéro-externe du talon.

(1) *a.* Duplay et Morat. Loc. cit., Obs. XI, p. 558 : Kyste hydatique du sacrum comprimant les origines du sciatique; mal perforant du talon. — *b.* Bouilly et Mathieu. Sarcome du sciatique. Résection du nerf. Mal perforant. Variole, *Arch. gén. de méd.*, 1880, t. II, p. 641.

(2) Consulter sur le mal perforant tabétique : *a.* Duplay et Morat. Loc. cit., Obs. XII, p. 500 : 1 pré-ataxique. — *b.* Butruille. *Le mal perforant*, Th. de Paris 1878, n° 201, Obs. VII, p. 58 : 1 ataxique. — *c.* Ball et Thibierge. On perforating ulcer of the foot as connected with progressive locomotor ataxy, *Internat. Med. Congr.*, 7e session, London 1881, t. II, p. 52-55 : 5 observations : 4 pré-ataxiques, 1 douteux. — *d.* Hanot. Deux observations de mal perforant avec ataxie locomotrice, *Arch. de phys. norm. et pathol.*, 1881, 2e s., t. VIII, p. 157-159 : 1 pré-ataxique, 1 ataxique. — *e.* Bernhardt. Ueber das Zusammen von Tabes und mal perforant du pied, *Centralbl. f. Chir.*, 1881, n° 42, p. 660. — *f.* Fayard. *Contribution à l'étude du mal perforant dans l'ataxie locomotrice progressive*, Th. de Paris 1882, n° 71. Obs. I, p. 23 : 1 pré-ataxique. — *g.* Blanchard. *Observations de mal perforant annonçant le début d'une affection spinale*, Th. de Paris 1882, n° 287, Obs. I, p. 18; Obs. III, p. 24; Obs. VIII, p. 36 : 3 pré-ataxiques. — *h.* Morer (S.). Note sur un cas de mal perforant du pied accompagnant l'ataxie locomotrice, *Gaz. hebd. de méd.*, Paris 1882, 2e s., t, XIX, p. 495 : 1 pré-ataxique. — *i.* Demange. Chute spontanée des dents et crises gastriques et laryngées chez les ataxiques, *Revue de médecine*, année 1882, 1 pré-ataxique. — *j.* Browne. A case of locomotor ataxy associated with perforating ulcer of the foot, *St-Barth. Hosp. Rep.*, London 188[illegible] XVIII, p. 301-303 : 1 pré-ataxique. — *k.* Dudley Beane. Ulcer of the foot and Dysartrophic articular changes in Locomotor Ataxia, their pathology and surgical Treatment, *Philadelph. Med. Times*, 8 avril 1882, [illegible] 129 : 1 pré-ataxique. — *l.* Pitres et Vaillard. Contribution à l'étude des névrites périphériques non traumatiques, *Arch. de neur.*, 1883, t. I, p. 191 et 290; t. II, p. 180, Obs. VII : 1 ataxique. — *m.* Byce-Duckworth. Perforating ulcer of feet in a case of locomotor ataxia (tabes spinalis), *Trans. of the Clin. Soc. of London*, 1884, t. XVII, p. 231 : 1 pré-ataxique. — *n.* Delay. *Contribution à l'étude du mal perforant dans la période pré-ataxique du tabes*, Th. de Paris 1884, n° 317, Obs. 1, p. 27; Obs. II, p. 29; Obs. III, p. 32; Obs. IV, p, 34; Obs. V, p. 35; Obs. VI, p. 36; Obs. VII, p. 37 : 7 pré-ataxiques. — *o.* Treves (Fr.). Treatment of perforating ulcer of the foot, *The Lancet*, nov. 29 th. 1884, t. II, p. 949 : 2 observations : 1 pré-ataxique, 1 ataxique. — *p.* Martin. *Considérations sur la pathogénie du mal perforant*, Th. de Lyon 1885, n° 296, Obs. II, p. 34 : 1 pré-ataxique. — *q.* Suckling. A case in which perforating ulcer of the foot was the first symptom of locomotor ataxia, *Brit. Med. Journ*,, april 4 th. 1885, t. I, p. 696 et 897 : 1 pré-ataxique. — *r.* Fournier. *Leçons sur la période pré-ataxique du tabes d'origine syphilitique*, Paris 1885, p. 264. — *s.* Fauchon-Courty. *Contribution à l'étude du mal perforant*, Th. de Paris 1885, n° 347, Obs. XI, p. 69; Ob. XX, p. 83 : 1 pré-ataxique, 1 ataxique. — *t.* Askin (Ch.). Abstract of a paper on deformity of the feet due to perforating ulcers, *Brit. Med. Journ.*, July 24 th., t. II, p. 155 : 1 pré-ataxique. — *u.* Handford. Perforating ulcers of the feet of at least ten years duration preceding other symptoms of tabes dorsalis, *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1888, t. II, p. 257 : 1 pré-ataxique. — *v.* Bonnefoit. Loc. cit., Obs. I, p. 18 : 1 pré-ataxique. — *x.* Gascuel. *Contribution à l'étude du mal perforant*, Th. de Paris, 1890, n° 320, Obs. XXXI, p. 49; Obs. XXXII, p. 50 : 2 pré-ataxiques. — *y.* Hinze. *St-Petersb. Wochens.*, 1886, an. de E. Ricklin, in *Gaz. méd. de Paris*, 2 juillet 1890. — *z.* Lassalle (Ch.). Cas de mal perforant plantaire, *Montpellier méd.*, 33e année, 2e série, 1er août 1890, t. XV, n° 3 : 1 pré-ataxique.

Voici l'indication de quelques maux perforants tabétiques palmaires : *a.* Terrillon. Tabes et mal perforant palmaire, *Bul. et Mém. de la Soc. de chir.*, 11 mars 1885, p. 155 et 249. — *b.* Fournier et Ménétrier. Maux perforants palmaires sur un sujet affecté de tabes syphilitique, *Ann. de dermat. et de syphiligr.*, janvier 1886. — *c.* Rabanié. Maux perforants palmaires, *Bul. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 22 juillet 1884, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1884-1885, p. 194.

(1) Nous avons recueilli les observations suivantes de maux perforants dans la paralysie générale. Pour leurs détails, on consultera la thèse de M. Berthelemy : *Contribution à l'étude du mal perforant dans la paralysie générale progressive*, 1890, où elles sont presque toutes reproduites.

1. Lancereaux. *Traité d'anatomie pathologique*, 1879, t. II, p. 71. — 2 et 3. Christian. Mal perforant dans la paralysie générale, *Ann. méd.-psychol.*, 1882, et *Union méd.*, 1882, Obs. I et II. — 4. Martin Raget. Loc. cit., Obs. III, p. 35. — 5-10. Marandon de Montvyel. Du mal perforant dans la paralysie générale progressive, *Encéphale*, 1888, p. 257-278, Obs. I, p. 259; Obs. II, p. 261; Obs. V, p. 267; Obs. VIII, p. 272; Obs. IX, p. 273; Obs. X, p. 275. — 11. Mabille. *Arch. de neurol.*, 1888. — 12. Féré. Faits pour servir à l'histoire des troubles trophiques dans la paralysie générale des aliénés, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1889, t. II, p. 155; Obs. I, p. 156. — 13-20. Berthelemy. Loc. cit., Obs. X (p. 42) à Obs. XVIII (p. 55).

(2) Gascuel. Loc. cit., Obs. LXIX, p. 66.

(3) Després. *Chirurgie journalière*, p. 611.

(4) *a.* Lucain. Loc. cit., Obs. III. p. 23 : Atrophie musculaire progressive. Déformation des pieds. Mal perforant plantaire double. — *b.* Pitoy. *Contribution à l'étude de la pathogénie du mal perforant du pied*, Th. de Paris 1877, n° 541, Obs, II, p. 33. — *c.* Kœrte. *Annal. f. Klin. Chir.*, 1880 (indic. d'après Gascuel).

des troubles trophiques, d'une intensité extrême. Nous en avons observé deux cas avec maux perforants [une fois des mains, une fois des pieds (1)] absolument typiques. Dans un autre fait, très voisin de ceux-ci, et que nous avions publié dans la thèse de Brühl comme un cas de syringomyélie, il s'agissait, ainsi que vient de le prouver une discussion récente à la Société médicale des hôpitaux, de lèpre anesthésique (2) : la lèpre peut donc produire, comme le démontraient déjà les observations de MM. Leloir et Rendu (3), des maux perforants très nets : le fait reste vrai, malgré l'excessive généralisation qu'en voulurent faire M. Poncet (4) et Estlander. Le mal perforant se retrouve encore parmi les troubles trophiques des fractures vertébrales anciennes (5), dans le mal de Pott, à la main ou au pied (6), dans les tumeurs des vertèbres comprimant la moelle [Fischer (7) un cas de myxome, avec mal perforant du pied], chez les individus porteurs d'un spina bifida. Nous avons récemment vu, chez M. Déjerine, le nommé H..., âgé de trente-trois ans, dont l'observation a déjà été publiée en 1884 et en 1887, et qui a vu débuter ses maux perforants à seize ans, c'est-à-dire il y a dix-sept ans. Depuis quelques mois, gardant à peu près le repos, il n'a pas vu survenir de nouveaux accidents trophiques (8).

Il est probable que toutes ces affections médullaires, médicales ou chirurgicales, agissent par l'intermédiaire de névrites périphériques. Le fait est même démontré pour un certain nombre de cas, chez les ataxiques par exemple, et l'on peut, croyons-nous, déduire de ceux-ci aux autres : Il nous paraît également permis de rapporter à la même cause les maux perforants des intoxiqués (alcooliques, ouvriers chromateurs) et des diabétiques; — les maux perforants des alcooliques, mal connus, peu étudiés, méritent au moins une mention; nous en avons retrouvé, dans les auteurs, une dizaine de cas très nets (1) et nous en avons vu plusieurs où la coexistence de troubles parétiques et sensitifs, à étiologie incontestable, était tout à fait probante. — Les ulcérations palmaires des chromateurs (2), étudiées par MM. Chevallier et Bécourt, Delpech, Hillairet, regardées par Fauchon-Courty comme différentes du mal perforant, n'en sont pour nous qu'une variété étiologique. — Entrevu par Marquez, affirmé pour la première fois par Puel, étudié ensuite par MM. Clément, Kirmisson, Jeannel, Duplay, Bowlby, le mal perforant diabétique (3) ne se montre d'or-

---

(1) Ce cas avait été antérieurement publié par MM. Monod et Reboul : Contribution à l'étude du panaris analgésique (maladie de Morvan), *Arch. gén. de méd.*, 1888, t. II; p. 28.

(2) *Bul. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 27 fév. 1891, p. 95 (discussion). — *Id.*, Thibierge. Un cas de lèpre systématisée nerveuse avec troubles sensitifs se rapprochant de ceux de la syringomyélie.

(3) *a.* Leloir. *Traité de la lèpre*, Paris 1889. — *b.* Rendu. Recherches sur les altérations de la sensibilité dans les affections de la peau, *Ann. de dermat.*, 1874-75, nº 1, p. 24.

(4) Poncet. Mal perforant et lèpre antonine, *Gaz. hebd.*, 1872, p. 51.

(5) Dolbeau. *Clinique chirurgicale.* — Soulages. *Le mal perforant, sa pathogénie*, Th. de Paris 1874, nº 488. — Testut. Th. de Paris 1874. — Dor. *Le mal perforant*, Th. de Paris 1879. — Willett (A.) Perforating ulcer of the foot following an old injury to the spine, *Trans. of the Clin. Soc. of London*, 1884, t. XVII, p. 230. — Tuffier et Hallion. Des suites éloignées des traumatismes de la moelle, en particulier dans les fractures du rachis, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, t. I, p. 217, et t. II, p. 61. — *Id.* Des accidents nerveux tardifs consécutifs aux fractures du rachis et de leur traitement, *Arch. de méd.*, 1890, t. I, p. 336.

(6) Martin. Loc. cit., Obs. V, p. 55 : Tumeur ou tuberculose rachidienne au niveau de l'avant-dernière vertèbre lombaire. Maux perforants tarso-métatarsiens des cinq orteils.

(7) Fischer. Loc. cit., p. 309, Obs. I : Myxom des Rückenmarkes. Leproïde Braudform der Finger-Zehen. Grosse leproïde Geschwüre an den Armen und Füssen. Mal perforant. Stœrungen der Sensibilitœt und der Mobilitœt der Extrœmitœten.

(8) Les maux perforants, consécutifs au spina bifida, ont été notés par : *a.* Ogston. Case of perforating ulcer of the sole of the foot, *The Lancet*, July 1, 1876, t. II, p. 13 : The diagnosis of spina bifida, anæsthesia and slight congenital talipes equinovarus of left foot was confined. — *b.* Renault. *Union méd.*, 1872, 3e s., t. XIII, p. 294 : Spina bifida guéri huit jours après la naissance. A dix-neuf ans, ulcère perforant de la face externe du cinquième orteil gauche. Deux ans après, un autre symétrique au pied droit, puis au talon. — *c.* Kirmisson. Mal perforant, spina bifida lombaire, *Bul. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1er oct. 1884, p. 677. — *Id.* Du mal perforant lié à certaines formes de spina bifida latent ou sans tumeur, *Bul. méd.*, 7 septembre 1887, p. 871, nº 55. — *d.* Recklinghausen. Untersuchungen über die spina bifida. Spina bifida occulta mit sacrolumbaler Hypertrochose, Klumpfuss, und neurotischem Geschwür, im Folge eines myofibrolipom am Rückenmark; die Gewebstransposition bei den Gehirn und Ruckenmarkshernien, *Virchow's Arch.*, Bd. CV, p. 243, et *Centralbl. f. Chir.*, 6 août 1887, nº 32, p. 589. — *e.* Brunner. Ein Fall von spina bifida occulta, mit congenitaler lumbaler Hypertrichose, pes varus, und Mal perforant du pied, *Arch. f. path. Anat. und Pkys.*, 1887, p. 494. — *f.* Thornburn. *A contribution to the surgery of the spinal cord*, London 1890, p. 86, case 30 : Spina bifida, cure, cauda equina compressed by cicatrix.

---

(1) Les maux perforants des alcooliques ont été notés par : *a.* Lucain. Loc. cit., Obs. I, p. 29; Obs. III, p. 31; Obs. IV, p. 32. — *b.* Mirapeix. *Du mal perforant*, Th. de Montpellier, 1883, nº 35, Obs. I, p. 29, et Obs. II, p. 32. — *c.* Fauchon-Courty. Loc. cit., Obs. XXV, p. 93. — *d.* Mayet. Des troubles de nutrition liés aux lésions périphériques du système nerveux, *Lyon méd.*, 1885, t. II, p. 217, 254, 320; Obs. I, p. 223, et Obs. II, p. 254. — *e.* Faure. Loc. cit., Obs. VII, p. 61. — *f.* Secheyron, Mal perforant de la main chez un alcoolique, in Péraire. Loc. cit., Obs. XIX, p. 185. — *f.* Gascuel. Loc. cit., Obs. LVII, p. 59.

(2) Voir, sur les ulcérations des chromateurs : *a.* Chevallier et Bécourt. Maladie des chromateurs, *Ann. d'hyg. publ.*, t. XX, 1863, p. 33. — *b.* Delpech. De la fabrication des chromates et de son influence sur la santé des ouvriers, *Bul. de l'Acad, de méd.*, 1863-1869, t. XXIX, p. 289. — *c.* Hillairet. Les maladies des ouvriers chromateurs, *Bul. de l'Acad. de méd.*, 1863-1864, t. XXIX, p. 345. — *d.* Fauchon-Courty. Loc. cit., p. 34. — *e.* Vallas. Ulcérations des chromateurs, Société des sciences médicales de Lyon, avril 1890, et *Lyon méd.*, 11 mai 1890, t. LXIV, p. 53.

(3) Les observations de mal perforant diabétique que nous avons recueillies sont : 1-2. Puel. *Quelques considérations au sujet de l'étiologie du mal perforant du pied*, mémoire couronné par la Société de médecine d'Anvers, 1876, Br. Anvers 1876 : *a.* Obs. I. Mal perforant plantaire droit. Gangrène spontanée des deux orteils; *b.* Obs. II : Durillon métatarso-phalangien du gros orteil droit. Sphacèle des deux premiers orteils et petites plaques gangréneuses sur le pied. Amputation. Mort. — 3-4. Clément. *Considérations sur le mal perforant chez les diabétiques*, Th. de Paris 1881, nº 202 : *a.* Obs. I, p. 7. Mal perforant sous-phalango-phalangettien du gros orteil gauche. Escharre fétide au centre. Gonflement de tout l'orteil; *b.* Obs. II, p. 11. Ulceration sous-métatarso-phalangienne du gros orteil droit. Centre occupé par une escharre fétide. — 5-6-7. Kirmisson. Du mal perforant chez les diabétiques, *Arch. gén. de méd.*, 7e s., 1885, vol. I, p. 44 : *a.* Obs. V, p. 48. Mal perforant phalango-phalangettien du gros orteil droit; *b.* Obs. VI, p. 40. Mal perforant phalango-phalangettien des deux gros orteils. Anthrax multiples. Hémorrhagies considérables par une plaie faite au thermo-cautère. Mort par érysipèle; *c.* Obs. VII, p. 56. Mal perforant sous la tête du cinquième métatarsien. Œdème. Desquamations épidermiques. Réflexe rotulien disparu. Hémorrhagies nasales abondantes. — 8-9-10. Jeannel. Diabète et mal perforant, *Rev. de méd.*, 6e année, 1885 : *a.* Obs. V, p. 36. Ulcérations sous-métatarso-phalangiennes des gros orteils. Plus tard, une autre à la pulpe du gros orteil droit. Œdème. Érythème. Guérison par le traitement diabétique; *b.* Obs. VI, p. 38. Maux perforants multiples, cinq sur le pied gauche. Chute spontanée des orteils; *c.* Obs. III, p. 43. Maux perforants des trois talons du pied droit. Sphacèle. Hémorrhagie. — 11. Heussner. Ein Fall von « Mal perforant du pied », *Deuts. Med. Wockens.*; 1885, 16 April, nº 16, p. 250 : H., cinquante-sept ans. Mal perforant récidivant. Diabète. — 12. Laffon. Du mal perforant dans le diabète, *Journ. de méd. de Bordeaux*, déc. 1885-1886, p. 61 : Mal perforant. Amputation spontanée de plusieurs orteils. Guérison par le traitement diabétique. — 13. Faure. Loc. cit., Obs. VI, p. 57 : Mal perforant au niveau de la tête des deuxième et troisième métatarsiens. Polyurie. Diabète. — 14. Wissinger. *Journ. of cutan. and gen.-urin. diseases*, 1886 : H., soixante ans. Diabète datant de quinze ans. Depuis quatre ans, mal perforant. — 15. Broca. *Bul. de la Soc. anat.*, nov. 1889, p. 584 : Mal perforant du talon du gros orteil et gangrène superficielle de celui-ci. Anesthésie à ses faces interne et dorsale, s'étendant un peu à la partie interne de la face dorsale du pied. — 16 à 19. Bowlby. *Injuries and diseases of nerves and their surgical treatment*, London 1889 : *a.* p. 457. H., quarante-huit ans. Ulcère perforant de la plante du gros orteil droit. Gangrène humide. Diabète à symptômes datant d'une fracture du crâne. Mort; *b.* p. 4[illegible] H., quarante-quatre ans. En 1886, durillon, puis mal perforant du gros orteil gauche. Anesthésie partielle et sudation profuse autour de l'ulcère. Pas de réflexes rotuliens. Polyurie et diabète. Gangrène humide débutant autour de l'ulcère. Amputation de Syme. Gangrène du moignon. Mort; *c.* p. 457. H., cinquante-six ans. En 1887, ulcère [illegible]rant sous le quatrième orteil droit. Gangrène de la peau tout autour. [illegible]bète. Mort; *d.* P. 457. H., quarante-quatre ans. Durillon, puis ul[illegible]tion du petit orteil gauche, avec anesthésie alentour. Gangrène [illegible] cet orteil. Pas de réflexe rotulien. — 20. Duplay. Le mal perfo-

dinaire que si le diabète s'accompagne d'autres accidents périphériques (troubles trophiques cutanés, muqueux, troubles sensitifs) dus, eux aussi, à la névrite.

Telle est l'énumération fort longue des causes diverses de maux perforants. Elle a pu paraître fastidieuse, mais elle méritait d'être faite, car elle constitue, ainsi que les nombreuses indications bibliographiques que nous y avons jointes, un véritable dossier en faveur de la théorie névritique du mal perforant.

Le traumatisme n'en joue pas moins dans la pathogénie de celui-ci un rôle réel, mais secondaire, seulement localisateur. Il faut, pour que le traumatisme produise le mal perforant, que la névrite ait d'abord dystrophié les tissus : parfois pourtant c'est le traumatisme lui-même qui produit la névrite, et celle-ci transforme secondairement, en mal perforant, l'ulcération tout d'abord banale et sans caractères spéciaux; mais c'est une exception.

II

Cette influence du traumatisme sur la localisation du mal perforant explique qu'on le trouve (avec un pied normal et un graphique normal de la marche), aux points d'appui de la voûte plantaire [tête des premier et cinquième métatarsiens, talon (1)]. Si le pied est déformé, l'ulcération trophique apparaîtra aux points d'appui anormaux : sur la face externe de l'articulation métatarso-phalangienne d'un gros orteil dévié en dehors (2), sur la partie saillante d'un orteil en marteau (3); sur un pied-bot, au niveau de la saillie du cuboïde (4). Le plus souvent, du reste, déviation des orteils ou déviation du pied font partie intégrante du complexus trophique dont le mal perforant n'est qu'une manifestation nouvelle. Sur les moignons, le mal perforant siège aux points d'appui créés par la statique nouvelle du membre. A la main, l'influence localisatrice des traumatismes répétés, des frottements, est difficile à préciser; cependant, M. Després a publié l'histoire d'un cocher chez qui le mal perforant siégeait à l'éminence thénar, au point que comprimait habituellement le manche du fouet : du reste, les maux perforants de la main succèdent le plus souvent à des traumatismes des nerfs, et c'est la variété d'ulcération trophique qui échappe le plus facilement à l'influence localisatrice que nous étudions.

On sait aujourd'hui que le graphique de la marche est modifié dans un certain nombre de maladies du système nerveux. Il serait intéressant de pouvoir dire si ces modifications, changeant la valeur relative des points d'appui du pied, n'auraient pas aussi quelque influence localisatrice sur le mal perforant. Or, le fait est vrai au moins pour le tabes. En effet, chez les tabétiques arrivés à la période ataxique, c'est-à-dire ayant une démarche spéciale, les maux perforants sous-métatarsien et talonnier sont plus fréquents que le phalango-phalanginien, très commun, au contraire, à la période pré-ataxique.

Les caractères du mal perforant varient suivant qu'on l'examine aux trois phases classiques de durillon, d'ulcère et d'ostéo-arthrite.

Le début est assez variable, parfois consécutif à l'ouverture d'une arthrite suppurée, d'une suppuration de bourse séreuse, à la modification d'une plaie, d'un ongle incarné (1). D'ordinaire, le malade s'aperçoit par hasard qu'il porte à la plante, soit un durillon, soit une plaque épidermique recouvrant de la sérosité, du sang dont la couleur transparaît à travers les couches superficielles : une longue marche, un exercice prolongé sont souvent, par les légères douleurs qu'ils provoquent du côté de la lésion, l'occasion de sa découverte. D'autres fois, le malade s'étonne de voir ses chaussettes ou ses bas tachés; le durillon, la cloque se sont fistulisés. En tous cas, après une série de guérisons et de récidives l'ulcère est constitué; il l'est quelquefois d'emblée, sans avoir été précédé de la phase durillon ou cloque, par l'élimination d'une sorte d'escharre limitée.

A la période d'état, l'ulcère peut avoir les caractères d'une simple plaie, plus ou moins étendue, d'un trajet fistuleux donnant accès dans une cavité sous-cutanée, où le stylet, soulevant la peau, se promène; plus souvent d'un cratère à bords plus ou moins réguliers et élevés, constitués par des strates épidermiques souvent épaisses, en gradins; le fond est alors uni, saignant, ou fongueux, tomenteux, ou croûteux, la croûte jaunâtre, verdâtre, étant formée par la sérosité et le pus concrété. La cupule suppurante, sanieuse, est plus ou moins profonde, les tendons se prennent, puis à leur tour les articulations et les os, et l'on passe à la troisième période.

Alors le stylet au fond de l'ulcère ou par la fistule arrive, soit sur du périoste épaissi, bourgeonnant, soit sur de l'os dénudé, nécrosé, soit encore dans une articulation dont les surfaces rugueuses dépourvues de cartilage, frottent l'une sur l'autre avec bruit dans les mouvements communiqués. Ces destructions osseuses raccourcissent les orteils, leur donnent l'aspect de moignons difformes, rapetissent l'avant-pied, provoquent l'élimination de fragments nécrosés plus ou moins abondants.

Lorsque l'ulcération se répare, ou bien les bourgeons venus de la profondeur comblent la cavité, ou bien c'est l'épiderme qui, venu des bords, végète et recouvre la perte

rant clinique de la Charité, *Union méd.*, 8 juillet 1890, p. 38. — H., quarante-sept ans. Ulcération de la face plantaire du pied droit, puis du gauche. Gangrène en 1889 de la première phalange du gros orteil gauche. Eczéma de la jambe et du pied. Dystrophies unguéales, 22 grammes de sucre par litre. — 21. GASCUEL. Loc. cit., p. 77, Obs. LXLV: H., cinquante-sept ans. Diabète. Durillon, puis ulcération du gros orteil gauche. Plaque de sphacèle à sa face plantaire. Réflexes rotuliens diminués. 4 litres d'urine avec 50 grammes de sucre par jour. Anesthésie jusqu'à mi-jambe. — 22. DEJERINE. Deux cas de mal perforant, *Gaz. des hôpit.*, 16 juin 1891, p. 750 : Obs. II, H., soixante-dix ans. Polyurique, polydypsique, polyphagique. Mal perforant sous le gros orteil droit; récidive. Anesthésie de l'avant-pied. Abolition du réflexe rotulien. — 23. TUFFIER et CHIPAULT. Étude sur la chirurgie des tabétiques, *Arch. de méd.*, 1889, t. II, p. 385. Ob. II. — 24. INÉDITE. H., cinquante ans. Diabète. Polyurie. Polydypsie. En 1886, mal perforant sous-phalango-phalangettien du gros orteil droit. Arthrite phalango-métatarsienne du même orteil. Pointes de feu à ce niveau. Déviation secondaire de l'orteil. Mal perforant symétrique. Amputation. En 1891, mal perforant du talon antérieur droit. Anesthésie en avant de l'ulcération.

(1) GILLES DE LA TOURETTE. *Études cliniques et physiologiques sur la marche; la marche dans les maladies du système nerveux*, Th. de Paris 1885, n° 84, p. 27.

(2) Voir sur ce sujet : *a.* QUEYSSAC. Loc. cit., Obs. I et II, p. 12 et 21. — *b.* DUPLAY et MORAT. Loc. cit., Obs. II, p. 263, et Obs. VII, p. 407. — *c.* SAVORY et BUTLIN. Cases of perforating ulcer of the foot, *Med. Chir. Trans.*, vol. LXVII, 1879, p. 373. — *d.* SYDNEY JONES. A remarquable symmetrical shorthening of the Foot, from bone diseases, *Pathol. Soc. of London*, 7 nov. 1876; in *The Lancet*, 11 nov. 1876, t, II, p. 683, et BIGGS. To the editor of the Lancet, in *The Lancet*, 18 nov. 1876, et JONES. *Id.*, 2 déc. 1876, p. 807. — *e.* MORRANT BARKER. Three cases of Joint disease in connection with locomotor ataxy. Read nov. 11, 1881, *Trans. of the Clin. Soc.*, t. VIII, p. 44.

(3) Cette localisation avait été distinguée à tort du mal perforant par M. Dubrueil (Mal dorsal des orteils, *Gaz. des hôpit.*, 1870). — Voir aussi TRÉLAT. Mal perforant dorsal, clinique de l'hôpital Necker, in *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1881, p. 397.

(4) Des cas de pieds bots avec maux perforants ont été cités par : *a.* TOSINI. Disarticolazione mediotarsiana e tenotomia d'Achille per ulcera perforante in piede equino varo, *Gaz. med. ital. prov. Venete*, Padovii 1862, t. V, p. 469. — *b.* OGSTON. Loc. cit. — *c.* LUCAIN. Loc. cit. Obs. II. — *d.* DESPRÉS. *Chirurgie journalière*, p. 610. — *e.* BOURSIER [illegible] *Comptes rendus du Cong. de chir.*, séance du [illegible] avril 1885, [illegible]e observation est complétée in FAURE. Loc. [illegible], Obs. I, équin; ulcères perforants multiples. Névrite [illegible]endante. Loc. cit., Obs. I et II.

(1) CHIPAULT. Ongle incarné. Arthrite phalango-phalangin. Transformation en mal perforant, *Bul. de la Soc. anat.*, 1879, p.

de substance. Dans ce dernier cas, le durillon « cicatriciel » a l'aspect, soit de prismes juxtaposés s'effritant plus ou moins bien, soit de strates en écailles épaisses, inégales, difficiles à détacher. Lorsque le fond de l'ulcère a d'abord bourgeonné et que l'épidermisation n'a été que secondaire, la cicatrice est souvent mince, gaufrée, bleuâtre, peu résistante. Il est bien rare, que, sur un malade porteur d'un ulcère perforant, ne se trouvent pas, en un ou plusieurs points de la plante, des cicatrices présentant l'un ou l'autre de ces deux types.

En présence d'une ulcération présentant ces caractères, le premier devoir du clinicien est d'analyser les troubles de la sensibilité qui sont presque constants : on les a vus parfois manquer, soit qu'il s'agisse, comme dans un cas de Fayard (1), d'un mal perforant ayant, chez un pré-ataxique, précédé les troubles sensitifs, soit que ceux-ci aient disparu, comme chez un individu porteur d'une ancienne fracture vertébrale et chez qui nous avons vu successivement disparaître les troubles moteurs, les troubles sensitifs, puis les troubles trophiques ; mais c'est une exception : on ne devra pas, du reste, se contenter d'un examen immédiat au moment où le malade entre à l'hôpital, ni d'un examen superficiel. En effet, lorsque le malade est reçu, il est d'ordinaire fatigué, son pansement malpropre, le mal perforant enflammé et hyperesthésié ; c'est seulement après quelques jours de repos que cette hyperesthésie vague fera place aux anesthésies de caractères et de topographie fort utiles pour le diagnostic, comme nous le verrons. Leur analyse, alors, sera très minutieuse et portera successivement sur l'anesthésie, l'analgésie, la thermo-anesthésie. L'analgésie est la plus constante, et presque toujours on est frappé de l'indolence d'un ulcère suppurant et profond. Nous n'entrons pas ici, d'ailleurs, dans des détails qui seront mieux placés à l'étude du diagnostic des variétés. Disons seulement ce que deviennent ces troubles sensitifs lorsque le mal perforant guérit : ils diminuent ordinairement d'étendue et d'intensité, et peuvent même disparaître à leur tour lorsque le malade continue à garder le repos, et que l'affection causale permet cette disparition. Dans le cas contraire ils persistent, et nous les avons retrouvés autour de cicatrices de maux perforaux guéris depuis longtemps, sans aucune tendance à la récidive.

Tels sont les symptômes essentiels du mal perforant, mais il est presque constamment accompagné d'une série de complications trophiques connues depuis longtemps, très variables suivant les cas, sous la dépendance de la même cause que lui. Quelquefois, même, il est le point de départ d'une série de complications infectieuses, plus rares, moins connues, cependant d'un réel intérêt.

Les complications trophiques cutanées sont particulièrement fréquentes, elles peuvent s'étendre à toute la peau du pied, de la jambe ; l'épiderme se desquame en plaques argentées minces ou quadrillées, ou s'effrite en poussière ; il se fait par points ou par larges surfaces de la dermite soit hypertrophique, soit atrophique. Quelquefois il s'agit d'eczéma, d'érythème. Du côté des ongles, on peut trouver une ecchymose sous-unguéale, parfois avec chute consécutive de l'ongle, surtout pour le gros orteil, plus souvent une striation transversale avec épaississement à mesure qu'on s'approche du bord libre, une striation longitudinale, des courbures anormales. Du côté des tissus sous-cutanés, c'est un œdème éléphanthiasique dur, donnant à l'ensemble des tissus compris entre la peau et l'os la consistance du bois. Du côté du squelette, ce sont des ostéo-arthrites indépendantes du mal perforant lui-même, par conséquent différentes de l'ostéo-arthrite par perforation de la troisième période. Nous avons noté avec M. Tuffier (1), à la première période, cette arthrite très fréquente, tout à fait indépendante par sa marche, voisine seulement par son siège du mal perforant, et qui se localise d'ordinaire à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Les arthrites peuvent, du reste, être bien plus intenses et plus étendues ; à leur maximum de gravité, elles constituent ce que MM. Charcot et Féré ont étudié pour la première fois sous le nom de pied tabétique. Les articulations tarsiennes, tibio-tarsiennes même, sont alors envahies, rapidement détruites par l'ostéite raréfiante. Ici la complication prend le pas sur l'affection primitive. Nous avons relevé huit cas où il en a été ainsi. Plus souvent, du reste, les lésions du pied tabétique évoluent en dehors du mal perforant (2).

---

(1) [F]ayard. Loc. cit., Obs. I, p. 23.

---

(1) Tuffier et Chipault. Étude sur la chirurgie des tabétiques : I. Arthropathie tabétique du pied ; II. De l'arthropathie primitive dans le mal perforant, *Arch. gén. de méd.*, oct. 1889.

(2) Nous avons noté, à ce seul point de vue, les observations publiées de pied tabétique. Les plus anciennes ont été réunies par nous dans une Revue : Chipault et Souques. Arthropathies tabétiques du pied, *Gaz. des hôpit.*, 9 mars 1889, p. 265.

1 à 4. Charcot et Féré. Affections osseuses et articulaires du pied chez les tabétiques. Pied tabétique, *Arch. de neurol.*, t. VI, 1883, p. 305-320 : Pas de mal perforant dans ces quatre observations. — 5. H.-W. Page. Arthropathie du pied dans un cas de tabes dorsal, *Trans. of the internat. med. Congr.*, London 1881, t. I, p. 211, et *Brit. Med. Journ.*, 1883, t. I, p. 772 : Lésions du cuboïde, du scaphoïde, des trois cunéiformes. Un mois après leur début, mal perforant pulpaire du gros orteil ; plus tard, sillons à la plante du pied. — 6. Cl. Lucas. A case of Charcot joint-disease (Ataxic Arthropathy) attacking the right Elbow and Foot, *Clin. Soc. Trans.*, 1881, t. XVII, p. 118, et *The Lancet*, March 1, 1881, p. 390 : Pas de mal perforant. — 8. Gaucher et Duflocq. Arthropathie tibio-périnéo-tarsienne gauche tabétique, *Rev. de méd.*, 1881, p. 419-423 : Pas de mal perforant. — 8. Féré. Note sur un nouveau cas de pied tabétique, *Rev. de méd.*, 1881, p. 173-178 : Arthropathie des articulations du bord interne du pied droit. Ulcération perforante au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du petit orteil. Durillon symétrique, ayant autrefois suppuré. — 9. Boyer. Ataxie locomotrice. Pied tabétique, *Rev. de méd.*, 1881, p. 487 : Pas de mal perforant. — 10. Chauffard. Étude sur un cas de pied tabétique, *Bul. de la Soc. méd. des hôpit.*, 23 oct. 1885, p. 329 : Maux perforants du pied gauche et, six mois après, du même côté, arthropathies tarso-métatarsiennes plus marquées sur le bord interne du pied. — 11. Troisier. Un cas de pied tabétique double à la première période du tabes dorsalis, *Bul. de la Soc. méd. des hôpit.*, 9 avril 1886, p. 183 : Pas de mal perforant. — 12. Féréol. Un autre cas de pied tabétique, *Id.*, 9 avril 1886, p. 186 : Pas de mal perforant. — 13-14. Devis. *Contribution à l'étude du pied tabétique*, Th. de Paris 1886, n° 168 : *a*. Obs. VIII, p. 60. Pas de mal perforant ; *b*. Obs. IV, p. 77. H., vingt-sept ans, mal perforant sous le gros orteil droit. A vingt-neuf ans, arthropathie des trois cunéiformes et des têtes métatarsiennes correspondantes. — 15-16. Czerny. Ueber die Neuropatischen Gelenks affectionen, *Arch. f. Klin. Chir.*, t. XXXIV, 1886, p. 267 : Pas de mal perforant. — 17. Bernhardt. Société de médecine interne de Berlin, 27 juin 1887 : Pas de mal perforant. — 18. P. Sonnenburg. Die Arthropathia tabidorum. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1887, p. 127, Obs. p. 146 : Pas de mal perforant. — 19. Rotter. Die Arthropathien bei Tabiden, *Arch. f. Klin. Chir.*, 1887, p. 1-78, Obs. p. 59 : H., quarante ans. Mal perforant sous-métatarso-phalangien du gros orteil, dont la guérison fut suivie, au bout de six semaines, d'une arthropathie tibio-tarsienne du même côté. 20. Kramer. Zur Casuistik des tabischen Fusses, *Prag. Med. Wochens.*, aug 17 th. 1887, n° 33, p. 233 : Pas de mal perforant. — 21-22. Paulides. *Des arthropathies tabétiques du pied*, Th. de Paris 1888, n° 283 : *a*. Obs. I, p. 26. Pas de mal perforant ; Obs. XVIII, p. 56. H., cinquante-deux ans. En 1886, mal perforant du pied droit. Peu après, arthropathies tibio-tarsienne, puis métatarso-phalangienne de ce côté. — 23-24. Schlange, Deux cas sans mal perforant indiqué, communication orale à la Société de chirurgie de Berlin, 13 février 1887, d'après J. Wolff. Ueber einen Fall von Arthrectomie des Kniegelenks wegen neuropatischer Gelenks-affection, *Berl. Klin. Wochens.*, 4 fév. 1889, n° 6, p. 186. — 25. W. Muller. Casuistische Milthelungenaus dem Herzoglischen Krankenhause in Braunschweig Drei Fælle von Arthropathie bei Tabes dorsalis, *Arch. f. Klin. Chir.*, 1889, p. 669, Obs. III, p. 666 : Pas de mal perforant. — 26. Tuffier et Chipault. Loc. cit., Obs I : Mal perforant précurseur. — 27. Audeoud (H.). Note sur un cas d'ataxie locomotrice avec mal perforant et arthropathie tabétique des pieds, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 oct. 1890, p. 581, Obs. p. 586 : Six ans après le début du tabes mal perforant sous-métatarso-phalangien du gros orteil, qui g[...] ment. Six mois après, début d'une arthropathie de tout le [...] puis même accidents du côté droit. — 28. Richardière [...] pied tabétique, clinique in *Semaine méd.*, 10 juin 1891

disent Lenoir et Queyssac. Nous ne les avons jamais trouvées que sous des durillons (aux points d'appui normaux ou anormaux) et les durillons sont loin d'être la règle, surtout lorsque le pied a sa forme normale. Dans ces cas même, il ne s'agissait, le plus souvent, que d'une raréfaction, d'une diminution de l'adiposité du tissu cellulaire sous-cutané, sans bourse séreuse véritable.

Une plaie, une ulcération quelconque, entretenues par la malpropreté, les frottements, la position déclive, peuvent, comme un hygroma suppuré devenu fistuleux, simuler le mal perforant. Le fait est fort rare ; nous ne l'avons rencontré qu'une fois, et dans tous les autres cas d'ulcération plantaire perforante, au nombre de plus de cinquante, que nous avons étudiés, nous avons toujours trouvé des symptômes permettant d'affirmer l'existence d'une névrite dont la cause était généralement facile à retrouver, par l'analyse locale ou générale du malade.

En présence de ces *pseudo-maux perforants* (arthrite ou hygroma fistuleux, plaie atonique), on n'oubliera pas ces faits rares, au premier abord étranges, de maux perforants sans troubles de la sensibilité, que nous signalions tout à l'heure. Ils tromperaient certainement, après un examen rapide, un clinicien non prévenu. On n'oubliera pas non plus, que les *pseudo-maux perforants* peuvent aboutir au *mal perforant véritable*, soit en évoluant sur un pied déjà trophique, soit en provoquant autour d'eux une névrite d'origine périphérique. Nous avons soigné, il y a quelques années, à Cochin, un ouvrier de vingt-sept ans, pour une inflammation aiguë de la bourse séreuse du gros orteil droit. Huit jours après le début, l'hygroma suppura, devint fistuleux, et, quelques semaines plus tard, autour de la fistule, se développa une zone d'hyperesthésie, puis d'anesthésie très nette : le *pseudo-mal perforant* était devenu *mal perforant*. Enfin, on saura ranger, parmi les maux perforants, les ulcérations plantaires de la lèpre anesthésique, les ulcérations palmaires de la maladie des chromateurs, pour lesquelles on cherchait autrefois des caractères différentiels et qui rentrent manifestement dans le cadre du mal perforant.

Quelques auteurs font également le diagnostic du mal perforant avec le psoriasis, l'eczéma, les ulcères syphilitiques, cancéreux, les nœvus kératodermiques. La divergence devient ici tellement grande que nous n'insisterons pas.

IV

Un pansement aseptique léger, le repos absolu suffiront presque toujours pour amener la cicatrisation des maux perforants (1). Il est vrai que, presque aussitôt le travail de la marche repris, l'ulcération récidive. Mais peut-on faire mieux ? Sans doute, il sera bon, dans tous les cas, d'abraser l'épiderme mortifié ; lors de nécrose étendue, on enlèvera utilement, ainsi que le conseille M. Chaput, les parties osseuses mortifiées ; lorsqu'un orteil est réduit à un moignon gênant, douloureux, sa suppression s'impose, mais en dehors de ces cas particuliers, les amputations ne doivent être qu'une méthode d'exception ; elles sont tout d'abord parfaitement inutiles lors de mal perforant d'origine centrale. Le moignon ne tarderait pas à devenir le siège de récidives, souvent avant la cicatrisation complète, toujours ou à peu près dès que le malade se lève. Sur 9 maux perforants, d'origine centrale (7 ataxiques, 1 diabétique, 1 fracture de la colonne vertébrale), que nous avons suivis à ce point de vue, et qui ont subi, de la part de divers chirurgiens, des amputations successives d'orteils du pied, de la jambe, nous avons vu neuf séries de récidives ; le malade, bien connu de Nélaton, d'après lequel ce chirurgien fit la première étude clinique du mal perforant, eut un sort analogue. Il en serait de même de tout opéré pour un mal perforant dû à une névrite périphérique remontant plus haut que le niveau de l'amputation, à moins que la névrite ne soit curable par elle-même, et l'exérèse était alors inutile. Les opérations chirurgicales seront donc réservées aux cas très rares où les troubles trophiques, graves, anciens, pénibles, sont dus à une névrite périphérique restée très localisée, et dont l'amputation pourra dépasser largement les limites. Au point de vue des indications opératoires, le chirurgien doit, en somme, se conduire vis-à-vis d'un mal perforant et de sa névrite causale, comme d'une tumeur maligne.

Il est un autre fait qu'il ne devra pas oublier en traitant, cette fois par les pansements seuls, un mal perforant : c'est que son pansement va recouvrir un membre trophique, extrêmement susceptible à toutes les influences extérieures. Un antiseptique trop actif pourra sur ce membre déterminer des poussées d'érythème très pénibles, un pansement trop serré pourra provoquer de nouvelles ulcérations : l'un et l'autre, en somme, détruiraient tout l'effet favorable du repos sur l'ulcération et sur la névrite.

(1) Consulter, sur le traitement des maux perforants : LAVALLÉE. Mal perforant aux deux pieds. Amputation de Chopart, *Bul. de la Soc. de chir.*, Paris 1861, 2e s., t. I, p. 472. — ALLING. Mal perforant du gros orteil droit. Récidive. Amputation, *Bul. de la Soc. de chir.*, Paris 1871, t. XLVI, p. 169. — JOLY. *Du mal perforant et de son traitement par la compression élastique*, Th. de Paris 1872. — NICAISE. Mal perforant plantaire, clinique chirurgicale de l'hôpital Laënnec, in *Semaine méd.*, 1885, p. 147. — CHIPAULT. Désarticulation sous-astragalienne par mal perforant, *Bul. de la Soc. anat.*, 1889, p. 577. — CHAPUT. Traitement par résection osseuse du mal perforant, *Journ. de méd. de Paris*, 1889, no 19.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de thérapeutique (1), par Georges HAYEM.

M. Hayem continue la publication de ses consciencieuses leçons de thérapeutique ; il poursuit dans le présent volume l'histoire des médications et passe successivement en revue la médication hypnotique, les médications stupéfiante, antispasmodique, excitatrice de la sensibilité, hypercinétique ; la médication de la kinésitaraxie cardiaque, de l'asystolie, de l'ataxie et de la neurasthénie cardiaques. Nous avons présenté à nos lecteurs les séries précédentes de ces leçons ; nous avons fait connaître la façon de procéder du professeur, nous n'y reviendrons pas.

Le meilleur éloge que nous puissions faire de ces leçons est de dire qu'elles représentent un argument sérieux à opposer à M. Hayem lorsqu'il demande la transformation de la chaire de thérapeutique théorique en chaire de clinique thérapeutique. Il est nécessaire à notre sens qu'il y ait une chaire de thérapeutique ; il faut qu'un des professeurs rassemble dans son enseignement les notions théoriques nécessaires, indispensables au médecin, pour entreprendre le traitement des maladies. Il faut que quelqu'un apprenne aux élèves à connaître non seulement les médicaments mais les médications ; que quelqu'un les tienne au courant des progrès réalisés soit par l'expérimentation, soit par la clinique, que quelqu'un fasse pour eux un choix sage et justifié dans la foule innombrable des produits pharmaceutiques et des productions thérapeutiques. Les leçons de M. Hayem prouvent qu'il l'a très bien compris ; il serait regrettable d'être privé d'un enseignement qui doit considérer les choses de haut, dans leur ensemble et non dans le détail de l'application.

Si la chaire de thérapeutique devenait une chaire de thérapeutique clinique, en quoi donc différerait-elle des autres chaires de clinique dans lesquelles le professeur fait, à propos de chaque

(1) In-8o. Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

malade, le diagnostic, le pronostic et le traitement? Y aurait-il donc des professeurs qui feraient séparément le diagnostic, le traitement et... l'autopsie? Une chaire de pronostic serait, en somme, aussi justifiable qu'une chaire de thérapeutique clinique.

Faisons encore une querelle à M. Hayem. Pourquoi inventer le mot kinésitaraxie qui hérisse ses syllabes exotiques devant le lecteur étonné? Était-il bien nécessaire de dire en grec ce qui pouvait s'exprimer en français, soit par insuffisance cardiaque, soit par gêne mécanique de la circulation? Et M. Hayem déclare s'efforcer d'éviter les mots nouveaux!

Manuale di Terapia clinica delle malattie veneree, sifilitiche et della pelle, par L. Carusi (de Naples).

Ce manuel, précédé d'une dédicace au Prof. de Amicis (et même au signor Crispi), constitue un memento thérapeutique commode à consulter, car il porte la date de 1891, et est au courant des plus récentes acquisitions thérapeutiques de la vénéréologie. L'emploi du système décimal usuel en Italie met, en réalité, ce petit formulaire à la portée des médecins, même de notre pays, qui ne possèdent pas à fond la langue italienne.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

209. M. Cartier. Contribution à l'étude du rachitisme et, en particulier, de son traitement maritime. — 210. M. Jouis. Quelques considérations sur certaines formes d'arthrite blennorrhagique. — 211. M. Bonnel. Carie costale et abcès froids thoraciques. — 212. M. Jollivet. Secret, discrétion, tact chez le médecin. — 213. M. Goubert. De la prédisposition morbide dans l'enfance. — 214. M. Pactet. Aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux. — 215. M. Salmon. Anévrysmes de la main. — 216. M. Delmez. Étude sur les kystes du mésentère. — 217. M. Vene. Étude sur les délires post-opératoires. — 218. M. Fouquet. Les digitalines commerciales. — 219. M. Biolet. Quelques considérations sur le mutisme hystérique. — 220. M. Vernet. Contribution à l'étude clinique du pincement de l'intestin par les fissures sus-ombilicales. — 221. M. Rascol. Contribution à l'étude des thyroïdites infectieuses. — 222. M. Doulet-Fortunay. Étude critique sur l'étiologie du paludisme. — 223. M. Charles. Des résections de l'avant-bras après les traumatismes des parties molles. — 224. M. Pein. Sur l'action pyogénique du bacille typhique. — 225. M. Porembski. Contribution à l'étude des cirrhoses hépatiques chez les enfants. — 226. M. Lefèvre. Étude clinique des néologismes chez les aliénés. — 227. M. Roques. De l'alcoolisme et de la paralysie générale dans leurs rapports réciproques. — 228. M. Macon. Étude des résultats de la résection du genou. — 229. M. Zaborowski. Quelques cas d'ablation de fibromes utérins pendant la grossesse. — 230. M. Vincent. Des tachycardies. Valeur séméiologique et pathogénique. — 231. M. Casimir Dluski. Du pronostic dans quelques variétés de néphrites chez les enfants. — 232. M. Simonet de Laborie. Le sérum du sang du chien. Ses propriétés thérapeutiques. — 233. M. Georgevitch. Contribution au diagnostic de la forme méningée de la dothiénentérie infantile. — 234. M. Mesnard. Étude sur les pseudo-coxalgies dépendant d'une différence de longueur des deux membres inférieurs. — 235. M. Fréal. De la procidence du cordon ombilical dans l'insertion vicieuse du placenta. — 236. M. Nermord. Contribution à l'étude des fistules biliaires hépato-bronchiques. — 237. M. Barillet. Des complications infectieuses de la périodontite suppurée. — 238. M. Willot. De la cataracte hémorrhagique. — 239. M. Soulie. Traitement des prolapsus du rectum. — 240. M. Holsted-Boyland. Des glycosuries non diabétiques. — 241. M. Demahis. Des injections hypodermiques de gaïacol iodoformé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — 242. M. Wagner. Étude sur les œuvres de Puzos.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date des 10 et 12 juillet 1891, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. Machenaud, médecin de première classe de la marine, et M. le docteur Douvillé, vice-président de l'Association philotechnique de Paris.

— Par décret, en date du 13 juillet 1891, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Eichinger, à l'hôpital militaire de Vincennes, en remplacement de M. Berger, retraité; désigné pour l'hôpital militaire de Chambéry (médecin chef). — M. Delmas, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers, en remplacement de M. Josien, mis en non-activité; maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Fourcade, au 59e régiment d'infanterie, en remplacemeut de M. Bédoin, mis en non-activité; désigné pour le 15e régiment d'infanterie. — M. Schneider, à la direction du service de santé au ministère de la guerre, en remplacement de M. Paloque, retraité; maintenu à son poste actuel. — M. Warion, au 68e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Duponchel, décédé; maintenu à son poste actuel. — M. Nimier, agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. Eichinger, promu; maintenu à son poste actuel. — M. Vinsac, aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, en remplacement de M. Delmas, promu; désigné pour le 1er régiment de tirailleurs algériens.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Baylac, au 15e régiment d'infanterie, en remplacement de M. Richard, décédé; maintenu à son poste actuel. — M. Lapasset, surveillant à l'École du service de santé militaire, en remplacement de M. Boussavit, démissionnaire; maintenu à son poste actuel. — M. Privat, à l'École militaire préparatoire de cavalerie d'Autun, en remplacement de M. Boinet, mis hors cadre; maintenu à son poste actuel. — M. Astier, aux batteries d'artillerie de la division de Saint-Mihiel, en remplacement de M. Roblot, mis en non-activité; maintenu à son poste actuel. — M. Lanel, aux hôpitaux militaires de la division d'Alger, en remplacement de M. Fourcade, promu; maintenu à son poste actuel. — M. Seguin, au 2e régiment de spahis, en remplacement de M. Schneider, promu; désigné pour le 2e régiment de zouaves. — M. Milliot, au 27e bataillon de chasseurs à pied, en remplacement de M. Warion, promu; désigné pour le 122e régiment d'infanterie. — M. Mouret, au 2e régiment de hussards, en remplacement de M. Nimier, promu; désigné pour le 31e régiment d'infanterie. — M. Brissé-Saint-Macary, aux hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie, en remplacement de M. Vinsac, promu; maintenu à son poste actuel.

— M. le docteur Ricard, suppléant M. le professeur Verneuil, commencera ses leçons cliniques chirurgicales, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 20 juillet à dix heures, et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

5

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

77

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

4

VIN DE BELLINI (ET QUINA COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.
DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. Bellini

96

PULVIFÈRE-TAMPON DIBOT

pour traitement des maladies de la femme.

Échantillon gratuit sur demande aux médecins et sages-femmes. — Phie, 34, r. St-Lazare, Paris.

39

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

66

LE VIN DE QUINIUM

D'ALFRED LABARRAQUE, membre de l'Académie de médecine de Paris, est le vin de quinquina à son maximum de puissance et de concentration.

Le Quinium, découvert par Delondre et Labarraque, collaborateurs de Pelletier et Caventou, les inventeurs de la quinine, est un extrait total dosé et titré de quinquina.

Le **Vin de Quinium de A. Labarraque** contient, par litre, 1 gr. 50 des alcaloïdes réunis et 3 gr. des autres principes toniques et aromatiques.

Nota. — *En raison de son énergie et de la capacité des flacons, ce vin est d'un prix modéré et moins cher que la pluport des produits similaires. Il suffit, en général, d'en prendre un verre à liqueur après chaque repas. Prix : 6 francs la bouteille et 3 francs la demi-bouteille. Depuis 1860, le Vin de Quinium est préparé par la maison L. Frere, A. Champigny et Cie, succes., 19, rue Jacob, Paris, qui a obtenu les plus hautes récompenses décernées aux produits pharmaceutiques aux Expositions univers. de Paris et de l'Étranger.*

77

OREZZA

Eau minérale acidule ferrugineuse gazeuse

contenant le *Fer sous sa forme la plus assimilable* contre

ANÉMIE, CHLOROSE, GASTRALGIES,

et toutes maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

69

LE QUINA RAGOUCY

Elixir à base d'Extrait de quinquina, est riche en alcaloïdes et renferme les principes tanniques complètement inaltérés. Cet agent de tonification agit efficacement dans tous les cas d'*anémie*, sans amener de *constipation* ni de *maux d'estomac*. — **4 fr. 25.**

Se trouve dans toutes les Pharmacies. — Paris, Pharmacie, 13, boulevard Haussmann.

38

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0 fr. 50** le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1 fr. 25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1 fr. 25** le mètre; 4° le macintosh, **5 fr.**

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oradges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

32

TABLETTES DESLAURIERS

CHLOROBORATÉES

GRIPPE, ENROUEMENT, AFFECTIONS DE LA BOUCHE ET DE LA GORGE, LARYNGITES

Nos anciennes tablettes sont dédoublées en petites pastilles lenticulaires d'un goût très agréable, d'un emploi plus commode et renfermant 5 cent. de chlorate de potasse, 5 centigr. de borate de soude et 2 milligr. de cocaïne. — Se conservant indéfiniment. — La boîte : 2 fr. 25.

Eug. Fournier, pharm., *Issy-Paris*, et ttes phies.

43

BANDAGE MEYRIGNAC

Ce bandage, expérimenté dans les hôpitaux de Paris, a été présenté à la Société de chirurgie, dans sa séance du 22 avril 1891. Il a été accepté après un rapport des plus favorables.

Ce bandage supprime le ressort du dos et maintient sans aucune douleur les hernies les plus volumineuses.

Meyrignac, fabricant, 229, rue Saint-Honoré, Paris.

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : De 1 a 4 cuillerées a soupe dans un peu d'eau.

Phie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

N° 84. — MARDI 21 JUILLET 1891. 64e ANNÉE. MARDI 21 JUILLET 1891. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. Le goître suffocant. — Revue de la Presse. — Société de Chirurgie. — Le projet de loi sur les Universités. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 20 juillet 1891.

Voici terminée cette année scolaire qui s'annonçait grosse de réformes ; elle finit piteusement, sans bruit, comme les précédentes, et les lourdes portes de la Faculté vont se fermer sur le dernier docteur, renfermant précieusement derrière elles le même stock d'inattaquables routines. Un instant, nous avons cru que la Faculté allait sortir de sa torpeur et s'éveiller un tant soit peu. On avait parlé autour d'elle de rivalité, de concurrence possible. Les professeurs s'étaient remués un instant sur leur siège, ils s'étaient convoqués, ils s'étaient même réunis souvent; mais leurs délibérations sont restées secrètes !!

Officieusement, sans mandat reconnu, en dehors de toute ingérence apparente de la Faculté, deux professeurs des plus aimés sont venus en leur nom personnel, qui, près des médecins, qui, près des chirurgiens, et ont tâché d'amener le corps des hôpitaux à se courber et à s'incliner devant l'enseignement officiel. La Société médicle des hôpitaux a ouvert le feu. Pris un peu au dépourvu, par crainte peut être de trop s'avancer vers un côté adverse, les médecins des hôpitaux (en petit nombre, il est vrai) sont entrés dans l'ornière officielle. Ce fut une erreur, que comprirent les chirurgiens. Ceux-ci ne se laissèrent amadouer par aucune parole, ils ne voulurent entendre aucune promesse d'où qu'elle vînt et, dédaignant de délibérer sur des racontars, ils attendirent des propositions fermes, officielles, précises, et non des bruits de couloir colportés mystérieusement de bouche en bouche. C'était, en effet, à quoi se réduisaient aussi bien les propositions de la Faculté que celles du Conseil municipal.

La parole est maintenant aux accoucheurs, qui, paraît-il, vont nettement prendre parti contre la Faculté.

De toutes ces convocations, de toutes ces discussions, que résultera-t-il ? Rien, rien, et encore rien. L'année scolaire a fini comme elle avait commencé, l'année prochaine commencera et finira de même, et il continuera longtemps d'en être ainsi, sans qu'une réforme sérieuse puisse voir jour. C'est que la proposition des réformes dépend de ceux-là mêmes contre lesquels elles seraient dirigées.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Le goître suffocant.

Vous avez pu examiner, dans le service, une femme pâle, cachectique, entrée à l'hôpital pour deux ordres différents d'accidents : 1° des poussées d'inflammation péritonéale dues à des fibromes très volumineux de l'utérus; 2° des crises de suffocation. Ce sont de ces crises seulement, dont le diagnostic a été assez délicat, que je désire vous entretenir. Les fibromes sont anciens déjà, la poussée inflammatoire est aujourd'hui calmée. Le fait clinique de leur existence est néanmoins intéressant à retenir pour interpréter exactement la cachexie, les troubles digestifs et jusqu'à un certain point l'évolution des crises de dyspnée qu'offre cette malade.

Comme antécédents héréditaires, le seul fait intéressant est, parmi les ascendants de cette malade, la fréquence très grande du goître. Comme antécédents personnels, cette femme, de santé assez robuste, a eu quatorze grossesses. A chacune d'elles, elle remarqua que son cou grossissait, mais ce gonflement n'était que passager. A deux reprises, depuis sa dernière grossesse, à la suite d'émotions très violentes, elle eut des gonflements plus considérables et surtout subits. Ils finirent néanmoins par rétrocéder également.

Depuis plusieurs années déjà elle souffre d'étouffements, sa voix est enrouée. A l'entrée, la dyspnée était très marquée, la toux rauque et très pénible, l'expectoration extrêmement difficile. A l'inspection du cou, on n'apercevait, à première vue, aucune saillie. L'examen des poumons ne révélait rien qu'un peu d'exagération de la sonorité, de sécheresse du murmure vésiculaire, ces signes étant également répartis sur tout l'ensemble de la cavité thoracique ; mais le cornage, la respiration trachéale bruyante, indiquaient une compression de la trachée. Je songeai à un anévrysme de l'aorte, mais l'examen, tout à fait négatif, dut me faire rejeter cette hypothèse. Toutefois, en percutant la région aortique, je trouvai un symptôme que je ne cherchais point, et qui me mit sur la voie du diagnostic. A la partie supérieure du sternum, on trouve une matité très nette, comme siège et comme forme, on ne peut même comparer cette zone de matité, qu'à une sorte de hausse-col. En palpant, on constate, au-dessus du sternum, une tuméfaction arrondie, ovoïde, à grand axe transversal, du volume d'un œuf. Cette tuméfaction se divise en deux par-

ties : l'une latérale gauche, la plus volumineuse; l'autre médiane, plus enfoncée sous le sternum, moins volumineuse que la partie gauche. La consistance est élastique sans la fluctuation du goître kystique, sans la dureté du goître fibreux. Il s'agissait donc, ici, de cette variété de goître connue sous le nom de goître suffocant.

Si, malgré son faible volume, cette variété de goître détermine ces crises extrêmes de dyspnée, alors que des goîtres énormes n'entraînent parfois qu'une légère gêne respiratoire, c'est par suite de son enfoncement sous le sternum. Les noms de goître plongeant, goître en dedans, goître rétrosternal, rappellent bien cette particularité. On peut voir, pourtant, les tumeurs thyroïdiennes déterminer de la dyspnée, sans plonger derrière le sternum, soit qu'elles aient eu un accroissement rapide, soit qu'elles aient pris une forme spéciale. Parfois, en effet, leurs prolongements s'insinuent entre la trachée et l'œsophage, en arrière même de l'œsophage, entourant la trachée d'un véritable anneau. Ces faits sont rares. Chez notre malade, d'ailleurs, il n'y a aucune hypertrophie du lobe droit et, par suite, aucune possibilité de cette disposition en anneau.

Les causes qui font que le goître s'enfonce derrière le sternum, ont été très discutées. La brièveté du cou, les alternatives de gonflement et de régression ont peut-être pu jouer un rôle chez cette femme. De plus, le goître, chez elle, est petit, fibreux, unilatéral. Toutes ces causes facilitent le plongement, les goîtres un peu volumineux et développés en masse s'arrêtent, au contraire, par suite de leur saillie médiane, sur la fourchette sternale.

Un autre fait intéressant est que la malade, par suite de ces corps fibreux, a toujours respiré un peu péniblement. Cette gêne de la respiration, qui est un des effets, peut être aussi une des causes du plongement. Dans l'inspiration difficile, le vide, qui se forme dans le thorax, tend à entraîner le goître comme à travers une filière dans l'espace limité par le sternum, la clavicule et la première côte. De plus, les sterno-mastoïdiens se contractent pour venir en aide aux autres inspirateurs. La pression qu'ils exercent latéralement sur la tumeur, peut également contribuer à son engagement. Le goître, une fois engagé, tend donc à l'être de plus en plus, du fait même de la dyspnée qu'il amène. Bien que l'inflammation aiguë soit rare, il se forme d'ordinaire, par inflammations lentes, des adhérences qui maintiennent, plus ou moins étroitement, la tumeur dans sa position rétrosternale.

Les symptômes ordinaires du goître se trouvent, par cette fixité dans une situation anormale, notablement modifiés. La tumeur peut, vous l'avez vu, échapper à l'inspection; elle ne saurait, en revanche, être assez cachée pour ne pas être perçue à la palpation. Mais, dans quelques cas, l'éloignement de la partie moyenne du cou, l'absence d'ascension dans les mouvements de déglutition, quand la tumeur est maintenue par des adhérences, font que tout d'abord on ne songe pas à sa dépendance du corps thyroïde. Parfois, quand les adhérences sont moins fortes, on peut faire sortir, plus ou moins complètement, le goître de sa loge, soit par des tractions, soit en disant au malade d'étendre fortement la tête. Mais cette exploration ne donne pas toujours de résultats, elle peut augmenter notablement la dyspnée; le dégagement de la tumeur, qu'on obtient de cette façon, n'est d'ailleurs jamais que provisoire. Comme autres caractères, je vous rappellerai la matité rétrosternale, qui nous a été si utile pour le diagnostic chez notre malade. Quelquefois même, il y a déformation, refoulement de la partie supérieure du sternum ou d'une articulation sterno-claviculaire. Parfois aussi, les battements carotidiens se transmettent à la tumeur qu'ils soulèvent légèrement. Ce dernier symptôme pourrait faire songer à un anévrysme, mais il est trop peu accusé pour que le diagnostic soit vraiment difficile.

La compression due à la situation spéciale du goître porte surtout sur la trachée. Celle-ci peut être aplatie, déviée, coudée brusquement. A cette gêne mécanique s'ajoute d'ordinaire, par irritation, du catarrhe ; l'hypersécrétion visqueuse due à ce catarrhe contribue beaucoup à la dyspnée. La suffocation survient d'abord à l'occasion d'un effort, d'une fatigue, d'un refroidissement, puis le cornage est permanent. Parfois, les malades sont forcés de garder la tête immobile dans la position moyenne : le moindre mouvement, soit d'extension, soit de flexion, amenant une crise immédiate. Ces crises finissent souvent par entraîner la mort, soit lentement, soit brusquement, soit par asphyxie; ces dénouements brusques sont parfois très précoces et très imprévus. La compression de l'œsophage, des veines, est d'ordinaire moins marquée; vous connaissez les symptômes : dysphagie, congestion de la face, parfois troubles de congestion cérébrale, que ces compressions entraînent. Quant aux artères, elles échappent presque toujours à la compression.

Le diagnostic doit porter sur trois points principaux. Il faut, tout d'abord, vous assurer qu'il s'agit bien d'un goître et non d'un anévrysme, d'un lipome. Vous y parviendrez, d'ordinaire, sans difficultés. Il faut ensuite rechercher les caractères de ce goître, sa consistance fibreuse ou kystique, son siège spécial. Vous devez surtout vous attacher à bien éliminer le cancer du corps thyroïde. Vous aurez dans le cancer trois caractères différentiels principaux : la douleur, les adhérences, les adénopathies. Enfin, si bien établie que soit la présence d'un goître rétro-sternal, il faut, par l'examen complet de votre malade, vous assurer que ce goître est bien la cause et la seule cause de la dyspnée, qu'il n'y a pas de lésions cardiaques, aortiques, pulmonaires, rénales. Inversement, dans toute dyspnée, songez au goître plongeant. Bien des malades, atteints de cette affection restée méconnue, ont été, pendant des années, traités vainement pour un asthme prétendu, une bronchite supposée et même pour une soi-disant tuberculose.

Le traitement sera tout d'abord médical. L'iode, l'iodure de potassium seront prescrits, tant intérieurement qu'en applications extérieures. Pour les applications extérieures de pommade iodurée, le véhicule doit être, non la vaseline, mais l'axonge; le rancissement de l'axonge au contact de la peau est, en décomposant l'iodure, favorable à l'absorption. Les injections interstitielles de teinture d'iode dans le goître sont, en ce cas, impossibles. Le gonflement momentané qu'elles entraînent risquerait d'entraîner des phénomènes graves de suffocation.

On a parfois essayé de dégager le goître et de le maintenir dégagé au moyen d'appareils. Ces tentatives, en raison soit de l'imperfection des appareils, soit de leur difficile tolérance, réussissent rarement. Les tentatives pour maintenir le goître dégagé par les sétons, la transfusion, semblent également abandonnées. L'ablation complète d'un goître plongeant serait toujours chose grave; l'antisepsie, en mettant à l'abri d'un grand nombre des compli-

cations d'autrefois, pourrait pourtant la rendre possible. Dans certains cas, enfin, vous devrez, pour pallier une dyspnée menaçante, faire la trachéotomie. Comme l'incision porte au-dessus du rétrécissement, la trachéotomie doit être unie au cathétérisme de la trachée; un tube de caoutchouc, ou mieux encore un mince tube formé par une spirale d'argent est introduit par la canule jusqu'au-dessous du rétrécissement. Si la trachéotomie est faite tardivement et pour une dyspnée très menaçante, rappelez-vous que, plus particulièrement que dans un autre cas, on a observé des morts subites au cours même de l'opération.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement du rhumatisme blennorrhagique. — M. G. Lyon résume de la façon suivante, dans une intéressante étude des *Annales de médecine*, le traitement du rhumatisme blennorrhagique.

S'il était encore besoin de justifier la démarcation établie entre le rhumatisme blennorrhagique et le rhumatisme articulaire aigu, on trouverait les éléments de cette justification dans les résultats donnés par le traitement. En effet, les médicaments que l'on administre avec succès dans le rhumatisme articulaire aigu, n'ont que peu ou pas d'influence sur l'évolution du rhumatisme blennorrhagique. Est-ce à dire que l'on soit absolument désarmé contre ce dernier? Ce serait dépasser notre pensée. Il est une série de moyens, les uns médicaux, les autres chirurgicaux, qui, mis successivement en œuvre, peuvent, dans la plupart des cas, prévenir ou atténuer la conséquence la plus fâcheuse pour le travailleur, l'ankylose.

Il est établi aujourd'hui qne le rhumatisme n'affecte aucun rapport avec la persistance, la disparition ou la recrudescence de l'écoulement; il faudra traiter la blennorrhagie par les moyens habituels, mais sans attendre de ce chef une influence sur les arthrites blennorrhagiques; on devra surtout se garder de provoquer la réapparition de l'écoulement, comme on le faisait autrefois, alors que l'on croyait à la théorie de la métastase. Il est bon de savoir, d'ailleurs, que dans quelques cas l'amélioration et même la disparition des accidents articulaires a paru coïncider avec le traitement du foyer de l'infection; c'est ainsi que, dans une observation de M. Poncet, de rhumatisme consécutif à une ophthalmie blennorrhagique, les accidents articulaires ont disparu au fur et à mesure que la sécrétion purulente de l'œil diminua.

Le traitement *médical* est peu efficace; le salicylate de soude, notamment, n'exerce en général aucune influence favorable; il a paru, cependant, donner parfois quelques résultats dans la forme polyarticulaire; l'antipyrine pourra être employée avec avantage contre la douleur.

La blennorrhagie étant considérée autrefois comme de nature syphilitique, le traitement mercuriel lui était appliqué ainsi qu'à ses complications; c'est ainsi que Rayer traitait les blennorrhagiques avec des pilules de Sédillot; lorsque la spécificité de la blennorrhagie fut reconnue, Rayer continua néanmoins à soumettre les blennorrhagiques au traitement mercuriel; récemment, M. Morel-Lavallée a vu deux cas de rhumatisme blennorrhagique guérir complètement sous l'influence du même traitement (10 centigrammes de protoiodure par jour pendant six semaines); l'un de ses malades présentait la forme de polyarthrite déformante progressive pseudo-noueuse, et, chose remarquable, l'atrophie musculaire concomitante disparut également; ces deux observations ne peuvent être considérées comme très probantes, car les deux malades étaient en même temps syphilitiques; il est bon de remarquer, d'ailleurs, que M. Jullien avait communiqué, il y a cinq ans, le résultat du traitement du rhumatisme blennorrhagique par des injections sous-cutanées de bichlorure, suivant la méthode de Lewin. La question du traitement du rhumatisme par le mercure n'est donc pas encore résolue; il est probable que l'on sera prochainement fixé à cet égard; l'action du mercure dans ces cas s'expliquerait aisément par ses vertus antiseptiques. Disons enfin que l'iodure de potassium sera utile comme résolutif au déclin de la phase aiguë.

Le traitement *local* est le traitement par excellence du rhumatisme blennorrhagique. L'arthrite suppurée sera traitée par l'arthrotomie, le lavage de l'articulation et son immobilisation, mais l'arthrite suppurée est exceptionnelle, et c'est le plus souvent la mono-arthrite à tendance ankylosante que le médecin est appelé à traiter. Voici la conduite à tenir en pareil cas : après avoir fait de la révulsion à l'aide de pointes de feu, on entoure l'articulation de bandelettes de Vigo imbriquées, l'on fait un pansement ouaté et l'on place le membre dans une gouttière, ou bien on applique un appareil plâtré inamovible, que l'on remplacera plus tard par un appareil silicaté, s'il s'agit d'une arthrite du membre inférieur.

L'immobilisation fait disparaître la douleur; mais le but essentiel du traitement est d'éviter l'ankylose; aussi, dès que les phénomènes inflammatoires seront calmés, il faudra, pour rompre les adhérences commençantes, procéder à la mobilisation de l'articulation; il est impossible de déterminer le moment précis où l'on pourra procéder à ces mouvements; c'est la disparition de la douleur qui sera le meilleur guide à cet égard; on interviendra « lorsque la mobilisation pourra s'effectuer sans autre douleur que celle qui est due à l'extension des parties rétractées » (Le Fort).

Quelques variétés d'hémoptysies non tuberculeuses. — Les hémoptysies répétées, alors même qu'elles surviennent chez des sujets vigoureux, éveillent toujours de grandes inquiétudes et la crainte de la tuberculose. Neumann rapporte quelques observations intéressantes d'hémoptysies de causes toutes locales, résistant aux médications internes et cédant seulement au traitement direct. La première est celle d'un homme de quarante-neuf ans, souffrant depuis seize mois d'hémoptysies très fréquentes. La quantité de sang crachée variait de quelques gouttes à quarante grammes environ. Il n'existait aucun signe à l'auscultation et la santé restait bonne. Ce ne fut qu'au quatrième examen laryngoscopique qu'on finit par découvrir, au niveau de la commissure antérieure de la glotte, une petite ulcération saignante.

Dans un autre cas d'hémoptysies persistant depuis neuf mois, l'exulcération se trouvait sur la paroi antérieure de la trachée au niveau du cartilage cricoïde. Chez ces deux malades le traitement local amena rapidement la guérison. Chez le second, toutefois, il y eut un retour des hémorrhagies qui céda rapidement à un nouveau traitement de l'ulcération.

Dans un troisième cas, l'hémorrhagie avait pour point de départ des veines variqueuses du pharynx. Les cautérisations à l'acide chromique furent faites tout d'abord sans succès. On essaya de l'électrolyse, le pôle positif étant appliqué dans le pharynx, le négatif derrière la nuque. Trois séances d'électrolyse, faites à six semaines d'intervalle, amenèrent l'oblitération des veines variqueuses. Trois ans après la guérison ne s'était pas démentie. (*Medical Record.*)

Traitement de la cyanose, par M. Jules Simon. — La cyanose, par malformations congénitales du cœur, est loin d'être incompatible avec une existence assez prolongée. Plusieurs enfants affectés de cyanose ont atteint et dépassé vingt, trente et quarante ans. Mais il faut leur imposer une hygiène spéciale; il faut, de plus, remplir les indications thérapeutiques fournies par les divers symptômes de la cyanose. On aurait donc grand tort de regarder cette affection, qui n'est pas absolument rare, comme une curiosité pathologique sans intérêt pour la pratique pure.

Au point de vue hygiénique, dit M. Simon, vous avez à remplir deux indications assez contradictoires : 1° éviter tout ce qui peut

augmenter le travail et la fatigue du cœur; 2° assurer par un exercice suffisant le développement de l'enfant prédisposé, de par son affection, à rester chétif et débile. Tous les exercices violents : gymnastique, course, escrime, équitation, seraient très mal tolérés; l'hydrothérapie ne saurait être employée qu'avec des ménagements excessifs. En revanche, les frictions sèches, les massages quotidiens sont excellents. Vous devez, de plus, faire prendre les plus grandes précautions à l'égard des refroidissements; la moindre bronchite pouvant entraîner les accidents d'asphyxie les plus graves. Mais vous n'oublierez pas, d'autre part, que des précautions trop grandes amèneraient vite une susceptibilité extrême. A cet égard encore, par le choix d'un climat favorable, par les frictions cutanées, vous pourrez rendre à l'enfant les plus grands services. L'appareil digestif ne mérite pas des ménagements moins grands que l'appareil pulmonaire; une indigestion, une constipation un peu prolongée suffiraient à détruire l'équilibre toujours instable de la circulation.

Les enfants atteints de malformations congénitales du cœur ont une grande tendance à l'apathie, à la somnolence. Respectez jusqu'à un certain point cette tendance et permettez-leur, en particulier, un sommeil prolongé. Un défaut trop complet d'exercice, et surtout d'exercice au grand air, deviendrait toutefois nuisible en favorisant la prédisposition très marquée qu'ils offrent à la tuberculose. C'est surtout quand il existe un rétrécissement de l'artère pulmonaire que la tuberculose trouve chez eux, par suite de l'entrave apportée à la circulation du poumon, un terrain favorable. Vous lutterez contre cette prédisposition, tant par des précautions extrêmes à l'égard de toute contagion, que par une alimentation et une aération suffisantes. Par suite des troubles apportés à la circulation cutanée, il est fréquent aussi d'observer chez ces enfants des ulcérations tenaces survenant sous l'influence du froid, d'une irritation. Rappelez-vous bien, quand quelque complication pulmonaire vous oblige à prescrire des révulsifs, cette vulnérabilité de la peau et ne les employez qu'avec grandes précautions.

Parmi les médicaments, le plus précieux est la digitale, donnée d'une façon intermittente, pendant quelques jours, chaque fois que leur cœur faiblit. Chez un enfant de trois ans, ne dépassez pas la dose de quinze gouttes d'un mélange à parties égales de teinture de scille et de teinture de digitale. Suspendez le médicament au bout de huit à dix jours.

Comme toniques, il est utile de donner un peu d'iode à très faibles doses, du vin de quinquina, mais d'une façon intermittente, avec de longues périodes de repos. Le vin de quinquina doit toujours être donné étendu d'eau pour éviter la constipation et l'irritation de l'estomac. L'arsenic et le phosphate de chaux sont également utiles. Mais tous ces médicaments doivent être donnés en les alternant, en suspendant leur action de temps à autre pour éviter la fatigue et l'intolérance.

Par l'emploi de ces deux ordres de moyens hygiéniques et médicamenteux vous pourrez, dans bien des cas, assurer aux enfants, non seulement une survie assez longue, mais une existence tolérable. Réservez néanmoins toujours votre pronostic et prévenez les familles que l'affection primitive persiste et que l'amélioration obtenue, toute complète qu'elle soit, reste à la merci du moindre incident qui augmentera le travail du cœur. (*Union médicale.*)

Pseudo-crampe des écrivains de nature épileptique. — Chez un malade observé par M. Féré, l'aura épileptique se montrait sous forme d'une crampe, analogue à la crampe des écrivains. Limités d'abord à cet aura, les phénomènes se généralisèrent par la suite et devinrent analogues à l'épilepsie ordinaire. Comme signe diagnostique, le malade de M. Féré pouvait recommencer à écrire sitôt sa crampe passée et l'impotence ne persistait pas, comme dans la crampe vraie des écrivains. Le bromure amena une amélioration très marquée. (Soc. de biologie.)

Précautions à prendre dans l'emploi thérapeutique du phosphore. — M. Constantin Paul signale à la Société de thérapeutique les dangers inattendus qui peuvent être le résultat de l'administration de phosphore, en particulier sous forme de capsules phosphorées. Il n'y a donc pas pour ce médicament de période transitoire entre l'absence de tout effet et les phénomènes d'intoxication les plus graves. Son emploi doit donc être très surveillé.

La créosote donnée en lavement. — Le docteur Rivillet fait connaître, dans la *Semaine médicale*, la façon dont il administre la créosote à ses malades tuberculeux. Il la donne en lavements :

Eau	200 grammes.
Créosote pure de goudron de hêtre	2 à 4 gr.
Huile d'amandes douces. . . .	25 grammes.
Jaune d'œuf	n° 1.

On fait dissoudre tout d'abord la créosote dans l'huile, puis on émulsionne l'huile à l'aide du jaune d'œuf, et l'on ajoute les 200 grammes d'eau.

Le lavement doit être de préférence donné le soir, en se couchant. Il est mieux toléré. Par ce procédé on peut faire absorber par mois une quantité considérable, 80 à 100 grammes de créosote.

L'abaissement de la température de 1 ou 2 degrés, la coloration noire des urines traduisent l'absorption du médicament. Les malades, du reste, en éprouvent d'excellents effets généraux et locaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 juillet 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

Kyste dermoïde du plancher de la bouche. — **M. le secrétaire général** donne lecture d'une lettre de M. Heurtaux (de Nantes) au sujet des kystes dermoïdes du plancher de la bouche.

M. Heurtaux communique les observations détaillées de deux jeunes malades, dont les kystes ont été opérés par la voie buccale, et il se déclare nettement partisan de cette voie opératoire. L'un des malades, âgé de dix-sept ans, présentait une tumeur sublinguale, que l'on avait prise pour une grenouillette et que l'on avait essayé de traiter par l'injection de quelques gouttes de chlorure de zinc. Ce traitement ayant échoué, une incision fut pratiquée, et la poche, vidée de son contenu épais, fut disséquée et énucléée sans trop de difficultés; des lavages antiseptiques et une suture des lambeaux de la muqueuse constituèrent le dernier temps de l'opération, qui fut suivie d'une très rapide guérison.

Dans le second cas, concernant également un jeune homme de dix-sept ans, le même traitement a été appliqué pour un kyste, dont le début semblait remonter à deux ou trois ans. Comme dans le fait précédent, la guérison est survenue très promptement sans aucune complication. M. Heurtaux termine par les conclusions suivantes :

Les kystes dermoïdes du plancher de la bouche doivent être attaqués par la voie buccale.

C'est à l'instrument tranchant qu'il faut avoir recours.

Autant que possible, il faut faire une ablation totale de la poche.

RAPPORTS

Traitement du pied bot varus équin par l'extirpation de l'astragale. — **M. Kirmisson** fait un rapport sur deux observations de M. Boursier (de Bordeaux), ayant trait au traitement du pied bot. La première est celle d'un jeune homme de vingt-cinq ans qui, à la suite d'une paralysie infantile, fut atteint

d'un pied bot varus équin. Des douleurs apparurent au niveau des points de pression, et déterminèrent le malade à réclamer une opération.

Outre les signes ordinaires du varus équin d'origine paralytique, il existait une atrophie et une parésie très prononcées des muscles de la jambe, contre lesquelles M. Boursier a d'abord institué un premier traitement, puis il a procédé à l'opération suivante : Après avoir sectionné le tendon d'Achille, le tendon du jambier antérieur et l'aponévrose plantaire, et après avoir essayé en vain d'obtenir un redressement complet, il a immédiatement pratiqué l'extirpation de l'astragale. Les suites opératoires ont d'abord été peu favorables, puisqu'il y a eu des accidents de suppuration assez intenses, et ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que la guérison a été effectuée. Depuis cette époque, le malade marche bien.

Dans la seconde observation, M. Boursier a pratiqué la même opération sur un jeune garçon de sept ans, pour remédier à un double pied bot varus équin, d'origine congénitale. Il opéra d'abord le pied droit. L'opération fut suivie d'une scarlatine et de suppuration, qui retardèrent de plusieurs mois la guérison. Le pied gauche fut ensuite opéré et la suppuration se produisit assez rapidement.

Dans ces cas, les résultats obtenus ont été satisfaisants ; toutefois, M. le rapporteur ajoute que, si dans les deux cas l'équinisme a été détruit, il persiste un certain enroulement signalé par M. Boursier lui-même. Aussi, sans rejeter d'une façon absolue cette variété d'opération, à laquelle il serait peut-être préférable de substituer celle qui a pour but l'ablation d'un coin osseux, M. Kirmisson préfère avoir recours aux interventions qui portent sur les parties molles.

Il présente une fillette de huit ans, qu'il a opérée de cette façon. Avant cette intervention, on lui avait déjà fait trois fois la ténotomie sans obtenir d'amélioration ; il l'a opérée en ouvrant largement l'articulation médio-tarsienne et il a pu redresser entièrement le pied.

Laparotomie immédiate pour lésion traumatique du foie. — M. TERRIER fait un rapport sur deux observations de laparotomie immédiate pratiquée par M. Broca sur deux sujets, atteints de plaie du foie ; quoique cette intervention n'ait pas été suivie de succès, elle n'en est pas moins intéressante. Dans un cas, il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, qui avait reçu deux coups de couteau dans l'hypochondre gauche et dans l'épigastre. Après avoir largement débridé la plaie cutanée, M. Broca a réséqué une portion d'épiploon, qui obstruait les parties profondes, évacué le sang et les caillots accumulés en arrière, puis il a aperçu une plaie sur la face antérieure du foie. Pour arrêter l'hémorrhagie, qui se produisait à ce niveau, des tentatives de ligature ont été faites, mais le tissu de l'organe se déchirant, il a dû se contenter de cautériser au thermocautère et de tamponner avec la gaze iodoformée.

L'hémorrhagie a continué et le blessé est mort au bout de soixante heures. A l'autopsie, on a trouvé, outre les lésions débutantes d'une péritonite, un volumineux épanchement et la plaie hépatique déjà reconnue, une deuxième plaie siégeant sur un autre point du foie.

La deuxième observation a trait à un homme de quarante-cinq ans, qui avait reçu un coup de couteau au niveau de l'épigastre. La laparotomie ayant été faite immédiatement, deux plaies de l'estomac furent mises à nu et suturées ; une troisième plaie, donnant du sang, fut trouvée sur la face antérieure du foie, et également suturée. Malgré cette hémostase, il n'y eut pas d'arrêt de l'hémorrhagie, et la mort survenait dix heures plus tard ; on a constaté à l'autopsie que le foie avait été traversé de part en part par le couteau, et que le sang provenait de la lésion de la face postérieure de l'organe.

M. Terrier croit qu'en pareil cas on ne doit pas hésiter à pratiquer la laparotomie immédiate et à faire la suture des plaies hépatiques en se souvenant que le foie a pu être transpercé de part en part. C'est le vrai moyen de mettre fin à une hémorrhagie dangereuse.

M. POZZI rappelle que, depuis quelques années, on a publié un certain nombre de cas de suture du tissu hépatique ; il a été le premier à en rapporter un exemple dans une communication qu'il a faite en 1886, à l'occasion de l'ablation d'un kyste hydatique.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que les observations de suture du foie dans les cas de kyste hydatique ne sont pas maintenant très rares ; il en a fait connaître un fait, en 1885, et, depuis cette époque, il a extirpé un lambeau de foie sur un autre sujet et a arrêté l'hémorrhagie par des sutures.

M. RECLUS a eu recours à l'application de sutures hémostatiques sur le foie, en 1885, après avoir enlevé un morceau de cet organe de deux centimètres dans une extirpation de kyste ; mais il ne pense pas qu'il y ait lieu de comparer ces faits à ceux que M. Broca a communiqués.

M. TERRIER pense, comme M. Reclus, qu'il n'y a aucune comparaison à établir dans cette question de sutures hépatiques, lorsque l'on intervient pour une plaie du foie ou lorsque l'on opère en cas de kystes ou autres tumeurs.

M. POZZI, en rappelant son observation, n'a pas eu l'intention de faire une comparaison avec les faits de M. Broca ; toutefois, il y a un rapprochement à établir, puisque, dans les deux ordres de faits, il s'agit de la suture du foie.

M. TERRIER, dans ses recherches, n'a trouvé qu'un seul travail sur cette question, qui a été publié en 1886 par Edler, dans les *Archives de Langenbeck*. Ce chirurgien ne mentionne pas que l'on ait proposé la laparotomie pour des plaies du foie.

Anévrysme traumatique artério-veineux de la carotide interne dans le sinus caverneux. — M. DIEU communique l'observation d'un jeune soldat qui, en faisant des armes, a reçu sur l'œil droit un coup de pointe de fleuret, à la suite duquel survinrent de l'œdème palpébral, une ecchymose sous-conjonctivale, des douleurs circum-orbitaires, puis le lendemain un sifflement intermittent perçu à la face interne de l'orbite. La vision était restée intacte ; telle fut la première phase de la maladie, qui dura environ un mois. Plus tard se montrèrent d'autres accidents : le malade présenta de l'œdème de la paupière, un chémosis énorme sans contraction pupillaire et une saillie réductible du globe oculaire, accompagnée de battements et d'un bruit de souffle continu, dont le maximum était situé au-dessous du trou sous-orbitaire ; quant aux battements, ils diminuaient par la compression de la carotide. Comme troubles fonctionnels, on notait une légère diminution de l'acuité visuelle, la perception du bruit de souffle, de la somnolence et de la céphalalgie.

Sur le conseil de M. Tillaux, on décida de tenter, comme moyen thérapeutique, la compression digitale ; à la suite de la première séance, il se produisit une recrudescence de la céphalalgie et une amaurose à peu près complète. Ces accidents ayant promptement disparu, de nouvelles séances de compression eurent lieu et furent répétées une dizaine de fois malgré le retour des phénomènes précédents de congestion. Actuellement, la maladie paraît rester stationnaire ; toutefois, il faut noter que l'acuité visuelle a un peu diminué et que l'on perçoit nettement à droite un thrill manifeste, et dans la carotide gauche un souffle doux.

Tant qu'il n'y aura pas d'autre accident, l'expectation est indiquée et cela d'autant plus que, d'après les statistiques, il n'y a pas toujours à compter sur la ligature de la carotide primitive que l'on a proposée et exécutée. On sait, d'autre part, que l'on peut espérer une guérison spontanée.

M. PÉRIER, il y a une dizaine d'années, a été appelé auprès d'une fillette de huit ans qui, en jouant à l'escarpolette, était tombée sur la nuque et avait pendant quelque temps perdu connaissance. Lorsqu'elle fut relevée, on entendait, au niveau de sa tête, un bruit spécial, offrant les mêmes caractères que ceux qui existent chez le malade de M. Dieu. D'ailleurs, cette enfant

n'avait aucune souffrance et, en quelques semaines, elle était complètement rétablie, sans avoir, depuis cette époque, présenté aucun accident du côté des yeux. Pour expliquer ce fait, on ne peut supposer qu'une petite fracture ayant légèrement blessé la carotide dans le sinus caverneux.

M. DELENS fait remarquer que cette affection offre une évolution bien mal connue. Abandonnée à elle-même, peut-elle amener la mort? C'est ce que l'on ignore encore. Quant à la guérison, il n'est pas douteux qu'elle ait été constatée après des séances de compression; aussi, en présence de ces résultats et de l'incertitude de la ligature de la carotide primitive, il croit que le mieux est de s'en tenir à l'expectation.

M. TILLAUX est également de cet avis, persuadé que la ligature de la carotide ne peut être d'aucune utilité.

PRÉSENTATION DE MALADE

Arthrectomie. — M. RICHELOT présente une jeune fille à laquelle il a pratiqué une arthrectomie pour une synovite fongueuse du genou. Cette opérée marche bien, sans claudication, et peut même danser sans fatigue.

La séance est levée.

LE PROJET DE LOI SUR LES UNIVERSITÉS

La Commission des Universités, sous la présidence de M. Jules Simon, a communiqué au ministre de l'Instruction publique sa rédaction, qui est ainsi conçue :

ARTICLE PREMIER. — Toute Université comprend les quatre Facultés de droit, de médecine, des sciences, des lettres ou, à défaut d'une Faculté de médecine, une École de plein exercice. S'il existe au chef-lieu de l'Université une École supérieure de pharmacie, elle fait partie de l'Université. Ces Facultés ou Écoles devront être établies dans la même ville, et l'Université portera le nom de la ville où elle siège.

ART. 2. — L'Université est personne civile, sans que les Facultés ou Écoles qui la composent cessent de l'être.

ART. 3. — Chaque Université sera instituée par une loi et devra préalablement justifier, pour la moyenne de chacune des cinq dernières années, de la présence de 500 étudiants au moins inscrits régulièrement. Cette loi déterminera les établissements d'enseignement supérieur, dépendant du ministère de l'Instruction publique, autres que les Facultés ou Écoles mentionnées à l'article premier, qui seront, s'il y a lieu, rattachés à chaque Université.

ART. 4. — Chaque Université est administrée, sous l'autorité du ministre de l'Instruction publique, par le recteur de l'Académie.

ART. 5. — Il est institué, dans chaque Université, un conseil composé ainsi qu'il suit : le recteur, président de droit; un vice-président, élu chaque année par le conseil et qui ne sera rééligible qu'à un an d'intervalle; les doyens des Facultés, le directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie; deux professeurs titulaires de chaque Faculté et de l'École supérieure de pharmacie, élus pour trois ans par l'ensemble des professeurs titulaires, chargés de cours, maîtres de conférences, chefs des travaux pratiques de chacun de ces établissements pourvus du grade de docteur ou du diplôme supérieur de l'École de pharmacie ; s'il n'y a pas de Faculté de médecine, le directeur et un professeur de l'École de médecine de plein exercice, délégué par ses collègues. La loi qui rattachera aux Universités des établissements d'enseignement supérieur, déterminera la condition de leur représentation.

ART. 6. — Le conseil de l'Université statue provisoirement sur l'acceptation ou le refus des dons et legs faits à l'Université. Il arrête, après avis à chaque Faculté ou École, et sauf approbation ministérielle : 1° le tableau général des cours, conférences et exercices pratiques, lesquels devront comprendre les divers enseignements exigés pour l'obtention des grades universitaires; 2° l'organisation des cours, conférences et exercices pratiques qui seraient communs à plusieurs Facultés ; 3° la réglementation des cours libres autorisés; 4° les règlements relatifs au mode de nomination des appariteurs et gens de service de l'Université. Il donne son avis : 1° sur les acquisitions, donations et échanges des biens, meubles et immeubles, appartenant à l'Université; 2° sur l'administration de ces mêmes biens ; 3° sur l'exercice des actions en justice; 4° sur les offres de subvention faites à l'Université par les départements, les communes, les associations et les particuliers ; 5° sur les créations, transformations ou suppressions de chaires ; 6° sur les projets de budget de l'Université et de chaque Faculté, ainsi que sur les comptes administratifs du recteur et des doyens. Il adresse chaque année, au ministre, un rapport sur la situation de l'Université. Il est substitué au Conseil académique, dans les attributions contentieuses et disciplinaires, en ce qui concerne l'enseignement supérieur public.

ART. 7. — Les attributions du recteur en ce qui concerne l'Université sont les suivantes : Il convoque le conseil de l'Université en deux sessions ordinaires et, avec l'autorisation du ministre, en session extraordinaire. Il saisit le conseil de l'Université des affaires contentieuses ou disciplinaires qui sont relatives à l'enseignement supérieur public. L'information sur les faits disciplinaires déférés au conseil de l'Université, en vertu du paragraphe précédent, aura lieu par les soins du recteur qui décidera s'il y a lieu de suivre, après en avoir référé au ministre. En cas de désordre, le recteur peut suspendre un cours, après avis conforme du conseil de l'Université. La suspension ne peut se prolonger au delà d'un mois, sans que le ministre ait été consulté. Il n'est rien innové aux autres attributions du recteur, telles qu'elles résultent des lois, décrets et règlements en vigueur, en matière d'enseignement supérieur.

ART. 8. — Sauf approbation par le ministre, le conseil de l'Université, sur l'avis conforme de la Faculté compétente, peut autoriser à faire des cours libres, annuels ou semestriels, tout docteur ou tout membre de l'Institut, ou toute personne qui justifie d'études spéciales sur les matières devant faire l'objet de son enseignement. S'il y a désaccord entre le conseil de l'Université et la Faculté compétente, le recours au ministre est de droit. En cas de décision unanime du conseil de l'Université, le ministre pourra, dans les trois mois, demander une délibération. Le conseil déterminera, par un règlement, le local, le jour et l'heure où aura lieu le cours libre, son affichage, et s'il peut donner lieu, au profit du professeur, à la réception d'une rétribution payée par les auditeurs.

ART. 9. — Le budget de chaque Université est arrêté par le ministre de l'Instruction publique. Les conseils des Universités sont substitués aux conseils généraux des Facultés, en ce qui concerne les attributions budgétaires qui leur ont été conférées par les lois et décrets en vigueur.

ART. 10. — Le budget de chaque Université sera divisé en deux chapitres. Le premier comprendra : 1° les revenus propres à l'Université; 2° les subventions créées au profit de l'Université par des particuliers, des associations, des communes et des départements; 3° les dons et legs faits à l'Université; 4° les excédents de ressources sur les dépenses telles qu'elles ont été fixées par le ministre de l'Instruction publique. Le second chapitre comprendra : 1° les revenus propres des Facultés; 2° les subventions, dons ou legs faits spécialement à leur profit.

ART. 11. — Le compte des opérations de recettes et de dépenses effectuées dans chaque Université sera présenté chaque année à la suite du compte définitif des dépenses du ministre de l'Instruction publique. Les agents comptables des Universités sont nommés par le ministre des Finances.

ART. 12. — Les Universités sont tenues d'accorder les dispenses des droits d'études et d'examens prévus par les lois et règlements, notamment par les lois du 26 février 1887, du 30 mars 1888 et du 17 juillet 1889.

ART. 13. — Dans les départements, les maires des villes et un

délégué du conseil général, lorsque les villes ou les départements allouent des subventions aux Universités, ont entrée au conseil de l'Université avec voix délibérative dans les séances où sont discutés les projets annuels sur l'état de l'enseignement. A Paris, le préfet de la Seine et un délégué du conseil municipal exercent le même droit.

ART. 14. — Il n'est rien innové, au point de vue des attributions, dans les Académies où les Facultés ne seront pas constituées en Université.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Mangenot est chargé d'une mission à l'effet de prendre part au Congrès d'hygiène et de démographie de Londres et de visiter les Écoles de cette ville.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chatillon, médecin du dispensaire de salubrité de la Préfecture de police.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique et de pharmacologie, par Henri SOULIER, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lyon. 2 vol. gr. in-8° de 1916 pages. — Prix : 25 francs. — Paris, F. Savy.

Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose, publiées sous la direction de M. le professeur VERNEUIL. Ce volume est vendu au profit de la souscription pour un fonds d'encouragement pour les études sur la guérison de la tuberculose. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Aide-mémoire d'anatomie pathologique, d'histologie pathologique et de technique des autopsies, par le professeur Paul LEFORT. 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné; prix : 3 francs. — Ce volume fait partie du « Manuel du doctorat en médecine » publié par la librairie J.-B. Baillière et fils, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

39

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

177

DYSPEPSIES — GASTRALGIES

PEPSINE BOUDAULT

« *En prescrivant simplement : Pepsine, le pharmacien est obligé de ne donner que celle du Codex. Cette pepsine ne doit peptoniser que 20 fois son poids de fibrine, tandis que la* **Pepsine Boudault** *peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex ne doivent peptoniser que la moitié de leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** et l'**Elixir de Pepsine Boudault** peptonisent **deux fois** leur poids de fibrine, soit **quatre fois plus.** »

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100g**.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

99

POUDRE PURGATIVE DE ROGÉ

Approbation de l'Académie de médecine de Paris

« *Ce médicament, par son goût agréable, est un puissant moyen de vaincre la répugnance d'un grand nombre de malades pour les purgatifs; il n'occasionne ni soif, ni coliques, et, par conséquent, on peut dire de lui qu'il agit sûrement et agréablement.* »

(Extrait du rapport du Profr SOUBEIRAN à l'Académie de médecine.)

« *La* **Poudre de Rogé** *peut, dans presque tous les cas, remplacer les autres purgatifs salins.* » (Profr BOUCHARDAT.)

Avec un flacon de **Poudre de Rogé,** facile à emporter avec soi, on peut préparer partout, au moment du besoin, une limonade agréable contenant 50 grammes de citrate (pur) de magnésie. — La **Poudre de Rogé** se conserve indéfiniment, sans altération. — Pour l'emploi, verser le contenu du flacon dans une demi-bouteille d'eau ; laisser en contact pendant quelques heures, ou mieux, du soir au matin; boucher la bouteille si l'on désire une limonade gazeuse.

Fabrication et gros : 19, rue Jacob, Paris, Maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs. — *Détail* : 9, rue du Quatre-Septembre, et dans la plupart des Pharmacies.

NOTA. — La véritable **Poudre de Rogé** ne se vend qu'en flacons scellés à chaque extrémité d'un cachet imprimé en quatre couleurs.

PRIX DU FLACON : **2** FRANCS.

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.
Paris. COLLIN et Cie, 49 r. de Maubeuge. (Éch. fo).

HYSTÉRIE

Le **BROMIDIA,** en excellent produit qu'il est, a tenu, chez la plupart de mes clients qui ont été soumis à son action, ses principales promesses, et je le recommande d'autant plus volontiers qu'il se recommande parfaitement lui-même.

Je l'ai essayé chez quatre clients des deux sexes pris d'insomnie, sans cause appréciable, et j'ai constaté chez chacun d'eux une efficacité hypnotique incontestable. J'ai également obtenu un plein succès dans deux cas de gastralgie intense, et dans différentes névroses généralisées ou localisées, aiguës ou chroniques.

Le résultat le plus précieux dû au **BROMIDIA,** dans le cours de mes expériences, est l'arrêt définitif de deux crises hystériques, chez une jeune fille, à quatre mois d'intervalle. L'hystérie affectant simultanément l'intelligence, la sensibilité et la motilité, le médicament a donc cumulé une triple puissance d'action que l'on demanderait en vain à n'importe quel autre médicament éprouvé.

En somme, je ne crains pas d'affirmer que l'avenir de votre produit est assuré par la satisfaction qu'il fait éprouver à la plupart de ceux qui en usent.

Je demeure auprès du malade aussi longtemps que l'expérience l'exige, et j'ai toujours employé le médicament largement, sans avoir constaté une seule menace d'accident.

Permettez-moi de vous offrir l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr RUFFIEUR.

Villers-Forlay, Jura (France), 7 juin 1887.

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON

DE

BROMIDIA

seront envoyés franco sur demande

aux Médecins.

DÉPOT GÉNÉRAL

Pour la France et ses Colonies :

ROBERTS & Co,

PHARMACIENS-DROGUISTES

5, RUE DE LA PAIX, 5

PARIS

Prix au public : **5** *francs.*

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30o.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

90

VIN ROBIN

AU PEPTONATE DE FER

Hématogène par excellence.

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Le plus agréable, le plus actif, le plus assimilable de tous les élixirs et vins ferrugineux.

Prix : **4 fr. 50** dans toutes les pharmacies.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

54

ALBUMINATE DE FER DE LAPRADE

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

29

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

65

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes.

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.

Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.

Exiger Timbre de l'Etat. — Toutes pharmacies.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dépt Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE. Réparation d'une perte de substance de la voûte cranienne par la greffe osseuse immédiate. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été extraordinairement chargée et l'on y a bien rattrapé le temps perdu par suite de la Fête nationale.

La communication de M. Lannelongue, sur le traitement des tumeurs blanches, ne pouvait manquer de soulever une discussion. C'est M. Le Fort qui a ouvert le feu, en expliquant et en détaillant la réclamation de priorité qu'il n'avait fait qu'indiquer, ce qui l'a conduit à nous présenter un historique de la question dans lequel il revendique la part qui lui revient. Chemin faisant, il a cherché à réhabiliter les injections intra-articulaires qu'avait blâmées M. Lannelongue, et qui sont employées avec succès en Allemagne.

M. Alphonse Guérin a nettement déclaré que, malgré les résultats obtenus par M. Lannelongue, il resterait fidèle à la compression élastique, qui lui a toujours donné de bons résultats dans le traitement des tumeurs blanches. On trouvera au compte rendu la réponse de M. Lannelongue, qui a surtout insisté sur ce fait que sa méthode consiste à agir, non pas sur les tissus tuberculeux eux-mêmes, mais bien sur la zone qui les environne, afin d'obtenir la sclérose de ces tissus par le rétrécissement des vaisseaux qui les alimentent. C'est là, en effet, un mode d'action tout différent de celui des injections intra-articulaires ou des injections interstitielles. Il est probable que la discussion ne s'en tiendra pas là. Mais avant de se prononcer définitivement sur la valeur d'une méthode, quelle qu'elle soit, il nous semblerait prudent d'attendre des résultats plus éloignés.

L'Académie a entendu plusieurs communications intéressantes : M. Panas a présenté six malades qu'il a heureusement guéris d'ectropions graves par la transplantation d'un lambeau cutané emprunté à la région épitrochléenne.

M. Laborde a réhabilité les sels de strontium considérés à tort, selon lui, jusqu'ici comme dangereux, et a fait connaître les bons résultats obtenus par M. Germain Sée par l'emploi de ces sels. La communication de M. Laborde a suscité une grave observation de la part de M. Gautier, qui a signalé à l'Académie l'emploi dangereux que l'on fait de sels impurs de strontium, toujours chargés de baryte, pour déplâtrer les vins du Midi, dits de Bordeaux. L'honorable académicien a même nettement incriminé la conduite de deux professeurs de Bordeaux, qui ont favorisé cette fâcheuse pratique.

La séance s'est terminée, fort tard, par la curieuse présentation qu'a faite M. Ricard d'une malade qu'il a opérée d'un sarcome de l'os frontal, et chez laquelle il a comblé la perte de substance par l'application, rigoureusement aseptique, d'un os iliaque de chien. Le résultat obtenu a été immédiatement parfait ; la réunion s'est faite par première intention et la solidité de l'os implanté ne laisse rien à désirer. On trouvera plus loin cette intéressante observation, dans laquelle l'auteur insiste, avec juste raison, sur la nécessité, en pareil cas, de se montrer très sévère au point de vue de l'antisepsie.

L'Académie a élu deux nouveaux membres correspondants étrangers dans la première division : MM. Millard (de New-York) et Costomiris (d'Athènes); elle s'est enfin formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hérard sur les titres des candidats à deux places d'associés étrangers. Les candidats sont classés ainsi qu'il suit : en première ligne, sir J. Fayrer (de New-York) ; en deuxième ligne, M. Bateman (de Norwich).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. A. RICARD.

Réparation d'une perte de substance de la voûte cranienne par la greffe osseuse immédiate.

Bien que depuis longtemps les chirurgiens se soient ingéniés à oblitérer les larges plaies osseuses du crâne, ce n'est qu'avec les progrès de la chirurgie actuelle que les tentatives se sont multipliées : réimplantation de couronnes de trépan, interposition de plaques de celluloïd, résection temporaire, lambeau ostéoplastique de Kœnig, etc. Ce n'est que très exceptionnellement que les chirurgiens s'adressèrent au règne animal pour emprunter la greffe destinée à obturer la brèche cranienne.

Vidal (de Cassis) parle d'un gentilhomme russe dont le crâne avait été réparé à l'aide d'un crâne de chien. Mais il traite lui-même l'opération de fiction et de roman. Plus près de nous, Mac Ewen fit la même tentative, une partie de sa greffe se nécrosa et s'élimina, et il se demande si son opération a été utile.

Il n'en est pas de même dans le cas suivant que nous

allons rapporter. Ce fait démontre la possibilité de greffer avec succès sur l'homme des parties osseuses empruntées à un animal. D'ailleurs, la lecture de l'observation suffira pour montrer tout son intérêt.

M... (Pauline), veuve, âgée de quarante ans, exerçant la profession de cuisinière, se présente le 19 novembre 1889 à la consultation de la clinique laryngologique des sourds-muets. Elle a la narine du côté droit complètement obstruée par une tumeur dont M. Ruault pratique l'ablation incomplète à l'aide d'un serre-nœud. L'examen histologique de la tumeur, fait au laboratoire de M. Cornil, permet de porter le diagnostic de lymphadénome.

La malade revient le 8 février 1890, la tumeur est de nouveau bourgeonnante. Une opération large est pratiquée le 2 mars par M. Monod qui désinsère la portion droite du nez et pénètre ainsi largement dans les fosses nasales. La tumeur qui a pénétré dans le sinus maxillaire est extirpée en totalité, la muqueuse voisine est cautérisée au thermo-cautère.

Le 21 mars 1890, la malade quitte l'hôpital complètement guérie de l'acte opératoire, et jusqu'ici aucune récidive locale n'est apparue.

Le 9 avril 1891, la malade revient à l'hôpital Saint-Antoine pour une tumeur de la région orbito-frontale du côté droit. Cette tumeur est apparue progressivement depuis six mois, elle atteint aujourd'hui le volume d'une noix. La malade souffre dans la tête, principalement du côté droit, de douleurs presque continues, mais avec des exacerbations fréquentes.

Etant donné les antécédents de la malade, il est facile de porter le diagnostic de lymphosarcome de l'os frontal. La tumeur est unique; nulle part ailleurs, aucune trace de généralisation ne paraissant exister, l'intervention est indiquée. Elle a lieu le 15 avril.

La malade étant chloroformée, le champ opératoire dégagé, nettoyé et entouré de compresses aseptiques, je fais une incision allant de la racine du nez à deux centimètres environ de l'apophyse orbitaire externe, incision courbe circonscrivant la tumeur et ayant à peu près une flèche de 4 centimètres de hauteur. L'os étant mis à nu, à l'aide d'un ciseau fin et du maillet, je circonscris autour de la tumeur une région de l'os frontal dont l'ablation laisse à nu la dure-mère dans l'étendue d'une pièce de 5 francs environ (5 centimètres de large sur 4 de hauteur). Les bords de la perte de substance cranienne sont taillés en biseau aux dépens de la table externe du frontal. A l'aide de pinces coupantes, l'os coxal d'un jeune chien, qu'on venait de sacrifier, fut préparé de façon à s'adapter à l'orifice créé. La fosse iliaque, une partie de la couche cotyloïde et de la branche horizontale du pubis constituèrent le fragment utilisé. On dut rejeter l'ischion, le pubis et sa branche descendante. Une partie de la plaie opératoire qui restait à découvert à la région interne fut obturée par un fragment du condyle fémoral du même chien.

L'hémostase faite, le lambeau des parties molles fut retiré, appliqué sur le fragment osseux et fixé par la suture; deux catguts placés à l'angle externe de la plaie, pour établir un drainage.

Pansement iodoformé, compression ouatée.

Les jours qui suivirent l'opération ne furent marqués par aucun incident, ni fièvre, ni douleur.

Le 20 avril, cinquième jour de l'opération, on retire le pansement. Il existe un peu de gonflement œdémateux de la paupière, mais sans douleur ni rougeur aucune. Le pansement est complètement sec, et le catgut a été involontairement enlevé avec les pièces du pansement.

Le 22 avril, ablation des fils, réunion immédiate des parties molles. Les fragments osseux sont restés en leur place.

Le 3 mai, dix-huit jours après l'opération, la malade quitte l'hôpital, parfaitement guérie. La région opérée est plus aplatie que celle du côté sain. Mais le plan osseux sous-jacent est parfaitement solide.

Le 20 mai, la malade revient à l'hôpital et, sauf l'aplatissement de la région, il est impossible de reconnaître que le crâne a été le siège d'une brèche quelconque.

En résumé : extirpation d'une partie sarcomateuse de l'os frontal, obturation immédiate de la plaie osseuse par un os iliaque de chien. Réunion immédiate et totale. Persistance absolue du résultat acquis, aujourd'hui, trois mois après l'intervention.

On nous permettra quelques rapides réflexions pour terminer.

1° Nous avons choisi le chien comme porte-greffe, parce qu'il est facile de se procurer ces animaux. Mais son crâne est trop mince, trop courbe pour se prêter à une adaptation parfaite. L'os iliaque est plus épais, mais plat et relativement petit, puisque dans notre observation il a fallu ajouter, à la partie interne, une rondelle épiphysaire du fémur. On pourrait facilement trouver un animal dont le squelette se prêterait mieux à ces exigences de l'autoplastie cranienne.

2° Il est indispensable que l'os greffé soit extirpé avec les précautions d'asepsie habituellement employées dans les opérations. Dans notre cas, la région a été rasée, savonnée, passée à l'éther, puis au sublimé. L'extirpation de l'os a été faite à l'aide d'instruments stérilisés à l'étuve de Poupinel.

L'os a été dépouillé de toutes ses parties molles : ligaments, insertions musculaires et *périoste*, et a été immergé, en attendant sa mise en place, dans de l'eau stérilisée bouillie, et maintenue à une température de 35 degrés environ.

3° Il nous paraît également indispensable d'établir un drainage, non seulement comme sécurité en cas d'infection de la plaie chirurgicale, mais aussi et surtout pour éviter l'accumulation de sérosité entre la portion greffée et les parties molles. La rétention de ce liquide nuirait à l'accolement et à la réunion. Mais, ce drainage doit être aussi minime que possible : dans notre cas, il a été réduit à deux brins de catgut placés à la base du lambeau et sortant par l'un des angles de la plaie.

4° Une compression douce et soutenue à l'aide d'ouate et d'éponges nous paraît favoriser la réunion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 juillet 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Catelan (d'Alexandrie), qui se porte candidat au titre de correspondant national;

2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Dive, de Reims. (Accepté.)

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection de deux membres correspondants étrangers dans la première division.

Première élection. — Votants 51, majorité 26 : M. Millard (de New-York) est élu par 42 voix, contre 5 données à M. Babès (de Bucharest), 3 à M. Costomiris (d'Athènes) et 1 bulletin blanc.

Deuxième élection. — Votants 50, majorité 26 : M. Costomiris est élu par 34 voix, contre 9 données à M. d'Espine (de Genève) et 7 à M. Babès.

PRÉSENTATION DE MALADES

Traitement de l'ectropion par la transplantation d'un lambeau cutané. — M. PANAS présente six malades qu'il a guéris d'ectropions graves, par la transplantation de lambeaux cutanés empruntés à la région épitrochléenne, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de l'épitrochlée.

Il ajoute que, pour réussir cette opération, l'antisepsie la plus rigoureuse doit être observée, aussi bien au niveau de la paupière qu'au niveau de la peau à transplanter.

Il ramène d'abord au contact les bords libres des paupières ectropionnées, grâce à une incision transversale, puis il les suture. Il reste une ou deux plaies cruentées que l'on comble avec un fragment de peau emprunté à la région épitrochléenne. Ce fragment de peau doit être un tiers plus large que la perte de substance. On doit raser la face profonde du derme, de façon à conserver le moins possible de tissu graisseux. Le lambeau ainsi préparé est transporté sur la perte de substance, puis suturé.

M. Panas applique ensuite un pansement antiseptique, qui, dans les premiers jours, doit être très modérément compressif, afin de ne pas compromettre la vitalité du lambeau transplanté.

M. LE FORT a eu recours au procédé que vient de décrire M. Panas chez un enfant qui ne pouvait supporter un œil artificiel. Il a décollé la paupière du globe et a reconstitué un cul-de-sac suffisant pour permettre l'application d'un œil de verre. C'est grâce au procédé d'hétéroplastie, imaginé par M. Panas, que M. Le Fort a pu, dans ce cas, obtenir un très bon résultat.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES LOCALES

M. L. LE FORT rappelle la réclamation immédiate qu'il a faite après la lecture de M. Lannelongue. Il ne peut accepter la réponse que lui a faite son collègue.

Ce qui justifie son intervention, ce n'est pas seulement parce qu'il a le droit de réclamer ce qui lui appartient, c'est aussi parce que, si la priorité qu'il réclame lui appartient, elle appartient par cela même à la chirurgie française; tandis que, si elle ne lui appartenait pas, elle reviendrait non à M. Lannelongue, mais à la chirurgie allemande.

Si depuis longtemps on a pratiqué des ponctions dans les articulations et même des injections iodées dans les cas d'hydarthrose, on n'avait pas, avant 1879, tenté d'agir directement sur les proliférations synoviales des arthrites fongueuses, en portant dans les tissus malades, au moyen de la seringue de Pravaz, un liquide modificateur. C'est là ce qui constitue essentiellement la méthode :

1° M. Lannelongue déclare qu'il ne fait pas d'injections intra-articulaires, qu'il les blâme au contraire. A cela, M. Le Fort répond qu'en ce qui le concerne, il ne fait pas d'injections intra-articulaires et qu'il les fait dans les fongosités du cul-de-sac synovial et même en dehors de l'articulation, sur les côtés du ligament rotulien. Toutefois, s'il ne fait pas d'injections intra-articulaires, il ne les blâme pas. Ces injections, en effet, paraissent, au contraire, donner de très bons résultats. Bruns (de Tubingue), Krause (de Halle), Hensner (de Barmen), Wendelstadt et Trendelenburg (de Bonn), dès 1885, ont fait des injections intra-articulaires avec l'huile iodoformée, dans le but de tuer les bacilles des fongosités articulaires.

Bruns a traité ainsi plus de 50 arthrites tuberculeuses et il a eu des résultats heureux. Krause, qui, suivant son expression, « veut bannir la tuberculose des os et des articulations », avait, sur 63 cas, obtenu 23 guérisons. Trendelenburg a opéré dans 135 cas, avec des résultats variables. Comme M. Lannelongue, il fit des injections dans le poumon, dans un cas de phthisie pulmonaire, sans accidents, mais aussi sans autre succès qu'une diminution de la toux. Wendelstadt eut, sur 85 cas, 36 guérisons, 37 améliorations et 12 insuccès.

On n'est donc pas autorisé, en présence de ces résultats, à blâmer les injections intra-articulaires, et la méthode des injections dans le but de détruire les bacilles des fongosités synoviales est appliquée en Allemagne depuis deux ans.

2° M. Lannelongue ne fait pas d'injections interstitielles. Cependant il dit textuellement dans son travail : « Il importe, pour éviter une escharre, de faire que l'aiguille soit sous l'aponévrose, c'est-à-dire engagée dans la couche superficielle des fongosités. » Et un peu plus loin il dit encore : « Lorsque les fongosités se rapprochent des téguments, on déposera le liquide dans les couches les plus superficielles des fongosités. » C'est exactement ce que fait M. Le Fort et ces injections méritent à juste titre le nom d'interstitielles.

D'ailleurs, le fait d'enfoncer une aiguille d'un millimètre en plus ou en moins, ne saurait suffire à constituer une méthode nouvelle. Ce qu'il y a de nouveau, c'est l'idée des injections modificatrices des fongosités; l'idée et la mise en pratique appartiennent à M. Le Fort depuis 1879. Quant à la théorie, à l'explication du mécanisme de l'injection, de son action sur les bacilles, elles appartiennent exclusivement à M. Lannelongue. Il appelle son traitement méthode sclérogène; si M. Le Fort n'a pas employé le mot, il a recherché, obtenu et décrit la chose, ce qui est essentiel. Voici d'ailleurs ce qu'il écrivait en 1879 : « Je me demandai si ce puissant modificateur (le sulfate de zinc), mis en contact direct avec les fongosités articulaires, n'aurait pas pour effet de les modifier profondément, de les contracter en quelque sorte, en y produisant une inflammation plastique, dont le dernier effet serait la régression de ces fongosités; » et plus loin : « Les parties où l'injection a été faite sont profondément modifiées; le doigt constate la disparition de la mollesse ordinaire des fongosités et l'on sent profondément une résistance qui montre que les parties ont pris une consistance plus grande. » L'induration des fongosités se prononce de plus en plus. » C'est bien là de la sclérose, une méthode sclérogène.

3° M. Lannelongue n'a pas employé le sulfate de zinc, mais le chlorure de zinc. En cela, M. Le Fort croit qu'il a eu tort, et il lui recommande le sulfate. Le chlorure de zinc expose à des escharres, c'est pour cela qu'il l'a rejeté.

La substitution d'un sel de zinc à un autre, ou même d'un sel de cuivre ou de fer à un sel de zinc, ne saurait constituer une méthode nouvelle. Que dans un an, dans dix ans, un chirurgien vienne nous lire un mémoire sur le traitement des fongosités articulaires par les injections interstitielles ou même sous-cutanées, non plus avec le chlorure, mais avec l'acétate de zinc, il n'est pas un de nous qui ne lui dise : « Mais c'est la méthode de M. Lannelongue ! » Eh bien ! la méthode de M. Lannelongue de 1891, qui fait l'injection articulaire sur la périphérie des fongosités; celle de Wendelstadt de 1889, qui les fait dans les fongosités mêmes; celle de Bruns et Krause de 1890, qui les font dans la cavité articulaire, quelles que soient les idées théoriques qui ont guidé ces chirurgiens, ne sont que de simples modifications de la méthode imaginée, mise en pratique et publiée par M. Léon Le Fort, en 1879.

M. GUÉRIN fait observer que d'autres traitements que celui de M. Lannelongue peuvent amener la guérison de tumeurs blanches et même de coxalgies. Il rappelle la méthode qu'il emploie et qui consiste dans la compression élastique. Cette compression met les parties dans un tel état de concentration que, comme avec la méthode de M. Lannelongue, les tissus malades ne reçoivent plus le sang nécessaire à leur nutrition et se sclérosent. Ces résultats sont obtenus d'autant plus facilement que le malade suit en même temps un traitement médical plus sérieux.

Comme moyen adjuvant, M. Guérin a recours, au début de la maladie, à de légères émissions sanguines au niveau de l'articulation, afin de combattre les phénomènes inflammatoires qui existent toujours à cette époque; il est également partisan des cautérisations, et les pratique sur la peau qui entoure l'article. Il reconnaît toutefois qu'en portant le caustique jusqu'au voisinage des fongosités, on doit obtenir une action plus efficace. Mais M. Guérin ne comprend pas l'efficacité de ce même caustique, lorsqu'il s'agit d'une tuberculose au centre de l'os. Or, l'on sait,

d'après M. Lannelongue lui-même, que presque toujours les tumeurs blanches débutent par des lésions de cette nature. La compression paraît devoir être plus efficace dans ces cas, parce que précisément elle porte son action sur le membre entier, sans qu'il soit besoin de préciser le point malade.

L'immobilisation et la bonne position du membre sont encore d'excellents moyens de guérison, surtout lorsqu'il s'agit de coxalgies. M. Guérin rappelle, à ce propos, que M. Lannelongue a préconisé, dans ces cas, la traction continue du membre. Or, il ne partage pas cette opinion. L'extension continue a les inconvénients de la gouttière de Bonnet qu'on a dû abandonner : elle est pénible, elle exerce sur la capsule des tractions nuisibles, et enfin la tête, tirée par en bas, exerce forcément sur la partie inférieure du cotyle une pression circonscrite qui ne peut que favoriser l'ulcération de cette partie.

M. LANNELONGUE répond à M. Le Fort qu'il persiste à croire que la méthode dont il s'est servi diffère complètement de la sienne.

M. Le Fort lui reproche d'avoir blâmé, d'une façon générale, les injections intra-articulaires. Il y a là une erreur. M. Lannelongue n'a voulu blâmer que les injections intra-articulaires de chlorure de zinc. Il est le premier à reconnaître l'utilité de certaines injections intra-articulaires, les injections iodoformées, par exemple.

Quant à la seconde objection, relative au point injecté, M. Le Fort fait allusion aux injections interstitielles dans le tissu malade et remarque qu'elles ont été employées bien avant M. Lannelongue. Celui-ci n'a jamais nié le fait, mais il a dit et répète que les injections interstitielles — quelle que soit la substance injectée — ne sont en aucune façon comparables aux injections qu'il pratique et qui doivent précisément être faites en dehors du tissu malade ; elles doivent être faites au point où se réfléchit la synoviale dans le tissu qui l'environne et c'est exclusivement sur les tissus sains que doit agir le chlorure de zinc en les sclérosant et en oblitérant les vaisseaux qui alimentent les fongosités.

Il y a là une différence essentielle, et c'est précisément à cette différence que M. Lannelongue attribue les heureux résultats qu'il a obtenus ; résultats qui se confirment de plus en plus.

En ce qui concerne ces injections interstitielles pour lesquelles M. Le Fort revendique la priorité, M. Lannelongue fait remarquer que l'idée de leur application est beaucoup plus ancienne : dès 1875 Luton en avait parlé et même en avait pratiqué un certain nombre dans plusieurs maladies, le cancer, par exemple, et la tumeur blanche. En 1877, Hueter, dans son « Traité des maladies des jointures », préconise la même méthode d'injections dans les différents points tuméfiés et œdématiés de l'articulation. Il employait pour cela l'acide phénique, alors que M. Le Fort emploie le sulfate de zinc. Il n'y a pas là une différence essentielle dans la méthode; cela ne suffit pas pour constituer deux méthodes différentes.

M. Lannelongue répond ensuite à M. Alphonse Guérin. Celui-ci dit que, par sa méthode, M. Lannelongue ne saurait atteindre les foyers tuberculeux qui sont confinés au centre des extrémités articulaires, lorsque la tumeur blanche est à son début. Il répond d'abord que l'inefficacité du chlorure de zinc sur ces foyers n'est pas démontrée, alors surtout que l'injection peut être faite dans le périoste qui sert de soutien aux vaisseaux nourriciers de l'os voisin du foyer malade. Il ajoute que ces petits foyers n'ont pas, par eux-mêmes, de gravité excessive; la seule chose à craindre c'est leur évolution qui les porte à envahir les parties molles voisines, auquel cas ils sont tout à fait accessibles au moyen thérapeutique qu'il propose. Par eux-mêmes ils ne sont pas extrêmement graves; il n'est pas rare, en effet, de voir guérir ces petits foyers, alors même que persistent les désordres périphériques qui sont la conséquence de leur présence.

Pour obtenir de pareilles guérisons, il n'est pas contestable que les moyens dont parle M. Guérin sont des plus utiles. M. Lannelongue ajoute que, contrairement à M. Guérin, il persiste à croire que le traitement de la coxalgie par les tractions continues est un excellent moyen, et il continue à l'employer dans les coxalgies que jusqu'à présent il n'a pu encore traiter par les injections de chlorure de zinc.

LECTURES

Emploi de la strontiane en thérapeutique. — M. LABORDE fait connaître les résultats des expériences qu'il a faites sur l'homme et les animaux avec la strontiane. Il résulte de ces expériences que cette substance, loin d'être toxique et dangereuse cemme on l'a cru jusqu'ici, est d'une parfaite innocuité et peut même rendre des services en thérapeutique. M. Germain Sée, M. Féré, l'emploient avec succès.

M. GAUTIER ne doute pas que les sels de strontium dont s'est servi M.Laborde, sels qui étaient sans nul doute chimiquement purs, aient pu être considérés par lui comme complètement inoffensifs. Mais, à son sens, ce serait une très grave faute que de lancer une pareille affirmation dans le public sans la faire suivre de l'observation suivante : Les sels de strontiane que l'on trouve dans le commerce ne sont, pour ainsi dire, jamais chimiquement purs, ils contiennent des sels de baryum; or, ceux-ci sont particulièrement dangereux, puisque, à la dose de 5 milligrammes, ils sont très toxiques.

Voici la raison de cette importante restriction sur laquelle M. Gautier ne saurait trop appeler l'attention de l'Académie et de tous les hygiénistes en général. A l'heure actuelle, on utilise les sels de strontium pour déplâtrer les vins et transformer les vins du Midi en vins dits de Bordeaux. Dans cette pratique, il y a là non seulement une fraude, une tromperie sur la marchandise vendue, mais il y a un danger incontestable qu'il est de notre devoir de signaler.

M. Gautier sait que deux professeurs de Bordeaux sont à la tête d'une entreprise qui commet la fraude dont il a parlé plus haut; il le regrette vivement. Il ne voudrait pas que deux hommes, comme MM. Laborde et G. Sée, pussent, sans le vouloir, contribuer, dans une mesure quelconque, à excuser une pratique qu'il ne saurait trop blâmer.

M. LABORDE, dans sa communication, s'est exclusivement occupé de l'emploi thérapeutique de la strontiane, et non de son emploi industriel.

COMMUNICATIONS

Du traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'air ozonisé. — M. DONATIEN LABBÉ, en son nom et au nom de M. Oudin, fait une communication sur ce sujet. Après s'être assurés de l'innocuité absolue des inhalations d'ozone, et après avoir utilisé les propriétés comburantes de cet agent chez un grand nombre d'anémiques, les auteurs ont eu l'idée d'appliquer les inhalations d'air ozonisé à la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. C'est en partant de l'idée que l'ozone est en même temps un antiseptique et un comburant que MM. Labbé et Oudin ont été amenés à combattre ainsi la diathèse tuberculeuse et ses manifestations. Les expériences ont été faites sur de nombreux malades pendant ces trois dernières années, tant en ville que dans le service de M. le docteur Desnos, à la Charité. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants. On peut en juger par les chiffres suivants :

Sur 38 tuberculeux (7 au premier degré, 23 au deuxième et 8 au troisième), on peut considérer comme guéris, ne suivant plus aucun traitement et ne toussant plus depuis plus d'un an : 7 malades au premier degré, 6 au deuxième. Ont été très améliorés : 16 malades au deuxième degré et 3 au troisième. Les 19 malades de cette seconde catégorie présentent encore des signes sthétoscopiques très atténués, mais leur état général est parfait, et ils se considèrent comme guéris. Enfin, sur les 38 tuberculeux auxquels ce nouveau traitement a été appliqué, 6 seulement ont succombé, mais ils étaient déjà arrivés, avant tout traitement, à un état de cachexie avancée.

Les observations apportées par MM. Labbé et Oudin ont été

entourées de toutes les garanties scientifiques désirables. Les malades ont été pesés avant, pendant et après le traitement. L'oxyhémoglobine de leur sang a été dosée à intervalles réguliers ; leur capacité respiratoire mesurée ; l'examen bacillaire des crachats a été fait régulièrement. Les faits avancés sont donc des plus concluants.

L'appareil employé par MM. Labbé et Oudin est très simple : il se compose d'un tube à effluves de diamètre suffisant pour assurer le débit de l'ozone par un simple courant d'air.

Réparation d'une perte de substance de la voûte cranienne par la greffe osseuse immédiate. — M. A. RICARD fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 785.)

L'Académie se forme en comité secret.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

(SESSION DE 1891)

PROGRAMME DES SÉANCES DU CONGRÈS

Lundi 27 *juillet*. — A neuf heures du matin, M. le professeur Lannelongue recevra les membres du Congrès dans son service à l'hôpital Trousseau, rue de Charenton, et leur présentera les malades atteints de lésions tuberculeuses qu'il a traités par les injections de chlorure de zinc. — A dix heures et demie, M. le docteur Tapret recevra les membres du Congrès, dans son service à l'hôpital Saint-Antoine, et leur présentera l'appareil au moyen duquel il traite les malades atteints de phthisie pulmonaire. Il fera l'exposé de sa méthode et expliquera le fonctionnement de l'appareil. Les malades traités seront examinés. — A deux heures, séance d'inauguration du Congrès dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ; — Discours de M. le président Villemin ; — Discours de M. le professeur Verneuil : Sur les avantages de l'émigration urbi-rurale et les inconvénients de l'émigration ruri-urbaine pour les tuberculeux ; — Discours de M. le professeur Grancher : Sur la vaccination anti-tuberculeuse ; — Discours de M. le professeur Arloing (de Lyon) : Étude expérimentale sur les propriétés attribuées à la tuberculine de M. Koch ; — L.-H. Petit : Résultats du premier Congrès pour l'étude de la tuberculose ; — Nomination de deux vice-présidents et de quatre secrétaires.

Mardi 28 *juillet*. — A neuf heures du matin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, discussion de la première question proposée au Congrès ; — A deux heures. Réunion à l'École pratique, dans le laboratoire de M. le professeur Straus : Présentation de cultures du bacille de la tuberculose humaine ; — A trois heures. Questions diverses.

Mercredi 29 *juillet*. — A neuf heures, M. Verneuil recevra les membres du Congrès dans son service à l'Hôtel-Dieu et leur présentera plusieurs malades atteints d'affections tuberculeuses graves, guéries par les injections d'éther iodoformé. Leçon clinique sur ces malades ; — A dix heures et demie. Réunion dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Communications relatives à la deuxième question proposée ; — A trois heures. Questions diverses.

Jeudi 30 *juillet*. — A huit heures et demie, M. le docteur E. Burlureaux recevra les membres du Congrès dans son service au Val-de-Grâce et leur présentera les malades tuberculeux traités par les injections d'huile créosotée. Démonstration du manuel opératoire et des résultats obtenus ; — A dix heures et demie. Réunion dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Communications relatives à la troisième question proposée ; — A deux heures. Visite au Musée d'hygiène ; — A trois heures. Questions diverses ; — A sept heures et demie. Banquet du Congrès.

Vendredi 31 *juillet*. — A neuf heures. Réunion dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Communications relatives à la quatrième question proposée ; — A deux heures. Questions diverses ; — A cinq heures. Visite à l'Institut Pasteur.

Samedi 1er *août*. — A neuf heures. Communications relatives à la cinquième question proposée ; — A trois heures. Questions diverses ; — A cinq heures. Séance de clôture.

N. B. — MM. les membres du Congrès qui n'auraient pas reçu leur carte sont priés de la réclamer avant l'ouverture du Congrès, chez le trésorier, M. G. Masson, 120, boulevard Saint-Germain ; elle leur sera remise sur la présentation du reçu de leur cotisation ; — Cette carte sera nécessaire pour entrer dans les services hospitaliers et pour assister aux séances du Congrès à la Faculté de médecine.

COMMUNICATIONS ANNONCÉES

BAIVY (S.). — Sur l'identité de la tuberculose des gallinacés et de la tuberculose humaine.

CADIOT, GILBERT et ROGER. — 1° Tuberculose humaine et tuberculose aviaire. — 2° Discussion sur la première question proposée par le Comité.

CHAUVEAU (A.). — L'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose du bœuf, d'après les résultats des expériences sur l'infection des sujets de l'espèce bovine par les matières tuberculeuses empruntées à l'espèce humaine.

COURMONT et DOR. — 1° Tuberculose aviaire. Son bacille n'est probablement qu'une race du bacille de la tuberculose humaine. — 2° Vaccination anti-tuberculeuse. Expériences complémentaires sur les propriétés vaccinales des cultures filtrées du bacille de la tuberculose aviaire.

CAVAGNIS. — 1° Nouvelles expériences sur l'immunité de la tuberculose obtenue artificiellement. — 2° Expériences sur le traitement et l'immunité de la tuberculose des animaux au moyen de la lymphe de Koch.

GRANCHER (prof.) et H. MARTIN. — Sur la vaccination anti-tuberculeuse.

LANDOUZY (L.) — Sur la tuberculose du premier âge.

JACOBI (A.). — Sur un cas de tuberculose congénitale.

MOULÉ (L.). — Des divers modes d'évolution de la tuberculose chez les animaux destinés à l'alimentation.

ROBCIS. — Nouvelle statistique sur la question ; existe-t-il, chez l'espèce bovine, une corrélation entre l'aptitude à la lactation et l'aptitude à la tuberculose ?

LEROUX (Charles). — Des résultats thérapeutiques obtenus dans les hôpitaux et sanatoriums marins. Nécessité d'un séjour prolongé.

PETIT (Léon). — Œuvre d'Ormesson. Dispensaires, hôpitaux, colonies sanitaires pour les jeunes tuberculeux.

SOLLES (E.). — Sur le traitement prophylactique de l'hérédo-tuberculose.

ESPINA Y CAPO. — Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale.

OLLIVIER (A.). — La tuberculose dans les habitations ouvrières.

TISON (E.). — Prophylaxie hygiénique de la tuberculose.

ARLOING (prof.). — 1° Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale. — 2° Étude expérimentale sur les propriétés attribuées à la tuberculine de M. Koch, faite au laboratoire de médecine expérimentale et comparée de la Faculté de médecine de Lyon.

KIENER. — Contribution à l'étude de la tuberculine de M. Koch chez le cobaye.

SCHOULL (E.). — Contagiosité de la tuberculose par les aliments des phthisiques.

ARMAINGAUD. — 1° De l'utilité, au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose, de conseiller la désinfection et la destruction des crachats dans toutes les maladies à expectoration. — 2° Remarques d'ordre pratique sur un des plus importants paragraphes de l'*Instruction* du Congrès de la tuberculose, au point de vue des difficultés d'application.

LELOIR et TAVERNIER. — 1° Cas de tuberculose rare des os. — 2° Sur certaines transformations des tuberculoses tégumentaires.

LELOIR (prof.). — 1° Recherches sur certaines variétés de tuberculose tégumentaire. — 2° Recherches sur certains hybrides.

HANOT et LÉTIENNE. — Note sur la bile cystique dans la tuberculose humaine.

GILBERT et GIRODE. — Histogenèse du tubercule hépatique.

HÉNOCQUE (A.). — Des applications de l'analyse spectroscopique du sang à l'étude de la marche et des médications de la tuberculose.

BABÈS. — 1° Sur l'action de certains produits chimiques du bacille de la tuberculose. — 2° Sur les associations bactériennes de la tuberculose.

LEROY (de Lille). — Sur une observation de bronchite grippale. Présence dans l'expectoration du bacille de Koch.

MANGIN. — De l'influence de la grippe sur la tuberculose.

GUYOT (Th.). — Sur deux cas de tuberculose consécutive à la grippe.

PRIOLEAU (de Brive). — Tuberculose et influenza.

CABERALI. — La tuberculose et l'influenza.

DAREMBERG. — Influence de la grippe chez les tuberculeux.

COURTIN. — Deux cas d'influenza chez les tuberculeux.

COMPAIRED. — Influence de la grippe sur diverses manifestations tuberculeuses.

PAGE (R.-C.-M.). — Influence de la grippe sur la tuberculose.

ARTHAUD. — 1° Étude statistique sur 2000 cas de tuberculose traités par la médication tannique. — 2° Étude sur la fréquence relative des divers modes de contagion de la tuberculose.

BERNHEIM (F.). — 1° Transfusion du sang de chèvre dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — 2° Vaccin et tuberculose. — 3° De la valeur de l'hérédité dans la tuberculose.

BERTIN et PICQ. — Sur les résultats expérimentaux et cliniques obtenus par l'emploi du sang de chèvre comme traitement de la tuberculose.

GRIMBERT (de Cannes). — Des conditions matérielles et dynamiques des injections d'huile créosotée.

BURLUREAUX. — Coup d'œil d'ensemble sur l'usage thérapeutique de l'huile créosotée à haute dose injectée sous la peau.

DESPREZ (M.). — Applications du chloroforme aux maladies épidémiques et contagieuses et, en particulier, à la tuberculose.

DUBRANDY. — 1° Contribution au traitement de la tuberculose par l'aération. — 2° Tuberculose et influenza.

GUERDER. — Des injections sous-cutanées d'huile créosotée à haute dose. Technique de l'injection; accidents possibles; moyens de les éviter.

PICOT (prof.). — Sur le traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées de gaïacol iodoformé.

REDARD (P.). — Résultats éloignés de la cure des abcès froids par les injections d'huile iodoformée. Importance de la technique opératoire.

ROUSSEL (J.). — Antisepsie pulmonaire hypodermique.

SANDRAS. — L'antisepsie et les microbes aujourd'hui et dans l'antiquité.

TAPRET. — Des atmosphères médicamenteuses dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

TORKOMIAN (V.). — L'effet des Stoëchas sur les bacilles de la tuberculose.

VALENZUELA (F.). — 1° Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations presque continues d'acide osmique avec l'air sub-oxygéné. — 2° Tuberculose et influenza.

HÉRICOURT. — Sur la valeur thérapeutique des injections de sérum dans la tuberculose.

MÉGNIN et MOSNY. — Sur une pseudo-tuberculose du lièvre.

BERETTA. — Associations microbiennes. Abcès froids enflammés.

CLADO. — Traitement de certaines arthrites des membres par le surchauffage.

VERNEUIL. — 1° L'iodoforme dans la thérapeutique chirurgicale; — 2° Quelques points de la prophylaxie de la tuberculose.

HUMBERT. — Sur le traitement chirurgical de la tuberculose du testicule.

TUFFIER. — Sur les hydrocèles tuberculeuses.

HUTINEL. — Sur l'hérédité de la tuberculose.

MARFAN. — Nouvelles recherches sur les troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire.

VIGNAL. — 1° Sur l'hérédité de la tuberculose. — 2° Identité de la tuberculose de l'homme et des animaux.

HALLOPEAU et JEANSELME. — Sur les microbes des abcès froids.

PICQUÉ et DAGONET. — Tuberculose diffuse des membres; histoire pathologique de deux cobayes.

CH.-M. KOHOS. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire en Tunisie, d'origine paludéenne.

CORNIL et TUFFIER. — Résultats des extirpations de tissu pulmonaire chez les animaux.

STRAUS et GAMALEIA. — Des caractères distinctifs du bacille de la tuberculose humaine.

LESPINNE. — Sur une complication encore mal connue du lupus vulgaire.

KIRMISSON. — Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse.

PINARD. — Sur les injections du sérum de chien chez les nouveau-nés de tuberculeuses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 19 octobre, à midi précis. Le registre d'inscription sera ouvert de onze heures à trois heures du 1er au 30 septembre.

— Par décret, en date du 17 juillet 1891, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Nau, Leray, Chiais et Gidon.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Rolland, Genot, Bruchet, Bordas, Leconte, Leclère, Dumeige, Battesti, Ficatier, Tourvieilhe, Ducroux, Demmler, Thomas, Letort, Guillot, Dagincourt, Peyzonnet, Toison, Thiroux, Baratier et Mesnard.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Julien et Ragoucy.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 juillet 1891, ont été nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Aron, médecin inspecteur des armées; J.-H. Bergeron, médecin du lycée Michelet; Bouloumié, Bouvyer, Cuyer, Lapra, Le Noir, de Thierry et Troisier (de Paris), Demons et Guillaud (de Bordeaux), Dubar (de Lille), Guichard (d'Angers), Jarrin (de Chambéry), Jaurès (de Dourgue), Laroyenne et Pierret (de Lyon), Magnin (de Besançon), Raymond (de Limoges).

MM. les pharmaciens Leblond (de Rebais), Moissan (de Paris) et Monceaux (d'Auxerre).

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Berton, Binet, Bloch (A.-M.), Burlureaux, Mmes Chopin et Edwards-Pilliet, MM. de Fleury, Graux, Le Guellant, Meng, Millet, médecin-major; R. Moutard-Martin, Ozenne, Pennel, H. Picard, Paul Raymond, Schlemmer, Stacker, Thermes, Vergeade, Vergne, Vinant (de Paris); Alvin (de Saint-Étienne), Amavet (de Marignane), André (de Toulouse), Barbaux (de Quingey), Bardy (de Belfort), Barrois (de Lille), Barthélémy (de Fuveau), Bihorel (de Bréval), Blesson (de Montreuil-sous-Bois), Boisson (de Sceaux), Bollet (de Trévoux), Boubila (de Marseille), Boyer (de Beyrouth), Carcopino (de Verneuil), Chabenat (de la Châtre), Coulaud (de Mouleydier), Coustou (de Gensac), Crimail (de Pontoise), Daudé (de Marvéjols), Didier (du Havre), Dupuy (de Moissac), Dziewouski, médecin-major; Fallot (de Marseille), Ferré (de Bordeaux), Forgue (de Montpellier), Galais (de Bonneville), Gazet (de Tain), Gensollen (de Solliès-Pont), Giraud (d'Argentré), Godivier (de Bouëre), Goupil (de Ploërmel), Gourbeyre (d'Ambert), Goy (de Regnier), Grosjean (de Châlons-sur-Marne), Gruget (de Nantes), Guimbail (d'Ivry-sur-Seine), Hache (de Beyrouth), Haelding (de Montrouge), Haran (de Vezelay), Hébert (d'Audierne),

Horand (de Lyon), Hugon (de Saint-Flour), Hébert (de Dijon), de Langenhagen (de Lamotte-les-Bains), Lelong, médecin-major; Lemoine (de Vitry-en-Artois), Leriche (de Mortain), Levillain (d'Alfortville), Linossier (de Lyon), Nicolas (de Grenoble), Polin, médecin-major; Planteau (d'Alger), Robert (de Ligny), R. Saint-Philippe (de Bordeaux), Soyer (de Guiscard), Tapie (de Toulouse), Tesson (d'Angers), Thoizon (de Souppes), Tissier (de Remiremont), Truc (de Montpellier), Vallet (de Saint-Jean-de-Liversay), Vilocq (de Soissons), Vincent (de Beyrouth), Yot (de Versailles).

M. Joly, directeur de l'hôpital Necker.

Mme la sage-femme Forino (de Paris).

MM. les pharmaciens Girard, Grignon et Pernette (de Paris), Mordagne (de Castelnaudary), Requier (de Villejuif), Roche (d'Aigueperse), Savournin (de l'Isle-sur-Sorgues).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Des paralysies pseudo-bulbaires, par le docteur BOULAY, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Petite épidémie de variole dans l'arrondissement de Baume (Doubs). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris. — Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes en 1892 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Nouvelles.

REVUE GÉNÉRALE

Des pseudo-paralysies bulbaires.

Par le docteur BOULAY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La paralysie de la langue, des lèvres et du voile du palais constitue un syndrome susceptible d'être reproduit chaque fois qu'il existe une lésion, aiguë ou chronique, primitive ou secondaire, des noyaux du bulbe. C'est ce que nous enseignent la clinique et l'anatomie pathologique. Sommes-nous en droit, nous autorisant des relations qui unissent habituellement ce complexus symptomatique à des altérations bulbaires, de conclure du syndrome à la lésion et de considérer celui-là, dans tous les cas, comme l'indice certain d'une lésion du bulbe ? Il n'en est rien, car dans certaines circonstances, des lésions situées au-dessus de la moelle allongée ont donné lieu au syndrome de la paralysie labio-glosso-laryngée presque au complet : il s'agissait de fausses paralysies bulbaires.

L'interprétation pathogénique qui a été donnée de ces faits permettrait de supposer qu'ils trouvent indifféremment leurs conditions de production dans des lésions de la protubérance, des pédoncules ou des hémisphères. La clinique ne justifie que partiellement ces idées théoriques. Il n'existe pas d'exemple de lésions pédonculaires ayant amené l'apparition du syndrome en question. Quant aux lésions protubérantielles, elles ne le produisent qu'exceptionnellement : trois observations en ont cependant été rapportées par MM. Raymond et Artaud (1); dans l'une d'elles surtout, les symptômes rappelaient de très près la paralysie glosso-labiée : il y avait à la fois glossoplégie, paralysie du voile du palais et des lèvres. Les lésions consistaient en un foyer de ramollissement occupant la partie postéro-interne des pyramides motrices. A part ces faits, tous les autres ont trait à des lésions cérébrales et le plus ordinairement à des lésions cérébrales bilatérales. C'est dans ces cas que les signes de la paralysie bulbaire progressive sont le mieux reproduits ; c'est à eux que s'applique plus particulièrement la dénomination de paralysies pseudo-bulbaires.

(1) RAYMOND et ARTAUD. Contribution à l'étude des localisations cérébrales, *Arch. de neurol.*, t. VIII, 1884.

I

HISTORIQUE. — Ces faits étaient presque inconnus avant le court mémoire publié par M. Lépine, en 1877, sur la paralysie glosso-labiée cérébrale, à forme pseudo-bulbaire (1). Les observations antérieures de Magnus [1837 (2)] et de M. Jolly [1872 (3)] étaient, en effet, passées inaperçues. Cependant M. Joffroy (4) avait déjà signalé, à propos d'un cas de paralysie bulbaire progressive, le développement possible du même complexus symptomatique dans les lésions bilatérales du cerveau. « Les lèvres, la langue et le voile du palais étant, dans ces circonstances, plus ou moins paralysés, il pourra être difficile de distinguer ces cas de paralysie labio-glosso-laryngée, d'origine cérébrale, de ceux d'origine bulbaire. » Dans son mémoire, M. Lépine rapporte deux observations nouvelles suivies d'autopsie : l'une de MM. Charcot et Oulmont, l'autre de M. Oulmont. Dans les deux cas, le bulbe était intact, mais le cerveau présentait des lésions bilatérales et symétriques. L'auteur en conclut que les symptômes de la paralysie glosso-labiée bulbaire peuvent se rencontrer quand les lésions n'existent que dans les hémisphères cérébraux. Il montre par un exemple que, dans certaines conditions, le diagnostic clinique est possible.

L'attention était désormais attirée sur ce sujet ; aussi, dans les années suivantes, parurent successivement une vingtaine d'observations qui, toutes, vinrent à l'appui des conclusions de M. Lépine. L'existence de paralysies à forme pseudo-bulbaire, par lésions cérébrales, semblait donc fermement établie, quand dix ans plus tard, en 1887, Oppenheim et Siemerling (5), se basant sur des faits personnels, émirent l'opinion que la plupart des observations publiées sous le titre de paralysies pseudo-bulbaires ne méritaient

(1) LÉPINE. *Rev. mens. de méd. et de chir.*, déc. 1877, p. 909.
(2) MAGNUS. *Muller's Arch. f. Anat.*, 1837, p. 258.
(3) JOLLY. *Arch. f. Psych. u. Nerv.*, 1872, t. II, p. 711.
(4) JOFFROY. *Gaz. méd. de Paris*, 1872, p. 561.
(5) OPPENHEIM et SIEMERLING. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1886, p. 791, et *Charité Annalen*, 1887, t. XII, p. 364.

pas, à proprement parler, cette dénomination. Dans des cas de cet ordre, en effet, l'examen microscopique du bulbe et de la protubérance, intacts en apparence, leur permit de déceler de petits foyers de ramollissement qui donnaient sans doute la clef des phénomènes observés pendant la vie.

Pour ces auteurs, la véritable paralysie pseudo-bulbaire par lésions cérébrales est très rare; la plupart des faits publiés sont des cas impurs où des lésions microscopiques du bulbe s'associaient vraisemblablement aux lésions plus grossières des hémisphères. Cette assertion méritait une vérification. Aussi, dans les faits observés depuis la publication du mémoire d'Oppenheim et Siemerling, a-t-il été apporté un soin minutieux à l'examen microscopique du bulbe. Il résulte de ces recherches que la forme mixte, cérébro-bulbaire, existe en effet : Otto (1) en a signalé trois cas. Mais il n'en est pas moins vrai que la forme purement cérébrale n'est pas exceptionnelle. Nous n'en voulons pour preuve que les deux cas du service de M. Déjerine publiés, l'an dernier, dans la thèse du docteur Leresche (2) et celui, plus récent encore, de Münzer (3), où le syndrome labio-glosso-pharyngé avait été reproduit au complet et où, cependant, les recherches histologiques les plus minutieuses n'ont pas montré trace de lésions bulbaires.

II

Anatomie pathologique ; étiologie. — Nous réunissons, à dessein, ces deux chapitres en un seul, considérant que, dans la question présente, l'étude étiologique est inséparable de la notion des lésions cérébrales productrices directes du syndrome. Ces lésions sont d'ailleurs banales, quant à leur nature et à leurs causes. Tout leur intérêt réside dans la connaissance de leur siège et de leur répartition. Sur les 30 cas que nous avons recueillis dans la littérature, 24 ont été suivis d'autopsie. Or, presque toujours, les lésions étaient bilatérales ; souvent aussi, elles étaient symétriques. Cette double condition, bilatéralité et symétrie, si souvent réalisée, n'est cependant pas indispensable à la constitution du syndrome pseudo-bulbaire. Cinq fois, en effet, l'un des hémisphères était absolument indemne [Magnus, Nothnagel (4), Kirchhoff (5), Ross (6), Drummond (7)]. Ce sont là des cas particuliers sur l'interprétation desquels nous aurons à revenir.

Les lésions peuvent siéger dans l'écorce, dans les ganglions de la base ou dans la substance blanche. Limitées parfois à la substance grise, corticale ou ganglionnaire, elles portent ordinairement en même temps sur la substance blanche voisine.

Il est rare que les foyers pathologiques soient strictement limités à l'écorce. Les observations de Magnus, de Barlow (8) et de Rosenthal (9) en sont cependant des exemples. Dans ces conditions, les symptômes pseudo-bulbaires sont peu accentués ou incomplets. Le cas de Barlow est le plus remarquable ; il y avait à la fois aphasie et glossoplégie. Sur chaque hémisphère existait un ramollissement du pied de la frontale ascendante s'étendant à la partie postérieure des deuxième et troisième circonvolutions frontales.

Dans trois autres faits, les altérations sont à la fois superficielles et profondes [Wernicke (1), Féré (2), Raymond et Artaud (3)]. Dans celui de M. Féré, il y avait à droite un vaste foyer cortical occupant la moitié inférieure de la pariétale ascendante, la racine de la troisième frontale, la moitié inférieure du lobule du pli courbe, une partie de la première temporale et de l'insula; mais, en même temps, le ramollissement intéressait le segment externe des deux noyaux lenticulaires. Chez le malade de Wernicke et celui de MM. Raymond et Artaud, les lésions du centre ovale étaient prédominantes, ce qui permet de rapprocher ces deux faits de la majorité des cas où la substance corticale est indemne, les altérations ne portant alors que sur la profondeur du cerveau.

Les ganglions de la base et la substance blanche environnante représentent, en effet, le siège habituel des lésions. Celles-ci peuvent être étendues et diffuses : elles occupent alors simultanément les deux noyaux du corps strié, la couche optique et les fibres blanches voisines [Ochs (4), Drummond, un des cas de M. Berger (5)]; mais parfois aussi elles sont circonscrites et acquièrent de ce fait un plus grand intérêt. Dans ces conditions, en effet, la substance blanche n'est que peu ou pas touchée ; le maximum des lésions porte sur les ganglions de la base, mais rarement sur la couche optique ou le noyau caudé ; c'est presque constamment le noyau lenticulaire et principalement son segment externe (putamen) qui est atteint. Ainsi, chez les malades de M. Oulmont, de Ross, de Füller et Browning (6), les lésions étaient localisées sur le noyau extra-ventriculaire du corps strié et n'empiétaient que très légèrement sur la substance blanche. Dans les cas de Auscher (7) et de Leresche, où les symptômes pseudo-bulbaires étaient des plus nets, elles étaient exactement circonscrites au putamen. Une seule fois les lésions, limitées aux ganglions de la base, respectaient le noyau lenticulaire et ne portaient que sur la couche optique et le noyau caudé [Eisenlohr (8)], mais alors le syndrome glosso-labié était incomplètement développé. Quant à la symétrie des lésions, elle est habituelle, mais non constante : chez le malade de Hahn (9), par exemple, il existait deux foyers de ramollissement, l'un dans la tête du noyau caudé droit, l'autre dans la substance blanche du lobe moyen de l'hémisphère gauche. A côté de ces lésions cérébrales, on a parfois con-

(1) Otto. Soc. psychiatr. de Berlin, séance du 14 déc. 1889.

(2) Munzer. *Étude sur la paralysie glosso-labiée cérébrale à forme pseudo-bulbaire*, Thèse de Paris 1890.

(3) Leresche. Ein Beitrag. z. Lehre d. Pseudobulbærparalysie, *Prag. Med. Wochens.*, 1890, nos 29 et 30.

(4) Nothnagel. *Traité clinique du diagnostic des maladies de l'encéphale*, p. 243.

(5) Kirchhoff. *Arch. f. Psych.*, 1881, t. XI, p. 132.

(6) Ross. *The Brain*, juillet 1882, p. 150.

(7) Drummond. *The Lancet*, 1887, t. I, p. 12, Obs. V.

(8) Barlow. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1877, t. II, p. 103, et *Rev. mens. de méd. et de chir.*, 1878, p. 463.

(9) Rosenthal. *Wien. Med. Presse*, 1878, Obs. II.

(1) Wernicke. *Lehrb. d. Gehirnk.*, 1887, t. II, p. 210.

(2) Féré. *Rev. de méd.*, 1882, p. 858.

(3) Raymond et Artaud. *Arch. de neur.*, vol. VII. 1884, et Puica. *Paralysie glosso-labiée cérébrale*, Thèse de Paris 1883.

(4) Ochs. *Ueber Pseudobulbærparalysie*, Th. de Strasbourg 1885.

(5) Berger. Paralysis glosso-labio-pharyngea cerebralis, *Breslauer Ærtz. Zeits.*, 1884, no 4, p. 76.

(6) Browning. *The Med. Record*, 1884, p. 487, et *Rev. de méd.*, 1885, p. 150.

(7) Auscher. In Thèse de Leresche.

(8) Eisenlohr. Ueber acute Bulbær. u. Pousaffectionen, *Arch. f. Psych. u. Nerv.*, 1879, t. IX, Obs. IX.

(9) Hahn. *Ueber Pseudobulbærparalysie*, Thèse de Breslau 1880, et dans Berger. *Breslauer Ærtz. Zeits.*, 1884, no 3, p. 28.

staté des foyers dans le cervelet (Auscher) ou dans la protubérance (un des cas de M. Berger); mais, dans aucune des observations sur lesquelles repose ce travail, il n'a été signalé de lésions bulbaires. Nous laissons, bien entendu, de côté les faits d'Oppenheim et Siemerling qui sont des cas mixtes. Quant à la dégénérescence de l'un ou des deux faisceaux pyramidaux, constatée dans quelques autopsies, elle était la conséquence des lésions cérébrales et ne présente dans l'espèce qu'un intérêt secondaire.

En résumé, il ressort de cette étude que, sauf les cas exceptionnels où les foyers étaient limités à la substance corticale, la lésion la plus constante paraît être celle des noyaux lenticulaires et plus particulièrement de leur segment externe.

Quant à la nature de ces lésions, ce sont, le plus souvent, des foyers de ramollissement ou d'hémorrhagie présentant, suivant leur âge différent dans chaque hémisphère, des caractères divers à droite et à gauche. Dans un seul cas, celui de M. Jolly, il s'agissait d'une sclérose de la substance blanche des hémisphères, avec quelques plaques scléreuses sur les parties antérieures des pédoncules: l'examen microscopique démontra l'intégrité de la protubérance et du bulbe. Les gommes méningées ou cérébrales pourraient également donner naissance au syndrome glosso-labié : le cas de Münzer en est la preuve. Outre deux gommes méningées de la grosseur d'un pois situées sur la convexité de chaque hémisphère, il existait de petites productions gommeuses dans le putamen du côté droit et dans la tête du noyau caudé gauche.

L'examen histologique des muscles paralysés est toujours resté négatif. M. Berger, Ochs, Leresche y ont vainement cherché des traces d'atrophie.

Les altérations les plus fréquemment constatées, en dehors des lésions cérébrales, consistent en une dégénérescence athéromateuse plus ou moins prononcée des artères, et, plus spécialement, des artères de la base du cerveau. Il faut voir dans ces lésions la source la plus ordinaire des foyers multiples rencontrés dans l'encéphale. L'athérome est, en effet, noté dans plus de la moitié des observations. Parfois, il était si prononcé, les artères de la base, les vertébrales et le tronc basilaire étaient si dilatés qu'on pouvait supposer une compression du bulbe et de la protubérance par ces vaisseaux; mais, en l'absence de lésion bulbaire, nous ne croyons pas qu'on puisse, avec certains auteurs, invoquer dans ces cas de simples troubles d'irrigation de la moelle allongée, pour expliquer les symptômes observés pendant la vie.

Les lésions de la paralysie pseudo-bulbaire étant habituellement la conséquence de l'athérome, il est à supposer que l'affection se développe surtout à un âge avancé. Et de fait, 14 fois, c'est-à-dire dans près de la moitié des cas, elle a été observée après soixante ans. Lorsque le syndrome apparaît chez des enfants ou des adolescents, les foyers cérébraux sont dus à des embolies. C'est ce que Barlow observa chez un enfant de dix ans, atteint d'une affection aortique : à la suite d'embolies dans les deux sylviennes, apparut une diplégie faciale, avec paralysie de la langue et gêne de la déglutition. Le cas de Kirchhoff est analogue à celui-ci : il concerne un garçon de vingt-quatre ans, atteint d'embolie cérébrale à la suite d'une lésion mitrale. La syphilis pourrait d'ailleurs entrer aussi en jeu chez les jeunes sujets, non seulement par l'intermédiaire de productions gommeuses, mais aussi grâce aux lésions artérielles qu'elle est susceptible de provoquer. Il n'existe cependant pas d'observation probante à l'appui de cette assertion. L'un des malades de M. Berger était sans doute syphilitique et présentait des lésions d'artérite dans les deux sylviennes; mais il n'est pas spécifié qu'il se soit agi d'artérite syphilitique. Dans tous les cas, l'existence de paralysies pseudo-bulbaires d'origine syphilitique, quelles qu'en soient les lésions productrices, est confirmée par le fait de Münzer et par une observation de M. le professeur Fournier (1), où l'on vit se développer, au cours d'une syphilis cérébrale (aphasie, hémiplégie à répétition), une paralysie des lèvres, de la langue, du voile du palais, et des muscles masticateurs : le traitement anti-syphilitique amena la guérison.

III

Symptomes. — L'aspect clinique du syndrome pseudo-bulbaire présente, avec celui de la maladie de Duchenne, de telles analogies, que sur bien des points la description des deux affections se confond. Pour un esprit non prévenu, l'analogie deviendrait aisément identité. Aussi nous sera-t-il permis de ne pas insister sur les signes communs aux deux maladies, pour essayer de mettre en relief les différences qui les séparent.

Le sujet frappe au premier abord par l'expression de sa physionomie; mobiles dans la partie supérieure du visage, les téguments sont inertes et flasques dans la moitié inférieure. Les paupières sont grandes ouvertes, le front se plisse aisément; par contre, les sillons naso-labiaux sont peu marqués, les joues sont pendantes, les lèvres entr'ouvertes laissent écouler de la salive. Tout ceci donne au sujet un air étonné et anxieux.

Son expression hébétée s'accuse quand on le fait parler. Il saisit les questions qu'on lui pose, mais le sens de ses réponses est difficile à comprendre, car les sons qu'il émet sont presque inintelligibles. Il ne cherche pas ses mots, il les trouve sans effort intellectuel, mais sa parole est pâteuse, embarrassée, monotone. Les lèvres s'entr'ouvrent à peine pour laisser passer les mots; ceux-ci sont si mal articulés qu'on a peine à en saisir çà et là quelques syllabes. Il comprend ce qu'il lit, et il lit à haute voix sans se reprendre mais toujours en bredouillant. On s'aperçoit en même temps que le timbre de la voix n'est pas normal; elle est plus ou moins nasonnée. Les linguales et les voyelles *o*, *u*, *ou*, sont surtout indistinctes. Parfois la voix est affaiblie; il y a un certain degré d'aphonie.

Somme toute, le malade n'est pas aphasique; le souvenir des mots est intact chez lui; il parle, lit, écrit sans effort intellectuel. Il est atteint de ce trouble spécial de l'articulation des mots qui a été décrit sous les noms de dysarthrie et d'anarthrie, trouble relevant, comme l'indiquent les symptômes observés, d'une paralysie des lèvres, de la langue, du voile du palais et peut-être aussi de certains muscles du larynx.

La paralysie des lèvres n'est pas toujours évidente, car il s'agit plutôt de parésie que de paralysie. Toutefois, il arrive fréquemment que les deux côtés de la face ne soient pas également atteints : il existe alors un degré plus ou moins prononcé d'asymétrie de l'orifice buccal. Du côté dévié, la joue est moins flasque et le sillon naso-labial plus accen-

(1) Fournier. *Syphilis du cerveau*, p. 493.

tué. Les muscles des commissures (zygomatiques, releveurs des lèvres), les muscles du menton sont plus ou moins touchés. Cette paralysie des lèvres a ses conséquences fonctionnelles habituelles.

Les mouvements de la langue sont toujours gênés ; ils ne sont jamais complètement abolis. L'organe se meut avec lenteur et difficulté. La pointe se relève difficilement vers la voûte palatine ; mais les mouvements de latéralité sont surtout pénibles. Le malade ne peut promener sa langue dans les sillons gingivo-buccaux, et quand il peut encore la tirer au dehors, la projection de la pointe ne se fait ordinairement pas en droite ligne : on observe une légère déviation du côté le plus paralysé. Le dos de l'organe ne peut plus se creuser en gouttière. Quand la paralysie est plus prononcée, la langue reste collée au plancher de la bouche.

Le voile du palais n'est ordinairement pas paralysé au même degré dans ses deux moitiés. Il présente alors une légère asymétrie : l'un des piliers est plus abaissé que l'autre ou bien la luette est légèrement déviée. Si le malade émet un son, le voile se contracte mal, les piliers ne se rapprochent qu'incomplètement. Parfois, il est absolument flasque et pend comme une membrane inerte au fond de la bouche.

L'association de ces diverses paralysies n'entraîne pas seulement des troubles de la parole ; comme dans la maladie de Duchenne, il en résulte aussi des troubles de la déglutition et de la mastication. La déglutition est considérablement gênée ; les solides passent mieux que les liquides ; ceux-ci ressortent parfois par le nez. Aussi le sujet boit-il à petites gorgées en portant la tête en arrière ; de temps en temps un accès de toux survient, indice de la pénétration dans le larynx d'une petite quantité de liquide. La salive s'écoule presque continuellement de la bouche par l'une des commissures, au moins dans la station debout ; dans la position horizontale, elle est plus aisément déglutie, mais dès que le malade s'assoit ou incline la tête en avant, la salive coule peu à peu en filant. La mastication est défectueuse ; les sillons gingivo-buccaux restent pleins de débris alimentaires ; les aliments tombent parfois de la bouche et, lorsque les phénomènes paralytiques sont très accentués, on voit les malades s'aider de leurs doigts pour faire franchir au bol alimentaire l'isthme du gosier. Ces troubles sont à leur comble, lorsque les muscles moteurs de la mâchoire inférieure sont atteints.

La paralysie de ces muscles est notée dans plusieurs observations. Dans celle de MM. Charcot et Oulmont, il est dit que l'écartement des arcades dentaires ne dépasse pas 2 centimètres dans les plus grands efforts. Le malade de M. Oulmont ouvrait difficilement la bouche ; on était obligé d'abaisser avec la main la mâchoire inférieure pour l'ouvrir complètement.

Barlow rapporte que, chez son malade, la mastication était impossible. Dans le cas de Füller et Browning, la mâchoire inférieure était immobile : le sujet ne pouvait ouvrir la bouche. Magnus et M. Féré signalent la faiblesse et le peu d'étendue des mouvements de la mâchoire inférieure chez leurs malades. De ces observations, il résulte que les élévateurs ou les abaisseurs de la mâchoire sont indifféremment atteints. Tantôt la bouche reste entr'ouverte, le malade ne pouvant rapprocher les arcades dentaires sans un certain effort ; tantôt, au contraire, c'est l'abaissement du maxillaire inférieur qui nécessite un effort de la part du sujet ; encore ne parvient-il qu'à entr'ouvrir légèrement la bouche. Enfin lorsque les ptérygoïdiens sont parésiés, les mouvements de latéralité sont aussi entravés. A l'inverse de ce qui se passe dans la paralysie bulbaire progressive, cette paralysie des muscles masticateurs ne marque pas une nouvelle étape dans la marche de la maladie ; lorsqu'elle existe, elle est contemporaine du début de l'affection.

Cette remarque est applicable aux troubles laryngés signalés par quelques auteurs chez les pseudo-bulbaires. Leur existence est discutable en raison du petit nombre de cas où l'examen laryngoscopique a été pratiqué. Elle est niée par Oppenheim et Siemerling pour qui les troubles laryngés sont en faveur de la forme impure de la paralysie pseudo-bulbaire. Dans plus d'une observation cependant on trouve notés, à côté des troubles dans l'articulation des mots, des troubles dans l'émission des sons. Ainsi la voix était perdue et remplacée par une sorte de son guttural chez le malade de Füller et Browning. D'autres fois, le sujet n'émet que quelques sons affaiblis, inarticulés, comparables à des gloussements très faibles (Lépine). Chez un malade de M. le professeur Charcot, l'aphonie était presque complète : ce n'était qu'après des efforts violents qu'il finissait par émettre une sorte de grognement indescriptible. Le malade d'Auscher ne parvenait à parler qu'à voix étouffée. Malheureusement l'examen laryngoscopique n'a été que rarement pratiqué dans les cas analogues. Cependant deux malades chez lesquels M. Charcot avait porté le diagnostic de paralysie pseudo-bulbaire, d'origine cérébrale, M. Cartaz (1) constata un défaut d'adduction des cordes vocales par parésie des thyro-aryténoïdiens et paralysie des aryténoïdiens. Mais nous ne connaissons pas le résultat de l'autopsie de ces malades. L'observation de Münzer n'est pas passible de ce reproche : les cordes vocales étaient en position cadavérique, elles ne se rapprochaient ni dans la phonation, ni dans la déglutition. L'examen microscopique démontra l'absence de toute lésion dans le bulbe. Il semble donc exister réellement, dans la paralysie pseudo-bulbaire, des troubles laryngés caractérisés par une paralysie des muscles phonateurs. Jusqu'ici les abducteurs des cordes vocales ont paru indemnes : les troubles respiratoires, d'origine laryngée, ne figurent d'ailleurs pas dans le tableau de la maladie.

Telle est la répartition habituelle des paralysies dans les cas typiques : le syndrome labio-glosso-laryngé est alors reproduit au complet. Mais il s'en faut que tous les cas soient identiques, et à côté de ceux où les lèvres, la langue, le voile du palais et parfois les muscles phonateurs sont atteints dans leurs fonctions, il en existe où l'un ou l'autre de ces organes est indemne. C'est ainsi que, chez l'un des malades de Ross, le voile du palais n'était pas paralysé, alors que les mouvements des lèvres et de la langue n'étaient plus possibles. Il arrive même que la paralysie ne porte que sur l'un des organes habituellement atteints : tantôt c'est la langue seule qui est paralysée (Rosenthal), tantôt ce sont les lèvres (Eisenlohr).

Un caractère commun à toutes ces paralysies, quelles que soient leur distribution et leur étendue, c'est l'absence d'atrophie des muscles affectés. La langue garde son volume et sa consistance habituelle ; sa surface reste lisse. Les lèvres

(1) Cartaz. *France méd.*, 17 nov. 1885.

conservent une épaisseur normale. Il n'y a ordinairement pas de mouvements fibrillaires.

L'état des réflexes est variable. Très souvent le réflexe pharyngien est diminué. L'excitation de la muqueuse de la gorge ne provoque qu'une contraction lente du voile du palais : la toux, les nausées n'apparaissent qu'après une excitation prolongée. Parfois, on peut promener le doigt dans la gorge sans amener aucune réaction. Inversement, on peut observer une exagération du réflexe massétérin : quand on abaisse brusquement la mâchoire, il s'y produit une sorte de tremblement épileptoïde.

A l'inverse de ce qui s'observe dans les paralysies bulbaires, la réaction électrique des muscles paralysés est normale : il n'y a ni réaction de dégénérescence, ni même diminution de l'excitabilité au courant faradique.

La sensibilité tactile des muqueuses labiale, linguale et pharyngienne est conservée : même dans les cas où le réflexe pharyngien est lent à se produire ou est aboli, le malade continue à percevoir les plus légers contacts. La sensibilité spéciale est ordinairement indemne : dans de rares observations, cependant, des troubles sensoriels ont été notés.

A tous ces phénomènes relevant des troubles apportés aux fonctions de certains muscles de la face et du cou, s'ajoutent habituellement des symptômes de paralysie dans les membres. Toutefois, la marche est ordinairement possible. C'est parfois la démarche d'un hémiplégique vulgaire; mais plus souvent, surtout lorsque le malade a été frappé de paralysie successivement dans les deux moitiés du corps, la démarche affecte des caractères spéciaux sur lesquels M. Déjerine a attiré l'attention et que nous avons été à même d'observer dernièrement chez un malade du service de M. le professeur Debove. Il s'agissait d'un artério-scléreux atteint d'un trouble accentué de la parole, de parésie des lèvres et de la langue, et chez qui l'autopsie permit de faire le diagnostic rétrospectif de paralysie pseudo-bulbaire; dans chaque hémisphère, il existait un foyer de ramollissement ancien dans la moitié externe du noyau lenticulaire, la capsule externe et l'avant-mur. Malgré l'absence de paralysie antérieure, la marche était peu à peu devenue difficile chez lui : il s'avançait à petits pas, le corps légèrement incliné en avant, soulevant à peine ses pieds au-dessus du sol et ne progressant que lentement, malgré la succession relativement rapide de ses pas. Ces mêmes caractères de la démarche sont notés dans plusieurs observations. « Debout, le malade a dans son maintien quelque chose qui fait penser à un malade de Parkinson ; il ne se tient pas droit, le corps est un peu fléchi en avant, de même les cuisses et les jambes sont légèrement fléchies. En examinant ensuite le malade sur son lit, on voit que tous les mouvements des membres sont possibles, mais qu'ils s'exécutent lentement et sont légèrement limités dans leur étendue » (Leresche). Aux membres supérieurs, cet embarras des mouvements est moins prononcé ; il existe cependant, et l'on voit souvent les sujets avoir une certaine peine à s'habiller ou à se déshabiller.

Les troubles intellectuels observés assez souvent chez les pseudo-bulbaires n'ont pas de caractères spéciaux. Ce sont à peu près ceux des hémiplégiques. La diminution de la mémoire, la paresse intellectuelle, l'incohérence des idées, parfois la démence ont été signalées. Le malade est sujet à pleurer ou à rire sans motif, souvent il est irritable, et parfois la colère éclate chez lui sous forme d'accès alternant avec des crises de rires ou de pleurs. A propos de ces crises de rires, un phénomène singulier a été noté dans plusieurs observations : il arrive, en effet, que le malade ne pouvant rire volontairement, le fait cependant involontairement à l'occasion de ces accès. Il y a là un véritable antagonisme entre les mouvements volontaires et involontaires de la face (Lépine).

IV

Marche ; durée ; terminaisons. — Le plus souvent le syndrome glosso-labié s'installe subitement et complètement d'emblée à l'occasion d'un ictus apoplectique, chez un individu qui a déjà subi antérieurement une ou plusieurs attaques, suivies ou non d'aphasie transitoire. Qu'ils se soient produits du même côté du corps ou qu'ils en aient atteint successivement les deux moitiés, les phénomènes hémiplégiques s'amendent ordinairement plus ou moins; parfois même ils disparaissent complètement, laissant place à une grande faiblesse dans les membres. Seuls les phénomènes pseudo-bulbaires persistent avec quelques alternatives d'amélioration ou d'aggravation.

Dans d'autres cas, les antécédents cérébraux sont nuls et le syndrome pseudo-bulbaire apparaît à l'occasion d'une première atteinte d'hémiplégie. Plus rarement, enfin, il s'installe sans paralysie, sans ictus, sans perte de connaissance : à la suite d'un simple accès vertigineux, survient une paralysie des lèvres et de la langue (Hahn, Kirchhoff, Ross, Raymond et Artaud), les troubles qui en résultent vont en s'accusant et peuvent rester les seuls phénomènes morbides jusqu'à la mort de l'individu, à moins qu'ultérieurement n'apparaisse une de ces attaques d'hémiplégie si communes dans les antécédents des malades. Une fois constitué, le syndrome pseudo-bulbaire peut rester stationnaire, s'améliorer momentanément ou s'aggraver. L'aggravation est parfois spontanée; plus souvent elle est la conséquence d'un nouvel ictus; elle est alors brusque et soudaine. La marche de l'affection n'est en effet ni régulière ni progressive. Les troubles respiratoires et cardiaques, les accès de dyspnée et les syncopes, qui mettent si souvent un terme à la vie des individus atteints de paralysie bulbaire progressive, ne s'observent pas chez les pseudo-bulbaires, ou pour mieux dire ils y sont absolument exceptionnels. Seul, le malade de Münzer succomba à des accidents respiratoires et cardiaques, qu'on eût été en droit de mettre sur le compte d'une altération des noyaux des pneumogastriques, si l'examen histologique n'avait montré leur intégrité.

La durée de la survie des pseudo-bulbaires est extrêmement variable. Les uns succombent quelques mois après le début des accidents, ce sont les plus nombreux. D'autres sont emportés beaucoup plus rapidement et ne survivent que quelques jours aux lésions cérébrales qui ont amené la constitution du syndrome. Chez d'autres enfin, les lésions se circonscrivant sans doute et de nouvelles attaques ne se produisant pas, la survie est de plusieurs années : un des malades de M. Berger ne succomba que onze ans après le début de l'affection, à la suite d'une fracture de jambe.

Un nouvel ictus apoplectique est la cause la plus habituelle de la mort. Toutefois, celle-ci peut survenir, comme dans la maladie de Duchenne, sous l'influence des troubles de la déglutition. Des parcelles alimentaires peuvent péné-

trer dans les voies respiratoires et produire, sinon l'asphyxie, au moins une broncho-pneumonie mortelle. Parfois on est dans la nécessité de nourrir le malade à la sonde : il dépérit graduellement et meurt dans le marasme et la cachexie. D'ailleurs, l'albuminurie dont ces malades paraissent assez fréquemment atteints est aussi de nature à hâter la cachexie ou à provoquer l'apparition de complications léthales.

La guérison ne semble possible que dans les cas où les lésions cérébrales relèvent de la syphilis : encore faut-il que ces lésions soient récentes et non destructives. Quant aux périodes d'amélioration spontanée constatées parfois chez les pseudo-bulbaires, elles n'ont jamais été que transitoires.

Le pronostic est d'autant plus sombre que la déglutition est plus compromise et que l'état du cœur ou des vaisseaux fait davantage redouter l'imminence de nouvelles attaques.

V

Diagnostic. — Il est parfois fort difficile, et toujours il est délicat. On peut éliminer d'emblée toute chance d'erreur avec la diplégie faciale d'origine périphérique et la paralysie diphthéritique du voile du palais : la première est caractérisée par la paralysie totale des nerfs faciaux avec intégrité de la langue; la seconde, tout en frappant le voile du palais, respecte la langue et les lèvres.

Dans la majorité des cas, on se trouvera dans l'une des deux conditions suivantes : ou l'on n'aura que des renseignements incomplets sur le début de la maladie, et l'on pourra la confondre avec les affections bulbaires chroniques; ou bien l'on saura que le syndrome labio-glosso-laryngé est apparu brusquement, à l'occasion d'une attaque d'apoplexie, et la confusion pourra être faite avec les affections bulbaires aiguës, en particulier avec les apoplexies bulbaires.

En dépit des ressemblances qui rapprochent la paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale de la maladie de Duchenne, il ne laisse pas que d'y avoir entre les deux affections des différences qui s'accuseront davantage en résumant ici les principaux symptômes des deux affections.

Paralysie pseudo-bulbaire. — Début ordinairement brusque et marqué par une attaque apoplectique. Paralysie simultanée de la langue, des lèvres, du voile du palais, atteignant d'emblée un degré d'intensité qu'elle gardera dans la suite, sauf aggravation brusque à l'occasion d'un nouvel ictus. Très souvent cette paralysie est plus prononcée d'un côté que de l'autre. Pas d'atrophie des muscles paralysés. Réflexes conservés, au moins au début. Réaction électrique normale. Troubles psychiques analogues à ceux qui caractérisent le ramollissement cérébral (perte de la mémoire, affaiblissement intellectuel), attaques apoplectiques à répétition, paralysies dans les membres.

Paralysie bulbaire progressive.— Début lent, insidieux, sans cause connue. La langue, le voile du palais, les lèvres, plus tard les muscles masticateurs et le larynx, sont pris les uns après les autres. Ces paralysies augmentent progressivement d'intensité; elles sont symétriques et n'entraînent pas de déviation de la langue, de la luette ni des commissures. Les muscles sont le siège de contractions fibrillaires et subissent un degré plus ou moins prononcé d'atrophie. Réflexes abolis d'une façon précoce. Réaction de dégénérescence habituelle. L'intelligence reste intacte jusqu'à la fin de la maladie; il ne survient pas de paralysie dans les membres. Les paralysies laryngées, les accidents dyspnéiques et syncopaux, bien que plus fréquents dans la paralysie bulbaire progressive, ne présentent cependant pas une valeur diagnostique absolue, puisqu'ils ont été observés chez des pseudo-bulbaires avérés.

Les mêmes signes différentiels permettent d'établir le diagnostic entre la paralysie pseudo-bulbaire et les paralysies bulbaires consécutives aux myélites, si les signes propres à ces affections permettaient le doute.

Lorsque le syndrome glosso-labié s'installe brusquement, à la suite d'une attaque suivie ou non de paralysie, on ne peut rejeter d'emblée l'hypothèse d'une lésion bulbaire. Il existe, en effet, tout un groupe d'affections bulbaires aiguës susceptibles de reproduire, avec plus ou moins de fidélité, le syndrome glosso-labié : telles sont les embolies et les hémorrhagies bulbaires, la myélite bulbaire aiguë de Leyden, et, dans certains cas, la compression du bulbe.

Les paralysies bulbaires apoplectiformes, lorsqu'elles permettent la survie des malades, s'accompagnent ordinairement de troubles de la parole et de la déglutition, assez analogues à ceux de la paralysie pseudo-bulbaire : la paralysie des lèvres, celle de la langue et du voile du palais, peuvent même constituer les seuls signes observés; le diagnostic est alors à peu près impossible. Mais, dans la majorité des cas, le siège bulbaire de la lésion sera révélé par l'existence d'autres phénomènes bulbaires ou protubérantiels, tels qu'hémiplégie alterne, paralysie des deux moitiés du corps après une seule attaque, troubles respiratoires et cardiaques, vomissements, troubles de la sécrétion urinaire. Ces phénomènes surviennent souvent sans perte de connaissance, et ne s'accompagnent pas de troubles intellectuels. Ultérieurement, la lésion des noyaux bulbaires entraîne l'atrophie des muscles paralysés.

Nous ne faisons que signaler la myélite bulbaire aiguë de Leyden (poly-encéphalite inférieure aiguë); il n'en existe que trois cas; leur histoire clinique présente les plus grandes analogies avec celle du ramollissement bulbaire par embolie.

Les tumeurs, en particulier les anévrysmes du tronc basilaire ou des vertébrales, les gommes syphilitiques, développées au voisinage du bulbe, ont pu, dans des circonstances exceptionnelles, produire tous les symptômes d'une paralysie bulbaire aiguë : troubles de la déglutition, dysarthrie, accidents respiratoires, etc. L'absence de troubles cérébraux, une paralysie simultanée des quatre membres pourraient, comme ci-dessus, mettre sur la voie du diagnostic.

En somme, le diagnostic entre la paralysie pseudo-bulbaire à début brusque et une paralysie bulbaire aiguë n'est possible qu'autant que certains signes indiquent une participation prépondérante du cerveau (aphasie, hémiopie, anomalies psychiques).

Quant à la distinction clinique, qu'Oppenheim et Siemerling ont tenté d'établir entre la forme pure de la paralysie pseudo-bulbaire et la forme impure ou cérébro-bulbaire, elle nous paraît impossible à maintenir. Il n'existe pas de signes différentiels entre ces deux formes. Des observations récentes ont, en effet, montré qu'un degré prononcé d'artério-sclérose n'est pas plus en faveur d'un cas mixte, que l'existence de paralysies laryngées, de troubles respiratoires et circulatoires, ne permet d'affirmer une lésion

bulbaire. Les formes pures peuvent donc présenter les mêmes symptômes que les formes impures.

VI

Pathogénie. — L'apparition, sous l'influence de lésions cérébrales, d'un syndrome qui appartient habituellement aux lésions bulbaires, est un phénomène dont la pathogénie, bien que mal élucidée, peut cependant être esquissée en faisant appel aux recherches anatomiques et physiologiques modernes. Il résulte de ces recherches que les noyaux bulbaires ne sont pas des centres absolument autonomes : à chacun d'eux correspond vraisemblablement dans le cerveau un centre, dont il reçoit l'impulsion par l'intermédiaire de fibres unissantes. Il semble, *à priori*, que toute lésion de ces centres ou de ces fibres cérébro-bulbaires jettera le trouble dans les fonctions des centres bulbaires homonymes, la structure de ces derniers restant intacte. La répartition de ces lésions pourra être telle que les lèvres, la langue, le voile du palais, soient simultanément atteints. La paralysie de ces organes, sous l'influence d'une lésion cérébrale, n'est d'ailleurs pas une pure hypothèse. La réalisation se vérifie presque chaque jour en clinique. Que l'on suppose, en effet, une hémiplégie par lésion de la capsule interne : parmi les symptômes observés, il y aura une paralysie de la moitié inférieure de la face, de la moitié de la langue, et parfois une déviation de la luette et de la gêne de la déglutition. Dans l'hémiplégie vulgaire, il y a donc un certain degré de paralysie glosso-labiée unilatérale. Et si, dans un cas semblable, le tableau se complétait par la production d'une lésion identique dans l'hémisphère opposé, on observerait une paralysie des deux moitiés inférieures de la face, des deux moitiés de la langue et du voile du palais, complexus symptomatique analogue au syndrome bulbaire.

Il faut donc et il suffit, semble-t-il, pour donner naissance aux signes trompeurs d'une paralysie bulbaire, que les lésions cérébrales portent symétriquement sur les centres correspondant aux centres bulbaires ou sur les fibres blanches qui unissent les premiers aux seconds. Il est malheureusement difficile de démontrer, avec des faits à l'appui, qu'il en est toujours ainsi. La répartition dans le cerveau des centres homonymes des centres bulbaires est, en effet, mal connu : l'existence de quelques-uns d'entre eux est même très incertaine. Quant au trajet des fibres qui les relient aux centres bulbaires, il n'est pour la plupart qu'hypothétique. Si nous nous bornons cependant à l'étude des centres qui nous intéressent dans le cas présent, nous verrons qu'un certain nombre d'entre eux ont pu être localisés avec une certaine précision. Le centre du mouvement des lèvres (facial inférieur) est situé à la partie inférieure de la frontale ascendante; celui des mouvements de la langue (hypoglosse) et celui des muscles masticateurs (branche motrice du trijumeau) en seraient tout à fait voisins ou même se confondraient avec lui. D'après les expériences de Krause et celles de Horsley et Schafer, le centre des mouvements de déglutition siégerait également dans le pied de la circonvolution frontale ascendante. Quant au centre cortical du larynx, son existence encore incertaine devient cependant de plus en plus probable. A la suite d'expériences physiologiques, Semon et Horsley ont cru pouvoir le localiser chez le singe au point de jonction du pied de la frontale ascendante avec le pied de la troisième frontale : c'est précisément la région où de nombreuses observations cliniques et anatomo-pathologiques permettent de placer son siège.

Ainsi, tous ces centres sont corticaux; ils sont groupés dans un espace restreint et ils sont si proches les uns des autres que le centre du facial inférieur est plus voisin de celui de l'hypoglosse que du centre du facial supérieur. Ils sont de plus bilatéraux; mais il faut remarquer que, pour plusieurs d'entre eux, l'excitation unilatérale amène des mouvements bilatéraux dans les muscles qui en dépendent; d'autre part, la destruction unilatérale n'est pas suivie de paralysie. Ces centres semblent donc habituellement se suppléer réciproquement (pharynx, larynx, ptérygoïdien). Mais qu'il survienne une lésion bilatérale, il s'ensuivra une paralysie des organes correspondants.

Cette théorie, applicable aux cas où les lésions sont corticales ou sous-corticales, se trouve malheureusement en défaut quand on examine les faits où les altérations sont limitées au noyau lenticulaire, région qui semble précisément le siège le plus constant des lésions. Deux hypothèses ont été émises pour élucider la pathogénie des accidents à la suite des lésions du noyau extra-ventriculaire :

1° Ou bien ce noyau agit comme un centre particulier, régulateur des mouvements de la parole, etc.;

2° Ou bien les troubles observés résultent de la destruction des fibres blanches qui, venues des centres corticaux, traversent le noyau lenticulaire pour gagner ultérieurement le pédoncule.

La physiologie des ganglions intra-cérébraux étant presque inconnue, la première de ces hypothèses ne repose que sur de vagues données anatomiques : l'identité de structure histologique entre le corps strié et la substance grise corticale, et l'existence de fibres nerveuses (faisceau intermédiaire de Meynert) qui, prenant naissance dans le putamen, se rendent au pédoncule, puis à la protubérance et peut-être au bulbe.

La seconde hypothèse a pour elle le mérite d'une plus grande vraisemblance. Elle permet de donner, aux paralysies pseudo-bulbaires par lésion des noyaux lenticulaires, la même interprétation pathogénique qu'aux paralysies pseudo-bulbaires, dues à des lésions corticales ou sous-corticales. On sait, en effet, que les fibres qui naissent de l'écorce ne convergent pas toutes vers la capsule interne. Un certain nombre d'entre elles, venues des faces supérieure et externe des hémisphères, empruntent un détour pour se rendre aux pédoncules. Elles pénètrent dans le noyau lenticulaire, traversent ses divers segments, contribuent à former l'anse lenticulaire, puis vont se joindre aux faisceaux venus de la capsule interne.

L'origine de toutes ces fibres n'est pas exactement connue. Il est cependant démontré qu'un certain nombre d'entre elles proviennent du centre cortical du facial supérieur. Par analogie, on peut bien supposer qu'il en naît également dans d'autres centres corticaux, en particulier dans ceux dont la lésion produit le syndrome glosso-labié.

La destruction de ces fibres expliquerait alors les symptômes observés à la suite des lésions bilatérales des noyaux lenticulaires.

Les mêmes théories pathogéniques s'adaptent aux cinq cas où les lésions étaient unilatérales, si l'on admet les remarques suivantes que nous empruntons à Kirchhoff. Les muscles symétriques qui agissent d'ordinaire simultané-

ment (langue, larynx, etc.) seraient représentés par des centres dans chacun des deux hémisphères. A l'état normal les fibres croisées seraient seules utilisées. Dans ces conditions, si l'un des hémisphères vient à être lésé, l'autre le supplée et entreprend la conduction complète. Mais si l'un des hémisphères, par une anomalie de constitution ou par une habitude acquise (comme cela a lieu pour le langage) se trouve seul chargé de la fonction, l'anéantissement de celle-ci est la conséquence forcée de sa lésion.

PETITE ÉPIDÉMIE DE VARIOLE

DANS L'ARRONDISSEMENT DE BAUME; SON ÉTIOLOGIE, SA PROPAGATION; NÉCESSITÉ D'ASSURER, PAR UNE LOI SANITAIRE, DES MESURES PROPHYLACTIQUES.

Par M. le docteur BÜTTERLIN,
Médecin de l'hôpital de Baume (Doubs).

Au commencement de cette année a éclaté, dans la partie haute du canton de Roulan, arrondissement de Baume, une petite épidémie de variole, très curieuse au point de vue de son étiologie et de sa propagation. Une famille de marchands ambulants, atteinte de cette maladie, l'importa dans un village des environs de Bouclan. De ce village la maladie rayonna dans les environs : le foyer s'agrandit. D'un village à l'autre il était permis de suivre son expansion, et cela, par contagion. Généralement un habitant, étant allé dans une famille atteinte, a rapporté la variole dans son village. L'épidémie souvent a été bénigne, mais dans certains cas elle a revêtu une forme confluente ou hémorrhagique; il y a eu plusieurs victimes.

Le canton de Roulan est partagé en deux parties par la vallée du Doubs : la partie haute et la partie basse; la première seule était atteinte au début.

Vers la fin du mois de mars, un fonctionnaire de Roulan, étant en tournée de service, entra dans une maison de Naissey, où il y avait des cas de variole. Quelque temps après, le 1er avril, il contracta la maladie à Roulan. Sa famille était composée de sa femme et d'un enfant de quatre ans, tous vaccinés. L'enfant fut isolé; la femme soigna son mari; les mesures les plus rigoureuses furent prises pour l'isolement et la désinfection : défense à tout étranger d'entrer dans la maison; la maladie évolua régulièrement, l'homme guérit; personne ne contracta la maladie dans le chef-lieu de canton.

Peu de temps après, un jeune ouvrier allant travailler dans les environs de Bouclan, qui est éloigné de Baume de 21 kilomètres, contracta la maladie qu'il importa dans sa famille à Baume, chef-lieu d'arrondissement : cinq personnes en furent atteintes et un jeune homme, âgé de seize ans, mourut le 15 mai; tous ayant été vaccinés quelque temps auparavant, les uns avec, les autres sans succès. Une grande panique s'empara des habitants de la ville : le souvenir de l'épidémie de variole qui, pendant la guerre de 1870, exerça dans le pays tant de ravages, est encore présent à la mémoire. Heureusement la maladie resta cantonnée dans cette famille : le gendre seul étant allé voir ses parents, la contracta : il habitait une maison à une autre extrémité de la ville; ici, on le voit, la maladie a été contractée par contagion directe.

Ainsi, voilà une petite épidémie de variole qui a éclaté dans des conditions très curieuses. Une famille de marchands ambulants a importé la maladie dans un village : de ce dernier elle s'est répandue dans d'autres.

Le mode de propagation a eu lieu par contagion directe : un habitant, entrant dans une maison contaminée, a rapporté la maladie dans son village : rien de plus curieux que de suivre son expansion d'un village à l'autre.

Il était facile d'éteindre ce foyer, à son début, par des mesures rigoureuses d'isolement et de désinfection et d'arrêter la marche de la maladie. On voit par cet exemple combien la nécessité s'impose d'édicter, par mesure législative, une loi de police sanitaire.

Dans la réunion du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Baume, en date du 20 mai 1891, il était question de cette épidémie de variole, j'ai développé les arguments en vue de rendre obligatoires, non seulement la vaccination et la revaccination, mais encore les mesures d'isolement et de désinfection. M. Gauderon, vétérinaire et vice-président du conseil, ne put s'empêcher de manifester son étonnement; une loi sanitaire, dit-il, existe sur le bétail — c'est la loi du 21 juillet 1881 et le décret du 22 juin 1882, portant règlement d'administration de la loi sur la police sanitaire des animaux — et, depuis son application, les maladies contagieuses sur le bétail ont diminué dans des proportions extraordinaires.

Sur ma proposition, le conseil d'hygiène a émis le vœu que, dans l'intérêt de la santé publique et pour arrêter la propagation de la variole, une loi rende obligatoires la vaccination et la revaccination, et que des mesures soient prescrites, par une loi sanitaire, en vue d'assurer l'isolement des malades et la désinfection des locaux et des objets contaminés.

La variole est une maladie terrible, elle enlève en France, d'après M. Brouardel, 14 000 personnes par an. Périodiquement, nous avons des épidémies qui font de grands ravages et qui exercent une grande influence sur la dépopulation de notre pays.

En France, nous n'avons aucune loi sur la police sanitaire : les autres nations sont plus avancées que nous sous ce rapport, et plus soucieuses de la santé publique. En Angleterre, en 1889, le Parlement a voté une loi qui oblige à isoler les varioleux soignés chez eux. D'après le discours de M. Le Fort, prononcé à l'Académie de médecine, dans la séance du 13 janvier 1891, il était mort à Londres 1 419 varioleux en 1885, et en 1889 on ne compta qu'un décès sur près de 5 millions d'habitants.

En Prusse, la vaccination est obligatoire depuis 1835; mais des mesures très sévères existent contre la contagion. Dès qu'une maladie contagieuse éclate, le médecin est obligé de faire la déclaration à l'autorité, sous peine d'amende; les propriétaires et les familles sont également tenus de notifier la présence de ceux qui chez eux sont atteints de maladie contagieuse. Quand la variole éclate dans une maison, on y place un écriteau avec cette inscription : « Hier sind die Pocken » Ici règne la variole. Les personnes étrangères à la famille ne peuvent y entrer; le malade est isolé, on désinfecte le local et les objets contaminés; toutes ces mesures sont observées sous peine d'une forte amende; même les cérémonies funèbres sont interdites pour les varioleux. Quand une maladie épidémique et contagieuse règne dans un village, on l'entoure d'un véritable cordon sanitaire; à l'entrée sont établis des appareils de désinfection; les habitants qui entrent subissent la désinfection. Grâce à ces mesures, la mortalité des varioleux, qui était de 54 p. 100000 habitants en 1834, était de 9 en 1855. Pendant la dernière guerre de 1870, nous avons perdu beaucoup de soldats par suite de la variole; en Prusse, la mortalité a été insignifiante.

Des mesures très rigoureuses sont également prises contre les foyers de maladies contagieuses aux États-Unis, en Écosse, en Hollande et en Suisse. Ces nations, je le répète, sont, sous ce rapport, très en avance sur la France.

L'Académie de médecine, dans sa séance du 20 janvier 1891, a émis un vœu ayant pour but de rendre la vaccination et la revaccination obligatoires, mais ces mesures sont incomplètes, si on n'y ajoute pas celles qui ont pour but de rendre l'isolement et la désinfection obligatoires.

Nos pouvoirs publics, qui sont soucieux de l'hygiène et qui étudient avec sollicitude les questions qui se rattachent à la dépopulation de notre pays, donneront, espérons-le, dans un bref délai, satisfaction au vœu légitime de l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juillet 1891. — Présidence de M. Terrier.

RAPPORTS

Anévrysme artérioso-veineux; extirpation; guérison. — M. **RECLUS** fait un rapport sur une observation adressée par M. Monod (de Bordeaux). Il s'agit d'un serrurier, âgé de vingt-huit ans, qui se fit, au niveau du mollet gauche, une blessure avec une serpette. Il y eut une hémorrhagie que l'on arrêta à l'aide d'un pansement compressif. Quinze jours après, on constatait tous les signes d'un anévrysme artérioso-veineux. Pendant onze jours, M. Monod essaya, sans succès, de la compression. Il se proposa alors de faire la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous du sac, après avoir appliqué la bande d'Esmarck. Mais dans le cours de cette opération, il vit qu'il serait préférable de faire l'extirpation du sac. Il posa une double ligature à la partie supérieure de la tumeur, pratiqua, sans difficultés, cette extirpation et fit un drainage. Les suites furent des plus simples, et quinze jours après le malade était complètement guéri.

M. Reclus regrette que M. Monod, dans ce cas, ait tenté pendant onze jours la compression directe. Il pense qu'il faut laisser de côté ces moyens dits de douceur, inutiles, douloureux et souvent dangereux. M. Monod s'était d'abord proposé de faire la ligature au-dessus et au-dessous de la tumeur; mais en examinant la pièce, après l'extirpation, il reconnut que la poche anévrysmale se trouvait en dehors des vaisseaux. Il était donc indiqué de faire d'emblée l'extirpation. D'ailleurs, M. Reclus est convaincu que plus on ira, plus on abandonnera la double ligature pour l'ablation. Récemment encore, dans un cas d'anévrysme artério-veineux du bras, M. Reclus s'était proposé de faire une double ligature quand il reconnut, au cours de l'opération, qu'il serait aussi simple et aussi facile d'extirper la poche, et il s'arrêta à ce dernier parti.

Statistique opératoire. — M. **TERRIER** communique, au nom de M. Calot, chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer, la statistique des opérations pratiquées dans cet hôpital. M. Calot, élève de M. Terrier, s'applique à pratiquer une rigoureuse antisepsie. Le nombre de ces opérations est de 96, sur lesquelles il y a 37 résections, 13 sur le membre supérieur, 24 sur le membre inférieur.

Sur ces 96 opérations, il n'y a eu que 3 décès qui se répartissent ainsi : 1 amputation de cuisse, pratiquée après une longue suppuration, chez un enfant cachectique, ayant 41 degrés de température, mort quatre jours après l'opération; 2 résections de la hanche, pour affections tuberculeuses, mort l'une quatre jours, l'autre neuf jours après l'opération, de complications pulmonaires. Aucun de ces décès n'a été causé par une faute contre l'antisepsie. En résumé, M. Calot, grâce à cette antisepsie, a obtenu de très bons résultats.

COMMUNICATIONS

Fibro-myome utérin sous-muqueux; grossesse; accouchement; ablation; guérison. — M. **HOUZEL** (de Boulogne-sur-Mer) adresse l'observation d'une femme qui avait éprouvé des douleurs et des ménorrhagies. Lorsqu'il la vit pour la première fois, le 20 janvier 1890, elle était enceinte de six mois. Il y avait des contractions partielles, symétriques de l'utérus, le col était entr'ouvert. Les douleurs cessèrent sous l'influence de lavements laudanisés. Bientôt elles reparurent et l'on put s'assurer qu'il y avait un commencement de travail.

M. Houzel constata alors une présentation du tronc. Il fit la version et amena un enfant qui survécut quelques heures. En pratiquant la délivrance artificielle il reconnut la présence, au fond de l'utérus, d'un fibro-myome interstitiel sous-muqueux. Quelques jours après, le 3 février, la température montait à 38 degrés; la malade souffrant beaucoup, il décida de pratiquer l'extraction de la tumeur. Ayant attiré le col, il la saisit avec une pince à griffe et en pratiqua l'ablation par morcellement. Les suites de l'opération furent simples. La guérison fut prompte. Les règles revinrent et, à la fin de juin 1890, cette femme devint enceinte de nouveau.

Plaie pénétrante de l'abdomen, laparotomie exploratrice. — M. **TERRIER** communique l'observation d'un malade qui fut amené la nuit à l'hôpital et qui venait de recevoir un coup de couteau dans l'hypochondre gauche, à 11 centimètres en haut et en dehors de l'ombilic. L'interne de garde désinfecta et pansa la plaie. Le lendemain matin, M. Terrier introduisit dans la plaie un stylet stérilisé et reconnut qu'il s'agissait d'une plaie pénétrante. L'état général du blessé était assez bon, il y avait seulement un léger ballonnement du ventre. Il n'y avait pas d'hémorrhagie. Séance tenante M. Terrier fit la laparotomie sur la ligne médiane. Il n'y avait pas d'épanchement; il examina tout l'intestin grêle, le côlon transverse, la grande courbure de l'estomac et la face profonde de la plaie, qu'il nettoya sans y faire de suture. Il referma le ventre. L'opération avait duré quarante minutes. Les suites en furent des plus simples et le malade sortit guéri le quatorzième jour. En examinant l'intestin, on s'aperçut qu'il était rempli d'ascarides lombricoïdes.

Cette observation présente ceci d'intéressant, que la laparotomie immédiate a été décidée et pratiquée, le blessé présentant le minimum de lésions. M. Terrier pense qu'on doit toujours agir ainsi.

M. **MARC SÉE** rappelle qu'il a été le premier à préconiser l'exploration des plaies pénétrantes de l'abdomen avec une sonde. Il se félicite que ce précepte soit aujourd'hui généralement admis.

M. **QUÉNU**, en 1881, a pratiqué aussi une laparotomie immédiate chez un homme qui avait reçu un coup de couteau dans la fosse iliaque droite. La plaie était pénétrante, il y avait une hémorrhagie. Le sang venait de la paroi postérieure de l'abdomen, il plaça une ligature et son intervention fut suivie de guérison.

M. **TERRIER** répond à M. Sée qu'étant interne de Chassaignac, en 1863, il le voyait explorer les plaies pénétrantes de l'abdomen. Il trempait son stylet dans une solution de nitrate d'argent et touchait la plaie avec la même solution. Il faisait donc de l'antisepsie sans le savoir. Aujourd'hui cette question de l'exploration de ces plaies n'est plus discutable.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Néphrorrhaphie et néphrectomie. — M. **QUÉNU** présente un rein qu'il a enlevé le matin même sur une malade dont voici l'histoire en quelques mots : il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, pâle, cachectique, qui, il y a un an, fut prise de crises douloureuses. On reconnut chez elle l'existence d'un rein droit déplacé. M. Quénu pratiqua la néphrorrhaphie. Les douleurs furent apaisées, mais elles reparurent et l'urine se modifia et contint du pus. L'emploi du salol, du borate de soude, à l'intérieur, n'amenant aucun résultat, M. Quénu se décida à enlever ce rein qui était atteint de pyélonéphrite.

ÉLECTION

MM. Schmidt, Boursier, Monod et Boiffin sont élus membres correspondants.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

243. M. Archambaud. De la ligature des veines saphènes dans le traitement des varices et de l'ulcère variqueux. — 244. M. Ducourtioux. Dilatation ampullaire de la veine fémorale dans le canal crural et de la saphène interne à son embouchure. — 245. M. Hahusseau. Des formations kystiques consécutives à

l'extirpation de l'utérus et des annexes. — 246. M. Dayot. De la nature de quelques hémato-salpynx. — 247. M. Jaeger. Les dispensaires d'enfants malades. — 248. M. Bourgogne. Conduite à tenir pendant la délivrance dans l'avortement. — 249. M. Tuilant. De la névrite puerpérale. — 250. M. Martigny. Étude sur un cas de molluscum du col utérin. — 251. M. Prioux. Contribution à l'étude du pouvoir antiseptique des dérivés de l'aniline et de leur valeur thérapeutique. — 252. M. Toulouse. Étude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme. — 253. M. Tsintsiropoulos. La médecine grecque depuis Asclépiade jusqu'à Galien. — 254. M. Coquereau. Contribution à l'étude de la désinfection des chiffons. — 255. M. Decoux. De la paralysie faciale hystérique. — 256. M. Audain. De l'hémostase préventive dans les opérations chirurgicales. — 257. M. Dominguez. Contribution à l'étude des kystes de l'épididyme. — 258. M. Gresset. Étude sur la station et les eaux minérales de Miers. — 259. M. Charon. Contribution à l'étude des anomalies de la voûte palatine dans leurs rapports avec la dégénérescence. — 260. M. Bon. Curetage du sac lacrymal. — 261. M. Brauman. De l'érythème circiné tertiaire de la syphilis. — 262. M. Bertrand. Une épidémie de fièvre typhoïde à Fauves. — 263. M. Cassariny. Contribution à l'étude de quelques aconitines. — 264. M. Baquie. Contribution à l'étude clinique des effets hypnotiques de l'hyosciamine chez les aliénés. — 265. M. A. Nicolle. La nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés (enfants syphilitiques et suspects). — 266. M. Springer. Suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrâne. — 267. M. Moreau. Contribution à l'étude du traitement de l'éclampsie. — 268. M. Laborde. Des hémorrhagies par déchirure du col après l'accouchement. — 269. M. Petit. De la réinfection syphilitique. — 270. M. Daleas. Étude sur l'érysipèle des nouveau-nés. — 271. M. Ramadan. Du pyo-pneumothorax sous-phrénique. — 272. M. Gaudez. Du traitement par l'antipyrine de l'incontinence d'urine essentielle chez les enfants. — 273. M. Lodde. De l'emploi de l'hyoscine chez les aliénés. — 274. M. Caron. Essai sur la faradisation intra-stomacale dans la médication de certains vomissements rebelles. — 275. M. Angibaud. Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau. — 276. M. Kyriakides. Contribution à l'étude des dilatations gastriques et du régime qui leur convient. — 277. M. Maureau. De l'importation du paludisme à l'île de la Réunion. — 278. M. Janicot. Tachycardie essentielle. Modalités cliniques. — 279. M. Eon du Val. Des doses de chlorhydrate de cocaïne qui peuvent être administrées par l'estomac grâce à l'action anti-toxique du foie. — 280. M. Aubert. Etude sur les abcès aréolaires du foie. — 281. M. Morin. Traitement des kystes hydatiques du foie par les lavages et les injections antiseptiques. — 282. M. Damain. Étude sur la malignité et les infections secondaires dans la scarlatine. — 283. M. Pingat. De la prophylaxie des abcès du sein pendant la grossesse et l'allaitement. — 284. M. David. Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses ganglionnaires par l'emploi du naphtol camphré. — 285. M. Lacaze. Contribution à l'étude du prolapsus utérin chez la vieille femme. Son traitement par la colpopexie indirecte. — 286. M. Boudaille. Contribution à l'étude des hernies inguinales congénitales chez la femme et des hernies de l'ovaire. — 287. M. Chevalier. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, A PARIS

Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes en 1892 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

L'ouverture du Concours pour l'externat aura lieu le mardi 20 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mercredi 30 du même mois, inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités a suivre. — *Dispositions réglementaires.* — Tout étudiant qui justifie de quatre inscriptions au moins, prises dans l'une des Facultés de médecine de l'État, peut se présenter au Concours pour les places d'élèves externes.

Il doit produire : 1° un certificat de ses inscriptions; 2° son acte de naissance; 3° un certificat de revaccination dûment légalisé et portant une date récente; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié.

Les élèves externes qui ont accompli leur temps d'externat peuvent se présenter de nouveau pour concourir. Ne pourront plus, toutefois, prendre part au concours, les élèves externes qui auront été admis à accomplir une deuxième période d'exercice.

Les candidats qui désirent prendre part au concours devront se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne sera point accueillie.

Pour les places d'élèves, les étrangers peuvent concourir et obtenir des nominations, en satisfaisant aux conditions exigées.

Les épreuves pour le concours aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie sont réglées ainsi qu'il suit :

Une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive. Il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question après cinq minutes de réflexion.

Une deuxième épreuve sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune de ces épreuves est fixé à 20.

Les questions sont rédigées par le jury avant l'ouverture de la séance, et tirées au sort entre trois au moins. Les questions sorties sont les mêmes pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance.

Dans les concours ayant pour objet le choix des élèves externes, le jury décide s'il existe un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes.

Lorsque le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le Jury dresse une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés, mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer au besoin des titulaires, et qu'il classe dans l'ordre de mérite.

Cette liste est destinée à pourvoir aux vacances qui peuvent survenir pendant l'année.

A l'ouverture du concours, le 20 octobre, à quatre heures, le président du jury tirera immédiatement au sort les noms des élèves qui devront subir l'épreuve orale dans cette séance.

Il sera remis à chaque élève inscrit une carte spéciale sur la présentation de laquelle il sera reçu à l'amphithéâtre pour suivre les séances du concours.

Nota. — Les extraits de naissance venant des départements et les certificats délivrés par médecins ou fonctionnaires étrangers à l'administration de l'Assistance publique devront être légalisés.

Avis spécial. — Les candidats qui seront appelés sous les drapeaux à la fin de cette année seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les engagés volontaires qui doivent être libérés au mois de

novembre prochain et qui se seront fait inscrire pour prendre part au concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du jour de leur libération du service militaire.

Fait à Paris, le 15 juillet 1891.

Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,
Signé : E. PEYRON.

Pour copie conforme :
Le secrétaire général,
DEROUIN.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Congrès pour l'étude de la tuberculose. Séance d'inauguration; — Discours de MM. Villemin et Verneuil. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

(SESSION DE 1891)

Séance d'inauguration.

Aujourd'hui lundi 27 juillet 1891, les membres du Congrès ont été reçus à neuf heures du matin, à l'hôpital Trousseau, par M. le professeur Lannelongue. Il s'agissait de présenter les malades atteints de lésions tuberculeuses, traitées par les injections de chlorure de zinc.

Cette présentation terminée, M. le docteur Tapret, a fait, à son tour, aux membres du Congrès, les honneurs de son service de l'hôpital Saint-Antoine. Après avoir présenté l'appareil au moyen duquel il traite les malades atteints de lésions pulmonaires, il a fait l'exposé de sa méthode et expliqué le fonctionnement de son appareil.

A deux heures a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, la séance inaugurale du Congrès.

M. Villemin, président, prononce le discours suivant :

Messieurs,

Le premier Congrès pour l'étude de la tuberculose, en me désignant à la présidence de celui-ci, m'a conféré un grand honneur, mais il m'a imposé une délicate et périlleuse mission, celle de succéder au savant éminent qui a dirigé les travaux de 1888. Ce fut un président parfait, joignant à une grande autorité scientifique, assise sur des découvertes et des travaux de première importance, les maîtresses qualités de la parole et une magistrale prestance qui séduisent et captivent les assemblées.

Le Congrès de 1888 a eu un grand et légitime succès, il n'en pouvait être autrement avec les savants distingués qui y ont pris part. Aucun sujet, du reste, n'égale en importance celui dont nous nous occupons. La tuberculose qui affecte si profondément notre race, dans ses intérêts et dans son existence, constitue assurément un des plus gros problèmes de la pathologie, le plus gros peut-être.

Depuis longtemps nous nous courbons avec une sorte de résignation fataliste devant cet impitoyable ennemi. Le public lui-même, témoin de nos efforts si souvent stériles, excuse notre impuissance, tant il est habitué à la voir ; il ne demande bien des fois, pour les êtres qu'il affectionne, qu'une prolongation de jours dont notre science, hélas! lui fait presque toujours courte mesure.

Mais, depuis quelques années, depuis que de patientes recherches ont apporté des clartés inconnues dans ce champ obscur de la pathologie, nous nous sommes pris à espérer. Une foi nouvelle a ranimé notre ardeur au travail et soutient nos efforts. Depuis vingt-cinq ans, en effet, une activité scientifique énorme s'est concentrée sur ce sujet, les travaux se sont multipliés dans des proportions considérables. La pathologie expérimentale et comparée a découvert des horizons inconnus, élargi les voies anciennes et projeté de vives lumières sur bien des problèmes. Le public suit avec intérêt ce grand mouvement, il l'applaudit et l'encourage. Notre éminent confrère, M. le professeur Verneuil, en fondant l'œuvre de la tuberculose, a pu mesurer les effets de ce réveil de l'opinion. C'est de la chaleur de cette flamme nouvelle que sont nés nos Congrès, que se sont fondés des établissements spéciaux pour le traitement des tuberculeux, sous le couvert de la charité.

Cette association des meilleurs sentiments de la nature humaine constitue une sorte de religion, qui nous unit tous dans un effort commun et nous pousse à travailler sans relâche à éclairer l'histoire de ce fléau, à atténuer ses ravages, à en tarir les sources.

Le précédent Congrès a mis au jour une abondante moisson de faits ; il a formulé plusieurs conclusions pratiques et légué, avant de se dissoudre, au comité d'organisation, le soin de rédiger des instructions simples destinées à être répandues dans les villes et les campagnes, indiquant les moyens à employer pour se mettre à l'abri des dangers d'infection tuberculeuse par l'alimentation et pour détruire les germes virulents contenus dans les produits d'excrétion. Le comité s'est acquitté de cette mission.

Les comptes rendus du Congrès de 1888 forment un important et intéressant volume. On peut voir, en le parcourant, quels féconds résultats a donnés l'association, l'heureuse alliance, comme l'a dit M. Verneuil, de la médecine humaine et de la médecine vétérinaire. Trop longtemps ces deux sciences sœurs se sont ignorées. Mais aujourd'hui elles marchent parallèlement, s'appuyant réciproquement l'une sur l'autre, n'ayant de rivalité que dans leurs efforts pour apporter la plus large part à l'œuvre commune.

Je disais tout à l'heure que depuis vingt-cinq ans il se déployait une activité scientifique considérable dans l'étude de la tuberculose. Elle a pris naissance dès le jour où il a été démontré que cette affection est virulente et infectieuse. Ce fut en 1865. Mais cette vérité ne fut pas acceptée par tous, elle fut repoussée et combattue par beaucoup. Quinze ans plus tard, Koch, grâce à un ingénieux artifice de coloration, mit en évidence la nature animée du virus tuberculeux. Cela acheva la conversion des derniers opposants. Chose étrange, la tuberculose, la dernière venue dans le rang des maladies virulentes, est aujourd'hui celle qui est le plus incontestablement admise comme parasitaire. Son virus figuré ne fait plus de doute pour personne, il est universellement reconnu comme l'agent causal déterminateur de la maladie.

S'il n'est pas tout dans l'éclosion du mal, il faut reconnaître qu'il y joue un rôle d'une singulière importance.

Arrivée à ce point de son histoire, la tuberculose, bien connue dans son origine et dans sa pathogénie, devait nécessairement entrer dans une phase nouvelle. Le moment parut venu d'aborder résolument les difficiles problèmes de sa préservation d'après les données que la science venait de conquérir. Aussi vit-on la thérapeutique et la prophylaxie changer d'orientation et s'emparer avec ardeur du nouveau domaine livré à leur activité.

La prophylaxie saisit d'emblée l'indication capitale qui venait de surgir. Ce virus, ce bacille qu'on retrouvait dans les lésions diverses des tuberculeux, dans leurs liquides pathologiques et physiologiques, dans le lait et la viande des animaux dont nous nous nourrissons, il fallait le poursuivre, le détruire, l'empêcher de pénétrer dans l'organisme. On n'a pas manqué à ces recherches, à ces efforts. Mais on ne s'est pas contenté de faire une guerre défensive à cet implacable ennemi. De tous côtés on s'est ingénié à découvrir des médications capables de le détruire dans l'organisme lui-même, lorsqu'il s'en est emparé, de neutraliser ses effets, d'amoindrir sa virulence, de le rejeter hors de l'économie par des moyens chirurgicaux. Tous les jours on fait œuvre utile par l'extirpation, la résection, le râclage, la cautérisation, la caléfaction, les injections interstitielles de substances microbicides, etc.

La médecine, de son côté, s'est mise à la recherche des moyens de réaliser l'antisepsie bacillaire. On a vu surgir de nombreuses tentatives pour détruire ou stériliser le principe virulent que l'on a attaqué par toutes les voies de l'absorption.

Parallèlement, on a étudié *in vitro* les substances soupçonnées capables de suspendre la vitalité du germe morbide, de ralentir, de tarir sa prolifération, afin de les transporter sur l'être vivant. Les laboratoires de bactériologie se sont mis au service de la thérapeutique.

Mais, hélas! il faut reconnaître que ce parasite a offert une résistance extraordinaire aux agents de destruction employés jusqu'ici. Trouver une substance, une force susceptible d'entraver son évolution, de tarir ou d'amoindrir ses propriétés infectieuses, sans porter préjudice à l'économie, reste une des grosses difficultés à résoudre.

Mais sans atteindre le bacille lui-même par une action destructive directe, ne peut-on parvenir à réduire son activité pathogène par des actions indirectes apportant des entraves à son évolution et à sa dissémination? Il y a vingt jours à peine que M. le professeur Lannelongue a fait connaître une méthode nouvelle basée sur cette donnée, méthode pleine des plus belles et des plus encourageantes promesses, à en juger par les brillants résultats qu'il nous a montrés.

Les mémorables travaux de M. Pasteur sur la préservation des maladies virulentes par l'action des virus aténués, avaient ouvert une voie féconde; il fallait s'attendre à ce que l'on cherchât dans cette direction des analogies et des rapprochements au sujet de la tuberculose. Mais ici les choses se présentent sous des aspects variés. Les maladies virulentes, considérées au point de vue de leur évolution, offrent deux groupes bien distincts : les unes, comme la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives dont la variole est le type et l'exemple depuis longtemps étudié, ont une évolution cyclique, d'une durée déterminée à peu près constante. Quand elles n'entraînent pas la mort, elles aboutissent, au bout d'un temps généralement assez court, à la guérison, après s'être épuisées d'elles-mêmes. Elles laissent l'économie dans un état particulier qui la rend impropre à servir de nouveau de terrain de culture au virus. M. Pasteur, en créant artificiellement l'atténuation de certains virus, a beaucoup étendu l'application de la préservation vaccinale.

L'autre groupe de maladies microbiennes dans lequel se range la tuberculose, diffère essentiellement du précédent. Celle-ci n'a rien de fixe dans sa durée, ni dans sa marche, ni dans les phases de son évolution; il y a des tuberculoses aiguës, à marche rapide, à lésions généralisées; il y en a d'autres à évolution lente, à marche torpide, à localisations restreintes, qui font supposer qu'elles sont d'une virulence de faible intensité. Mais l'observation n'autorise pas à conclure jusqu'ici que la maladie s'épuise d'elle-même, ni confère la moindre immunité relative. Tous les jours, nous voyons des sujets atteints de cette variété de tuberculose, finir par succomber sous les coups répétés de petites poussées plus ou moins espacées, ou emportés par des manifestations qui prennent inopinément des allures aiguës, après de longues périodes d'état torpide. Si l'on a vu des tuberculoses atténuées, locales, aboutir à des guérisons, celles-ci ne peuvent légitimement être attribuées à l'action du virus faible faisant office de vaccin; la guérison, aussi bien que l'atténuation elle-même, résulte vraisemblablement d'une cause que nous ne connaissons pas, qui agit ou sur la virulence, dont elle amoindrit l'intensité, ou sur le terrain, dont elle augmente la résistance. La tuberculose à forme atténuée ne semble procurer aucune préservation, aucune vaccination au bénéfice des sujets qui en sont atteints. Le virus tuberculeux ne crée pas d'immunité contre lui-même, du moins dans les conditions de l'observation de tous les jours. Il était donc à prévoir que la célèbre tuberculine n'apporterait pas la guérison, ni même l'amélioration espérée. Ces inductions tirées de l'observation clinique n'ont, sans doute, qu'une valeur relative, mais elles ne pourraient être sérieusement ébranlées que par des faits expérimentaux bien assis, sévèrement contrôlés et établissant solidement la puissance vaccinante du virus tuberculeux.

L'aptitude à la tuberculose existe à des degrés divers dans les différentes espèces animales. On est autorisé à croire qu'elle dépend de différences correspondantes dans la composition des milieux organiques de ces animaux, différences qu'aucune analyse ne nous a encore révélées jusqu'ici. Si jamais on parvenait à connaître les principes dont la présence ou l'absence augmente la résistance de l'organisme, on posséderait une donnée d'un prix inestimable. C'est sans doute l'idée de cette recherche qui a conduit certains expérimentateurs à tenter la guérison de la tuberculose par la transfusion du sang, par les injections de sérum et d'autres liquides empruntés à des animaux réputés réfractaires à la maladie ou au moins reconnus d'une faible aptitude à la contracter. Ces tentatives ont fait quelque bruit dans ces derniers temps; elles ont même fortement ému le public. L'avenir nous dira ce qu'il devra rester des espérances qu'elles ont fait naître.

Les milieux vivants constituent des terrains de culture pour les virus qui varient beaucoup sous le rapport de la réceptivité non seulement d'une espèce à l'autre, mais aussi d'un individu à l'autre dans la même espèce. La clinique s'est appliquée à relever, chez l'homme, toutes les circonstances intrinsèques et extrinsèques qui semblent favoriser l'éclosion de la tuberculose, son extension et son aggravation. C'est ce qui constitue le bilan étiologique de la maladie sur lequel nous avons vécu jusqu'à ces derniers temps. Nous n'avons rien à répudier de cet amas de connaissances accumulées par l'observation de bien des générations. Sans doute, on a eu tort de faire naître la tuberculose de toute pièce des multiples conditions réprouvées par l'hygiène, mais il ne pouvait en être autrement vu l'état des connaissances de l'époque. De même, on aurait tort, aujourd'hui, de ne tenir compte, dans la production et l'extension de ce mal, que du germe déterminateur dont il dérive, sans vouloir reconnaître l'importance du terrain où il se développe. Celui qui trouverait le moyen de détruire, d'annihiler, dans l'organisme, le virus parasite qui engendre la tuberculose rendrait assurément un service d'un prix incalculable, mais celui qui parviendrait à transformer l'économie en milieu réfractaire à son développement, rendrait un service au moins égal, sinon supérieur. Nos efforts prophylactiques et thérapeutiques doivent donc être constamment dirigés vers ce double but : 1° détruire, amoindrir la virulence et la reproduction du germe créateur de la maladie; 2° renforcer la résistance du milieu et écarter toutes conditions qui l'affaiblissent.

L'ardente activité déployée dans ce genre de recherches a été

portée à son paroxysme, en ces derniers temps, dans tous les pays. Partout on travaillait avec une fièvreuse ardeur, quand brusquement, pendant le congrès médical de Berlin, Koch laissa entrevoir qu'il était sur le point d'arriver à guérir la tuberculose; il ne lui fallait plus, disait-on, que quelques jours d'étude et de recherches pour atteindre un résultat définitif. A cette nouvelle, un immense tressaillement parcourut le corps médical du monde entier. La grande réputation de ce savant inspirait la plus entière confiance. On attendit, on attendit non sans impatience, mais avec la foi la plus complète. Tous les jours, les regards fixés sur Berlin, on interrogeait la presse scientifique, quand, tout à coup, au mois de novembre dernier, retentit, comme un fracas de tonnerre répercuté par les mille échos de la publicité, l'annonce de la grande découverte déclarant que la science était, dès ce jour, en possession d'un remède d'une puissante activité et plein de gigantesques promesses.

La communication de Koch fut accueillie avec un enthousiasme indescriptible.

Avant de connaître la composition et la provenance de la fameuse lymphe qui s'était bien révélée par des phénomènes violents et dangereux, mais dont on ne connaissait encore aucun effet bienfaisant sur les animaux, on se jeta tête baissée dans l'expérimentation sur l'homme sans y mettre toujours peut-être la prudence que commandait une pareille situation.

Vous savez quels ont été les résultats de ce contrôle général, de cette vérification impartiale.

Une douloureuse déception a suivi la perte de nos illusions d'un jour. Cela nous montre, une fois de plus, combien de difficultés et d'obstacles se dressent devant nous. Il est probable que la disparition de la tuberculose ne sera pas due à une sorte de miracle qui anéantira d'un trait le virus créateur du mal, ni qui lui supprimera d'emblée les moyens de vivre et de se reproduire dans les milieux vivants. Longtemps encore nous serons réduits à nous contenter d'améliorations relatives, de succès incomplets et, trop souvent... d'espérances. Mais ne nous décourageons pas. Travaillons, unissons nos efforts. La science ne saurait se faire en un jour, ni par un seul homme. Le deuxième Congrès pour l'étude de la tuberculose remportera, j'en ai le ferme espoir, les encourageants succès qui ont couronné le premier.

Ce discours se termine au milieu des applaudissements de l'assemblée.

La parole est donnée à M. le professeur Verneuil.

De l'émigration ou changement de milieu dans la prophylaxie et le traitement de la tuberculose.

Par M. le professeur Verneuil.

1° Les changements de milieu exercent une influence considérable sur le développement, la marche et les terminaisons de la tuberculose chirurgicale et médicale.

2° Ces changements s'opèrent en deux sens: de la ville à la campagne (*émigration urbi-rurale*); de la campagne à la ville (*émigration ruri-urbaine*). La première rend de grands services aux tuberculeux, la seconde favorise au contraire l'apparition ou les progrès de la tuberculose.

3° Ces deux faits, solidement établis par l'observation clinique, sont d'une importance capitale au point de vue de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose.

4° Sans doute les médecins en connaissent les déductions pratiques, mais ils n'en tiennent pas toujours suffisamment compte ou les utilisent trop souvent banalement, sans conviction ni précision, et surtout sans la persévérance et la rigueur nécessaires.

5° Le public, naturellement moins instruit, quoique plus intéressé à connaître la vérité, admet volontiers l'utilité de l'émigration urbi-rurale, mais il se soumet très exceptionnellement aux mesures q la rendent réellement efficace et ne s'y décide d'ordinaire que trop tard, pour un temps trop court ou dans des conditions qui ne sont pas toujours des meilleures.

En revanche, il ignore absolument, méconnaît, dédaigne ou reconnaît trop tard les dangers inhérents à l'émigration ruri-urbaine; en tout cas il ne les met point en balance avec le désir de satisfaire ses appétits, ses intérêts et son ambition.

6° Le médecin a pour devoir strict et impérieux d'éclairer les innocents et d'avertir les égoïstes en leur disant la vérité tout entière sans autre préoccupation que de préserver, de conserver ou de rétablir leur santé.

7° L'émigration urbi-rurale a pour objet de remplacer un milieu reconnu plus ou moins impur par un autre milieu démontré plus pur. Tout déplacement qui ne remplirait pas cette condition essentielle serait inutile, sinon nuisible.

8° Je l'appelle ainsi, parce qu'elle se fait de la ville à la campagne, le milieu urbain étant généralement considéré comme moins bon pour les tuberculeux que le milieu rural.

9° Toutefois il y a ville et ville; aussi le transfert d'un tuberculeux d'une grande ville insalubre (Paris) à une petite ville salubre (Saint-Cloud) *émigration urbi-urbaine*, pourrait réaliser déjà une grande partie des avantages de l'émigration urbi-rurale.

10° Il y a également campagne et campagne et, sous le rapport de la salubrité et de l'action thérapeutique sur la tuberculose, les milieux ruraux diffèrent beaucoup plus entre eux que les milieux urbains.

11° Ces derniers en effet ne varient guère que par le degré plus ou moins considérable d'impureté ou de contamination de l'atmosphère respirable. On trouve au contraire dans les milieux ruraux non seulement un air généralement exempt de germes morbides et de produits chimiques délétères, c'est-à-dire hygiénique par excellence et dont l'inhalation n'offre aucun danger, mais encore un air qu'on pourrait dire médicamenteux, c'est-à-dire chargé de principes curatifs: iode, soufre, chlorure de sodium, et enfin, dans certaines stations thermales, des eaux tenant en dissolution naturelle les mêmes substances et d'autres encore (arsenic) dont l'efficacité contre la tuberculose est manifeste. Les milieux ruraux, qu'on peut distinguer en hygiéniques et curatifs, renferment donc les éléments de plusieurs méthodes thérapeutiques : l'aérothérapie, la thalassothérapie, l'hydrominérothérapie, sans compter même l'action, qui n'est point négligeable, des altitudes et des températures.

12° D'où résulte qu'on peut faire profiter les tuberculeux des bienfaits du déplacement par l'*émigration ruri-rurale* en les transportant, suivant les cas, d'un milieu chaud en un milieu plus froid ou réciproquement, — de la plaine à la montagne ou réciproquement, et enfin d'un milieu simplement hygiénique, champ ou forêt, dans un milieu curatif: plages maritimes ou stations thermales.

13° Il importe infiniment d'insister sur les qualités et propriétés curatives des différents milieux ruraux, l'expérience montrant que telle station qui par son altitude, sa température, son atmosphère et la nature de ses eaux, convient à une forme ou à un degré de la tuberculose, peut être inutile, sinon nuisible dans une autre forme ou à un degré différent; — qu'il y a donc lieu de faire une sélection attentive et raisonnée et de ne jamais transférer un tuberculeux d'un milieu dans un autre sans connaître rigoureusement et le milieu nouveau et l'état organique particulier de l'émigrant.

14° L'omission de cette précaution si simple et si sage serait de nature à compromettre sérieusement l'avenir du moyen puissant que nous préconisons, d'en faire méconnaître la valeur, et surtout de faire porter injustement à son passif des insuccès ou des revers n'ayant pour cause réelle que son emploi défectueux ou intempestif. Par contre, on peut dire que l'émigration urbi-rurale appliquée judicieusement, et suivant les indications, convient à la plus grande partie des tuberculeux et leur rendra de signalés services, et ajouter même que, jusqu'à la découverte si désirée et si désirable du vrai vaccin anti-phymique, ou du médicament spécifique destructeur du virus tuberculeux, le passage dans un milieu meilleur constituera le moyen le plus innocent,

le plus efficace et le plus universellement applicable que nous puissions opposer à la tuberculose.

15° Les bénéfices démontrés de l'émigration sont d'abord : l'*amélioration* caractérisée par l'atténuation ou la disparition de tout ou partie des symptômes ou accidents ; puis la *guérison temporaire*, que je préfère appeler la *trêve*, ou encore la *prolongation de la trêve* qui existait déjà au moment de l'émigration ; enfin, la *guérison radicale*, malheureusement impossible à affirmer et à démontrer dans l'état actuel de nos connaissances et que rendent seulement vraisemblable la longue trêve et l'apparente *restitutio ad integrum* de la santé.

16° Tous les tuberculeux ne sont point indistinctement appelés à recueillir les mêmes bénéfices de l'émigration et, sous ce rapport, ils doivent être répartis en trois catégories : les premiers offrent des manifestations locales et générales de la maladie en pleine activité : ce sont les tuberculeux proprement dits ; les seconds en ont présenté antérieurement, mais en paraissent pour le moment au moins débarrassés : ce sont les tuberculeux en état de trêve. Les troisièmes sont, pour employer une expression singulièrement heureuse, candidats à la tuberculose, c'est-à-dire prédisposés, parce que la diathèse a frappé un ou plusieurs de leurs parents, ascendants directs et indirects ou collatéraux ; parce qu'ils ont engendré des enfants tuberculeux ; enfin, parce qu'ils sont ou ont été en contact prolongé et intime avec des tuberculeux. Ces candidats sont d'autant plus menacés qu'ils sont plus faibles, plus chétifs, plus jeunes, plus dégénérés et vivent dans des conditions matérielles plus mauvaises.

17° L'expérience quotidienne montre l'excellence de l'émigration ruri-urbaine simple ou curative, dans une foule d'affections tuberculeuses en évolution. Pour maintes tuberculoses chirurgicales périphériques : adénopathies, écrouelles, ulcères, fistules, ostéopathies et arthropathies diverses, etc., le séjour à la campagne est très bon, mais meilleure encore la thalassothérapie, comme l'attestent les résultats inespérés obtenus dans nos hôpitaux maritimes, Berck-sur-Mer, Pen-Bron, et sur toutes nos plages. Certains phthisiques, quasi-moribonds en s'embarquant pour un pays lointain, sont arrivés au port en quasi-résurrection, après une longue traversée.

18° Les avantages de l'émigration ne sont pas moins grands pour les tuberculeux en état de trêve, et je range à côté d'eux la série, très intéressante pour nous autres chirurgiens, des opérés de fraîche date. Ces résultats, quoique aussi assurés, sont moins souvent constatés, par suite d'une illusion regrettable. Quand on a obtenu dans les villes, par la thérapeutique médicale ou la médecine opératoire, la guérison apparente d'une tuberculose locale, on chante victoire, on se croise les bras et on se dispense d'employer le plus puissant facteur du traitement post-opératoire, c'est-à-dire le changement de milieu.

19° Pour ceux qui savent qu'une première manifestation tuberculeuse, effacée par un procédé quelconque, reparaît dans la majorité des cas sous une forme habituellement plus grave, — pour le chirurgien qui, après dix ou douze ans, ne retrouve presque aucun des malades qu'il a opérés dans la ville et qui y ont séjourné, la suspension de la maladie, au lieu d'impliquer le désarmement, doit servir à préparer ou à assurer la guérison définitive par l'émigration post-opératoire.

20° Si le changement de milieu n'est généralement prescrit qu'aux tuberculeux en activité, si on n'en admet guère l'urgence pour les tuberculeux en trêve, on l'impose bien moins encore aux simples candidats à la tuberculose. Cette négligence est d'autant plus fâcheuse que c'est précisément par l'émigration qu'on aurait chance de prévenir absolument l'invasion du mal ou de l'anéantir dès son début.

21° Si précieuse que soit l'émigration hors des villes, elle ne saurait évidemment constituer à elle seule toute la thérapeutique anti-bacillaire ; l'émigré tuberculeux devra donc dans sa nouvelle résidence trouver autant de bien-être matériel que dans l'ancienne, y observer les mêmes règles hygiéniques et prophyiques, y suivre le régime alimentaire approprié, y prendre les médicaments utiles et au besoin y subir les opérations nécessaires. Toutefois il est à remarquer que, grâce au contingent curatif incontestablement fourni par l'aérothérapie, la médication du tuberculeux est certainement plus simple à la campagne qu'à la ville ; la cure dite au grand air est plus réalisable, la résistance anx variations météorologiques plus grande, l'appétit meilleur, le sommeil plus profond ; les médicaments sont mieux tolérés et plus efficaces ; le plus souvent on peut, sinon les supprimer complètement, du moins mettre de côté la polypharmacie et se contenter de quelques agents à action spécifique plus ou moins démontrée : iode et ses composés ; iodoforme, tannin, créosote, arsenic, soufre, etc., à doses minimes indéfiniment continuées. Ces médicaments seront même suspendus quand les malades les tolèrent mal ou les absorbent naturellement dans les stations maritimes ou thermales.

22° On s'étonnera peut-être de voir rappeler presque solennellement des faits et des préceptes bien connus. L'émigration urbi-rurale est conseillée chaque jour par les médecins et acceptée par les malades et les familles. Dans la belle saison, les maisons de campagne, les plages, les eaux minérales, les sanatoria, les stations d'altitude, sont remplis de tuberculeux dont un certain nombre se retrouvera l'hiver dans quelques localités méridionales ou sur les bords de la Méditerranée ; mais pour combien comptent ces fortunés dans la foule innombrable des tuberculeux, qui faute de ressources, restent cloués dans les grandes villes !

23° Quels sont d'ailleurs ces privilèges ? A quelles catégories de malades appartiennent-ils ? On voit bien pendant les vacances, dans les champs, sur les plages et dans les divers milieux ruraux, quelques candidats à la tuberculose et des sujets dits lymphatiques, chez lesquels la maladie est seulement à l'état de trêve ou d'incubation ; mais combien d'autres, auxquels l'émigration a été prescrite non pas comme un plaisir mais comme une nécessité et une resssource dernière, sont moins des malades amendables ou curables que des candidats à une mort plus ou moins prochaine parce qu'on a attendu longtemps, beaucoup trop longtemps, pour les soustraire à l'insalubrité des villes ?

24° De plus, la durée moyenne de l'émigration est généralement dérisoire : quelques semaines, quelques mois, bien rarement une ou deux années sans interruption ; or, dans une maladie comme la tuberculose, quand on connaît la facilité trompeuse avec laquelle les lésions profondes se dissimulent et les lésions superficielles s'effacent, quand on a pris la peine de suivre pendant quelque temps les malades de la ville et de l'hôpital, que peut-on espérer d'un traitement aussi insuffisant ?

25° En ce qui concerne la tuberculose chirurgicale, pour obtenir des résultats sérieux et durables du séjour à la campagne et même de la thalassothérapie, il faut beaucoup de temps non seulement pour les opérés, mais encore pour les non-opérés. On peut montrer en effet, par des observations nombreuses, que chez tel sujet qui, ayant conquis ou reconquis toutes les apparences de la santé, commet l'imprudence de revenir dans la grande ville, la tuberculose renaît un beau jour, déterminée par une cause souvent très légère. Certes ces vérités ne sont point consolantes, mais que servirait-il de les dissimuler et à qui profiterait le silence ?

26° Il serait excessif de proclamer que l'exil doit être éternel, que jamais le tuberculeux sorti des villes n'y devra rentrer même temporairement et dans l'âge mur. Toutefois la levée de l'interdit ne devrait être prononcée qu'avec réserve et sous certaines conditions. Ainsi l'émigration commencée dans l'enfance ou l'adolescence devrait se prolonger au moins jusqu'à la majorité. Pour des raisons faciles à comprendre, le retour à la ville serait particulièrement à craindre chez les garçons à l'époque de la puberté et dans les années suivantes. Il serait tout aussi périlleux de ramener dans les centres et d'y marier une jeune fille exilée aux champs dans sa première jeunesse, la grossesse et les devoirs

de la maternité ayant le triste privilège de réveiller communément la tuberculose.

27° Plus la forme de la tuberculose aura été grave chez l'émigré, ses ascendants et ses collatéraux, plus l'ensemble de la famille aura été éprouvé, plus l'attaque initiale aura été tenace, plus on devra s'opposer au retour. Dans des conditions contraires : lésions tuberculeuses bénignes, ébranlement à peine sensible de l'organisme du reste vigoureux, cure assez rapide, trêve déjà longue, âge de raison mettant à l'abri des excès et des abus physiologiques, on autorisera le malade à redevenir citadin avec cette clause pourtant que, si la tuberculose renaît, il faudra regagner vite, et pour toujours cette fois, le milieu rural.

Pour l'exilé qui rentrant dans la ville y retrouverait non seulement un milieu infecté, mais des conditions de vie matérielle mauvaises, des fatigues excessives et de graves préoccupations morales, le retour équivaudrait presque à une condamnation inévitable qu'il serait nécessaire de lui faire prévoir.

28° Le médecin, ayant conscience de sa responsabilité morale vis-à-vis du public et comprenant à la fois les malheurs dont il deviendrait complice en cachant la vérité et les services signalés qu'il peut rendre en la dévoilant, proclamera hardiment, en toute occasion et en tous lieux, les propositions qui précèdent, usant de toute son influence pour qu'elles soient exécutées; si par insouciance ou défaut de fermeté il abandonne son rôle si légitime de Mentor, le vulgaire s'écartera de lui et ira malheureusement chercher ses informations auprès de gens le plus souvent sans valeur et sans scrupule. Il importe donc autant à la dignité qu'à l'autorité du corps médical qu'il prenne en main et fasse triompher la cause de l'émigration urbi-rurale chez les tuberculeux.

29° Certes, il n'est pas difficile de prévoir les objections qu'on peut faire à l'application tant soit peu radicale du principe. Les tuberculeux présents, passés et futurs sont si nombreux dans les grandes villes, que leur exode amènerait une diminution notable de la population. Cette décentralisation morbide aurait sans doute l'avantage de purifier relativement les milieux urbains, mais aussi l'inconvénient grave de disperser partout les germes de la tuberculose et d'infecter par suite les milieux ruraux, de sorte qu'au bout d'un certain temps l'émigration n'aurait plus ni but ni effet. Enfin, où se caseraient ces nombreux émigrés? Seraient-ils collectés? Seraient-ils disséminés? Qui se chargerait de recevoir les individus isolés? Dans quelles localités pourrait-on les réunir? Quand la loi tient compte des protestations que soulève l'établissement des industries insalubres, comment pourrait-on contraindre telle ou telle commune à recevoir le dangereux dépôt de quelques centaines de tuberculeux?

30° Tous ces arguments ne sont pas sans réplique. Il y a d'abord avantage à dépeupler un peu les villes, où manquent à la fois l'air et l'espace, au profit des campagnes, où surabondent sans profit cet air et cet espace.

Sans doute l'accroissement de population ne serait pas d'un grand bénéfice pour nos provinces si les émigrés étaient exclusivement des phthisiques et des cachectiques, des infirmes ou des estropiés; mais il en serait tout autrement si l'émigration s'effectuait d'après les règles et dans les conditions énoncées plus haut, si elle portait sur un grand nombre de candidats à la tuberculose ou de tuberculeux en puissance apparente ou en suspension d'hostilité morbide, ou d'enfants et d'adolescents atteints d'engorgements ganglionnaires, d'écrouelles, d'ostéites légères, de spina ventosa, etc.; outre que ces sujets, bien que tuberculeux avérés, ne sauraient guère infecter la masse d'air et les larges espaces dans lesquels ils vivraient, ils pourraient, au lieu d'encombrer les provinces, y remplir plus tard le rôle de citoyens utiles et y payer leur dette à la société, puisqu'au bout de quelques mois ou d'un petit nombre d'années ils pourraient travailler à la terre, leur seconde mère au sens exact du mot, et combler ainsi dans une mesure importante ce défaut de bras dont l'agriculture et les industries voisines, horticulture, sylviculture, se plaignent incessamment.

En admettant d'ailleurs que l'application sur une large échelle de l'émigration urbi-rurale offre des difficultés ou des inconvénients, il suffit, pour passer outre sans scrupule, d'énoncer les questions, réponses et conclusions suivantes.

La tuberculose est-elle plus commune dans les villes que dans les campagnes? — Certainement oui.

Y affecte-t-elle des formes plus graves et une marche plus rapide? — Certainement oui.

Y guérit-elle, s'y améliore-t-elle, en plus grande proportion et plus vite? — Certainement non.

Les tuberculoses légères tendent-elles à se perpétuer et à s'aggraver dans les villes? — Certainement oui.

En est-il de même dans les campagnes? — Certainement non.

Les tuberculoses graves ne pardonnent presque jamais dans les villes.

Dans les campagnes, au contraire, on observe assez souvent des rémissions, une chronicité et des survies qui équivalent presque à la guérison.

La durée moyenne de la vie chez les tuberculeux des villes est certainement inférieure à celle des tuberculeux résidant à la campagne.

Il n'est pas de raisonnements ni de fins de non recevoir capables d'infirmer ces résultats.

Émigration ruri-urbaine. — L'exposé qui précède rendra plus facile à porter le jugement sur ce second genre de déplacement; n'ayant point à rechercher en économiste, en philosophe ou en politicien, les causes complexes qui poussent les habitants des campagnes à s'entasser dans les villes, c'est en médecin et parce que l'émigration ruri-urbaine implique le passage d'un milieu généralement pur dans un autre milieu notoirement impur, que nous la condamnerons comme néfaste au triple point de vue de la santé des individus, de leur longévité et de la multiplication de la race. Elle contribue certainement dans notre pays, et pour une part sensible, à la dépopulation qui a été récemment l'objet de débats retentissants.

Les campagnards qui viennent s'installer dans les villes y paient un lourd tribu à la tuberculose, et de plusieurs façons. Chez les uns, exempts jusque-là de toute tare héréditaire ou personnelle, la maladie s'acquiert accidentellement, par contagion fortuite. Chez les autres, prédisposés ou candidats divers à la tuberculose, le mal s'éveille prématurément avec ou sans provocation apparente, ou bien il se réveille après une période de latence ou de trêve plus ou moins longue, ou enfin il s'étend, se propage, se généralise, s'il existait déjà au moment de l'entrée dans la ville. Bref, chez le rural devenu citadin, la tuberculose peut s'aggraver, se réveiller, s'éveiller ou s'acquérir de toute pièce.

Tous ces modes d'évolution sont d'autant plus à craindre que les milieux urbains offrent plus d'impureté, impureté qui ne dépend pas seulement de l'abondance et de la dissémination du virus tuberculeux, mais aussi de la coexistence d'autres endémies : fièvres éruptives, fièvre typhoïde, et d'autres causes d'insalubrité : froid, humidité, malpropreté, industries délétères, etc., — que les immigrants sont plus jeunes, plus chétifs, plus misérables, plus mal nourris, vêtus ou logés; adonnés à la débauche et à l'intempérance — que la profession qu'ils vont exercer les placera dans des conditions hygiéniques plus fâcheuses ou les exposera à des fatigues physiques plus grandes.

Ces évolutions ne tardent généralement guère à se produire. C'est souvent dès les premières semaines que la tuberculose préexistante s'aggrave; c'est d'ordinaire dans le cours des deux ou trois premières années qu'elle s'éveille, se réveille ou se contracte. Une fois mise en mouvement elle a, d'ailleurs, peu de tendance à s'arrêter et progresse plutôt avec rapidité en dépit des traitements institués. Un des moyens les moins infidèles est le renvoi le plus prompt possible dans un milieu rural, surtout curatif, si faire se peut.

Je ne veux pas insister ici sur les moyens d'atténuer le pronostic de la tuberculose des ruraux transférés dans les villes,

mais soulever seulement une question de prophylaxie, à coup sûr très facile à résoudre en principe, puisqu'il s'agit simplement d'empêcher une centralisation pathologique funeste et de retenir aux champs tous ceux que la tuberculose menace à un degré quelconque.

Le médecin de campagne doit se pénétrer du rôle important qu'il peut jouer dans ces circonstances et faire pour interdire l'émigration urbaine à ses tuberculeux présents, passés et futurs, tout ce que fait le médecin de ville pour envoyer les siens à la campagne.

Consulté par les individus isolés ou les familles, sur l'opportunité du changement susdit, il devra instituer une enquête minutieuse sur les antécédents personnels ou héréditaires, aussi bien que sur l'état organique actuel des demandeurs. Il devra même, avec ce que lui aura appris sa position de médecin ordinaire de l'individu et de la famille, prendre l'initiative et donner un conseil utile, alors même qu'on ne le lui demanderait pas.

S'il ne parvient pas à se faire écouter, et si ses clients menacés ont résolu d'entrer dans la fournaise morbide des grandes cités, il devra s'enquérir des conditions nouvelles qui les attendent et indiquer les précautions à prendre pour affronter plus impunément les dangers, tels, par exemple, le traitement pharmaceutique à suivre et les précautions hygiéniques à observer dès les premiers jours de l'installation. Si un père de famille, évidemment malade, est contraint, par des raisons majeures, à venir habiter la ville, le médecin devra l'engager à laisser à la campagne sa progéniture et tous les candidats à la tuberculose de son entourage, ou pour le moins le prévenir du danger que l'émigration ferait inutilement courir à tous ces innocents.

Le praticien de campagne ou de province qui remplira son devoir et plaidera la bonne cause avec désintéressement, conviction et fermeté, compromettra parfois, sans doute, ses intérêts privés, mais il honorera sa profession et méritera bien de l'humanité et de la patrie. (*Vifs applaudissements.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

288. M. Luyt. Un cas d'hémorrhagie incoercible ombilicale chez un nouveau-né et quelques remarques sur la diathèse hémorrhagique. — 289. M. Gapin. Contribution à l'étude des abcès des sinus maxillaires. — 290. M. Moisson. Des différentes méthodes d'oblitération des pertes de substance du crâne. — 291. M. Gontard. Des hémorrhagies spontanées de l'appareil de la vision chez les adolescents. — 292. M. de Vlaccos. De la suture primitive de la vessie à la suite de la taille hypogastrique. — 293. M. Chevallier. Etude sur le myxome. — 294. M. Bouvet. Étude critique sur la pathogénie des kystes des mâchoires. — 295. M. Debrabant. Maternité de l'hôpital Beaujon. — 296. M. Riche. De la chorée gravidique. — 297. M. Aymard. Recherches sur le passage des micro-organismes, et, en particulier, du pneumocoque de la mère à l'enfant par le lait. — 298. M. Bonvoisin. Étude pathogénique et histologique sur une variété d'épithélioma de l'ombilic. — 299. M. Benoist. Contribution à l'étude des appendicites. — 300. M. Deleporte. Les méthodes employées pour obtenir l'anesthésie chirurgicale au moyen de la cocaïne. — 301. M. Dufayet de la Tour. Contribution à l'étude des fibromes de la langue. — 302. M. Barjon. Prurigo et prurit. — 303. M. Le Stunf. De l'ozone et de son emploi dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — 304. M. Roussel. De l'actinomycose chez l'homme en France. — 305. M. Bonnet. Rapports de la syphilis et de la paralysie générale. — 306. M. Aubert. De l'endocardite ulcéreuse végétante dans les infections biliaires. — 307. M. Nogué. Des greffes dermo-épidermiques à lambeaux confluents. — 308. M. Grinda. Contribution à la technique de l'accouchement prématuré artificiel. — 309. M. Darnis. Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hydramnios. — 310. M. Médina Navarro. Les ruptures externes des varices du membre inférieur. — 311. M. Arékion. Étude sur les kystes du mésentère. — 312. M. Duret. Considérations sur les variétés anatomiques et la cure radicale de la hernie inguinale chez l'homme.

RECTIFICATION

Dans nos numéros des 19 et 21 mai derniers, nous avons publié, sous la signature L. Jumon, un travail de thérapeutique intitulé : *Traitement intensif de la tuberculose.*

Samedi 25 juillet, nous avons été avisé par M. L. Jumon que ces articles portaient indûment sa signature et qu'il n'en était pas l'auteur.

Immédiatement nous avons ouvert une enquête sur ces faits déjà éloignés.

De cette enquête, il résulte que le manuscrit était signé Léopold Jeumon ou Jumon. Il y avait doute sur la lecture du nom. Or, le 13 mars 1890, un article sur le *Gaïacol* avait paru dans notre journal sous la signature L. Jumon.

Nous avons pensé alors que l'auteur du travail de 1891 était le même que celui du 13 mars 1890, et notre lecture définitive — et malheureuse — a été Jumon.

Il y a donc eu là une simple erreur typographique. Cette erreur est complètement de notre fait. Aucun intermédiaire n'a cherché à s'emparer indûment du nom de M. Jumon. Les articles publiés dans nos numéros des 19 et 21 mai 1891 doivent être signés Léopold Jeumon; ils seront inscrits ainsi dans notre table des matières.

Nous déclarons, enfin, de la manière la plus formelle, que M. L. Jumon n'est pas l'auteur du *Traitement intensif de la tuberculose.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 23 juillet 1891, un concours s'ouvrira le 1er février 1892 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Caen.

— Un concours pour l'internat en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 22 octobre 1891, à trois heures précises, à l'Hospice général de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos le 7 octobre 1891.

— M. le docteur Cordon (des Ponts-de-Cé) est nommé chevalier du Mérite agricole.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Hautecœur (Alexandre-Félix) est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale (Necker), en remplacement de M. Carron de la Carrière, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — MM. les docteurs Barret de Nazaris et Lacaze sont institués chefs de clinique chirurgicale, en remplacement de MM. Seugeusse et Lamarque, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Soulié, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur d'histologie; M. Bardier est nommé préparateur de physiologie ; M. Baylac est nommé préparateur de pathologie interne; M. Soula est nommé préparateur de matière médicale.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Lafosse est nommé chef du laboratoire des cliniques d'Alger (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jean Hæmmerlin (d'Épinal).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité théorique et pratique du massage, par le docteur Nörstrom, 2e édition entièrement refondue. Un vol. in-8. — Prix : 10 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le darwinisme; exposé de la théorie de la sélection naturelle (Bibliothèque évolutioniste, t. 1er), avec quelques-unes de ses applications par A. R. Wallace, traduit de l'anglais par le docteur de Varigny. Un vol. in-18° avec 37 figures dans le texte. — Cartonné, prix : 9 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

L'année médicale, 13e année 1890. Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du docteur Bourneville. Un vol. in-18. — Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Hygiène de la femme enceinte, par le docteur A. de Soyre. Un vol. in-16, avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 fr. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Berlin au point de vue de l'hygiène et de la médecine, par M. le docteur Gillet de Grandmont. Grand in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Des ruptures vésico-utérines dans le travail de l'accouchement, par le docteur E. Bonnaire. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Congrès pour l'étude de la tuberculose. Discours de MM. Grancher et Arloing; — Discussion de la première question : « De l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés, des gallinacés et autres animaux ». — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

(SESSION DE 1891)

Séance du 27 octobre (soir). — Présidence de M. Villemin.

Note sur les vaccinations antituberculeuses.

Par MM. J. Grancher et H. Martin (1).

Messieurs,

Nous possédons et cultivons deux bacilles tuberculeux diffé-rents par leur origine, aviaire ou humaine, et sensiblement différents aussi par quelques-uns de leurs caractères biologiques. Est-ce le même bacille modifié par le milieu ou par toute autre cause? Sont-ce deux races d'une même espèce microbienne? Ou bien, sont-ce deux espèces microbiennes entièrement distinctes? La chose n'est pas très commode à décider, sans doute, puisque, depuis que Rivolta et Maffucci ont appelé l'attention sur les caractères particuliers de ces deux bacilles, l'une et l'autre opinion sont soutenues par des observateurs également consciencieux. Koch « admet volontiers que le bacille aviaire est une espèce indépendante, mais très voisine du bacille humain (2) ». MM. Straus et Gamaleïa croient « à deux espèces tout à fait différentes (3) ».

Au contraire, MM. Cadiot, Gilbert et Roger se déclarent franchement unicistes (4).

Presque toutes les recherches, dont je vais vous entretenir, ont été faites avec la tuberculose aviaire, qui nous est venue, en 1886 et 1887, de deux sources différentes. Mais, depuis le commencement de cette année, nous avons, en suivant la technique indiquée par Koch, cultivé très facilement le bacille tuberculeux humain, sur sérum sanguin d'abord, puis, après un court acclimatement, sur agar glycériné, sur bouillon et sur pommes de terre, et nous nous sommes servis de ces cultures pour quelques inoculations d'épreuve après vaccination avec la tuberculose aviaire.

Nous serions donc très intéressés à savoir s'il faut admettre deux tuberculoses distinctes, ou une seule tuberculose avec deux bacilles modifiés, si toutes nos expériences n'avaient porté sur le lapin. Mais, de l'avis unanime, cet animal est sensible aux deux bacilles, et plus encore au bacille aviaire qu'au bacille humain, si bien qu'au point de vue scientifique, et c'est le seul que nous envisageons actuellement, les résultats de vaccination totale ou partielle des lapins, obtenus contre le virus le plus virulent de la tuberculose aviaire, sont vrais, *a fortiori*, pour la tuberculose humaine.

Toutefois, notre opinion, dans la discussion pendante, ne saurait hésiter; nous pensons que les deux bacilles sont deux variétés de la même espèce microbienne.

Les partisans de la dualité d'espèce fondent leur opinion : 1° sur l'aspect différent des cultures; 2° sur l'action pathogène distincte des deux bacilles; 3° sur l'immunité du chien pour le bacille aviaire et de la poule pour le bacille humain.

Aucun de ces caractères ne nous semble décisif en faveur de la dualité.

1. *Les cultures.* — Il est vrai que les cultures aviaires sont ordinairement humides et molles, plus ou moins plissées, et les cultures humaines sèches et verruqueuses. Mais nous avons vu sement, le bacille humain, sur agar glycériné, pousse très bien en couche molle plissée et gaufrée. Nous avons, dans mon laboratoire, des cultures fraîches des deux bacilles qu'il est impossible de distinguer l'une de l'autre.

2. *Action pathogène.* — Nous acceptons encore moins la raison tirée des réactions différentes des tissus devant l'un ou l'autre bacille, d'abord parce que nous croyons avoir prouvé, avec M. Ledoux-Lebard, qu'on peut obtenir avec le bacille aviaire toutes les tuberculoses que l'on veut, depuis le type infectieux de Yersin jusqu'à la tuberculose localisée et bénigne d'une articulation (1); ensuite, parce que nous nous souvenons, pour l'avoir combattu, il y a quelque vingt ans, d'un autre schisme tenté dans le seul domaine du bacille humain par Virchow d'une part, et par M. Empis d'autre part. C'étaient les mêmes arguments tirés de l'aspect tout à fait dissemblable des lésions anatomiques dans la phthisie commune, la pneumonie caséeuse, la granulie. Et, cependant, qui conteste aujourd'hui l'unité de la tuberculose humaine ?

3. *L'immunité du chien pour le bacille aviaire et de la poule pour le bacille humain.* — Cet argument aurait quelque valeur si l'immunité était absolue. Mais il n'en est rien, puisque MM. Cadiot, Gilbert et Roger ont infecté des poules avec le bacille humain. D'autre part, l'immunité du chien pour le bacille aviaire n'est que relative. Enfin, nous savons que l'immunité, en soi, est chose contingente et souvent subordonnée à la virulence du microbe infectant. M. Arloing n'a-t-il pas montré que le lapin, si sensible cependant à la tuberculose humaine, lui devient réfractaire quand la virulence du bacille a baissé jusqu'à la « scrofulo-tuberculose » ?

Il résulte au moins de tout cela, messieurs, que l'étude de la

(1) Note lue par M. Grancher.
(2) Congrès de Berlin, 4 août 1890.
(3) *Arch. de méd. expérim.*, 1er juillet 1891.
(4) Société de biologie, 25 juillet 1891, et *Bul. méd.*, 26 juillet.

(1) *Arch. de méd. expérim.*, 1er mars 1891.

tuberculose, dans le laboratoire, est chose délicate, puisqu'elle divise les meilleurs observateurs. Et les difficultés, qui nous arrêtent presque à chaque pas, ne font qu'augmenter notre admiration pour M. Villemin, lorsque nous songeons à ces beaux travaux de pathologie expérimentale, qu'il a donnés il y a plus de vingt-cinq ans, alors qu'il a fait l'immortelle découverte de la transmissibilité de la tuberculose. Je ne sais, pour ma part, ce qu'il faut admirer le plus, de la découverte ou de la méthode qui l'a préparée, car à cette époque où l'expérimentation n'avait pas franchi les laboratoires des physiologistes, M. Villemin a fait un chef-d'œuvre de technique pour la pathologie des maladies contagieuses. Ce fut la raison du triomphe définitif de sa découverte, car dans les années qui suivirent les communications de M. Villemin à l'Académie (1865), et la publication de son livre (1867), ses adversaires eurent beau jeu, leurs expériences, mal conduites, étant presque toutes négatives. Le rapport de M. Colin, mais surtout le mémoire de Cohnheim (1878), appuyés sur des expériences précises, ont clos le débat en faveur de notre illustre compatriote.

De même, M. Pasteur, chaque fois qu'il a abordé une question, a établi ses découvertes sur une base expérimentale inébranlable. Rappelez-vous la célèbre expérience de Pouilly-le-Port, d'où sortit la vaccination charbonneuse, et le rôle décisif qu'elle a joué dans le triomphe de la nouvelle méthode! Il en fut ainsi pour la rage. C'est parce que nous avions une confiance absolue dans les résultats obtenus par M. Pasteur sur les chiens, que Vulpian a conseillé et que j'ai pratiqué la vaccination humaine antirabique. Pour la même raison, nous avons résisté aux critiques et à la défiance presque générales provoquées par les premiers échecs de cette vaccination. Pour la même raison, enfin, M. Brouardel nous a apporté, dès le début des discussions académiques que vous connaissez, l'appui de sa parole et de son autorité.

Moins heureux que M. Pasteur, Koch, — à qui, parmi tant de beaux travaux, nous devons la découverte du bacille tuberculeux, il ne faut jamais l'oublier, — Koch vient d'échouer dans le traitement de la tuberculose, parce que, à notre avis, ses expériences n'ayant été ni assez nombreuses, ni assez variées, ni assez sûres. Le peu que nous en connaissons, du moins, par sa communication du 15 janvier 1891, ne l'autorisait pas, croyons-nous, à tenir le langage du 4 août 1890, à l'ouverture du Congrès de Berlin. Ce jour-là, Koch a dit : « ... Mes recherches ne sont pas terminées. Je puis, cependant, dire que des cobayes, qui sont extraordinairement prédisposés à la tuberculose, grâce à cette substance, résistent à l'inoculation du virus tuberculeux, et que ceux qui sont déjà atteints d'une tuberculose avancée peuvent en être guéris, sans que cette substance ait une autre influence sur l'organisme (1). » Ainsi, d'une part, l'état réfractaire, l'immunité conférée aux cobayes, d'autre part, la guérison d'une tuberculose confirmée, tels sont les faits expérimentaux sur lesquels Koch a fondé sa méthode; tels sont les faits que nous avons cru en sa possession, qui nous ont donné la foi en sa découverte et ont autorisé les expériences tentées sur l'homme de toutes parts, avec l'espoir du succès.

D'où est venu l'échec? De l'écart trop considérable des deux espèces : l'homme et le cobaye? Nous n'en croyons rien. Certes, on peut réussir sur le cobaye, le lapin, le chien même, et échouer sur l'homme, les conditions n'étant pas identiques; mais, si les expériences sur les animaux ont été bien conduites, si leur résultat est constant, le progrès, l'humanité même commandent et légitiment l'expérimentation sur l'homme; et, en cas d'échec, celui-ci fût-il complet, l'expérimentateur, le savant reste intact. Il en est autrement si tout s'écroule à la fois.

Pour nous, pénétrés de la nécessité d'une méthode sévère en pathologie expérimentale, nous avons essayé de donner, à nos recherches sur la vaccination anti-tuberculeuse, la plus grande rigueur scientifique.

Voici quelques-unes des précautions nécessaires : nous procédons toujours à la petite opération avec une antisepsie rigoureuse. Nous choisissons des lapins de même poids, 2 kilogrammes environ, et nous les laissons s'acclimater, pendant quelques semaines, au régime du laboratoire. Nous inoculons toujours la même quantité d'une solution opaline de la culture dans un peu d'eau stérilisée, et, au besoin, par la pesée à l'état sec ou humide, nous mesurons la dose de virus injecté. Pendant toute la durée de l'expérience, et après l'inoculation d'épreuve, les lapins vaccinés et les témoins sont soumis au même régime alimentaire. Ceci est important, car on peut faire varier les résultats et obtenir une apparence de vaccination, c'est-à-dire la survie plus ou moins prolongée des lapins vaccinés, par une nourriture plus abondante et plus choisie. Chaque animal est pesé régulièrement tous les deux ou trois jours, et tenu aussi propre que possible dans une cage entièrement métallique et stérilisée. Et, malgré toutes ces précautions, il faut compter çà et là avec de petites épidémies d'entérite ou de pneumonie, surtout si, comme dans nos expériences, on est obligé de garder l'animal en surveillance pendant un an ou deux. Or, cette longue période est nécessaire, si on veut connaître les limites de l'immunité conférée et ne pas confondre un résultat partiel avec un résultat définitif. Enfin, l'inoculation d'épreuve est faite dans le sang, avec le virus le plus virulent. Nous écartons ainsi de notre route, et les tuberculoses locales plus ou moins bénignes, et les aléas d'une infection insuffisante.

Il est pou[illegible] de rappeler que, en 1888, nous avons fait quelques essais avec une *tuberculine*, que M. Martin avait préparée (1) et qui a la plus grande ressemblance avec celle de Koch, ce qui ne saurait surprendre, puisqu'elle est, de même que la lymphe, un « extrait glycériné de cultures pures de tuberculose ».

Ces tentatives de vaccination, par les produits solubles, nous ont toujours paru diminuer au lieu de fortifier la résistance des lapins contre l'inoculation d'épreuve. Nous n'avons même pas obtenu l'action d'arrêt que relève la note du 15 janvier 1891 de Koch, mais il est vrai que nous procédions tout autrement que lui. Nos lapins étaient toujours infectés ou vaccinés par la voie sanguine ou péritonéale. On sait, au contraire, que Koch, qui a expérimenté sur des cobayes, étudiait surtout l'action de sa « lymphe » sur les lésions cutanées et ganglionnaires.

A tort ou à raison, nous avons renoncé à la tuberculine et nous sommes revenus aux inoculations par cultures atténuées, en suivant, aussi fidèlement que possible, la règle adoptée aux inoculations antirabiques, à savoir : le passage à des cultures de plus en plus virulentes jusqu'à l'inoculation d'épreuve.

Pour obtenir l'échelle des virulences nécessaires à la vaccination antirabique, M. Pasteur a recours à la dessiccation des moelles virulentes. Nous nous sommes contentés de laisser vieillir nos cultures en tubes soigneusement clos et conservés dans des boîtes fermées. Dans ces conditions, les cultures s'atténuent peu à peu. Déjà, au bout du deuxième mois, elles ont perdu une part de leur virulence, et plus encore, après six mois,

---

(1) *Bul. méd.*, 1890, p. 755. — Le texte allemand est encore plus affirmatif et plus précis :

« So sind auch meine Versuche mit diesen Stoffen, obwohl sie mich bereits fast ein Jahr beschæftigen, noch nicht abgeschlossen, undich kann über dieselben daher nur so viel mittheilen, dass Merschweinchen, welche bekanntlich für Tuberculose ausserordentlich empfænglich sind, wenn man sie den Wirkung einer solchen substanz aussetzt, auf eine Impfung mit tuberculœsen Virus nicht mehr reagiren, und dass bei Meerschweinchein, welche schon in hohen Grade an allgemeiner tuberculose erkrankt sind, der Krankheit process vollkommen zum Stillstand gebracht verden kann, ohne dass der Kœrper von den Mittel etwa anderweitig nachtheilig besinflusst wird. » (*Deuts. Med. Woch.*, 14 août 1890, p. 757.)

(1) Voici la formule de préparation suivie par M. Martin : Une culture de tuberculose, dans du bouillon de poulet à 6 p. 100 de glycérine et 6 p. 100 de sucre, est filtrée sur terre de pipe. Le liquide filtré est réduit au quart par évaporation au bain-marie et passé à l'étuve à 120 degrés. On obtient ainsi un liquide semblable, au moins par ses qualités physiques, à la « tuberculine ».

un an, deux ans et trois ans. Quand nous avons entrepris nos expériences, en juin 1889, nous possédions déjà toute une « gamme » de cultures, et après les essais préliminaires qui avaient pour objet de fixer la virulence de chacune d'elles, nous avons commencé à vacciner.

Le virus le plus faible nº 10, représenté par une culture âgée de trois ans, est inoffensif en injections intra-veineuses pour le lapin, quand on ne l'injecte qu'une fois. Il n'en est pas de même si on répète l'injection, car le lapin succombe à la tuberculose sous l'influence de doses répétées d'un virus assez affaibli pour ne donner que de maigres cultures ou même pour ne pas pousser du tout quand il est réensemencé.

Le virus nº 1 est une culture fraîche de quinze jours sur agar glycériné qui tue en injection intra-veineuse un lapin de 2 kilogrammes en quinze ou vingt jours. Quelquefois le délai est un peu plus grand, et l'animal survit vingt-cinq ou trente jours; plus rarement, il succombe en onze ou douze jours. Dans tous les cas, la mort est certaine, à courte échéance et avec les lésions du type Yersin.

Les virulences intermédiaires 2, 3 et 4 sont mortelles à dose unique, mais avec des échéances variables entre deux et six mois. Avec les virulences 5, 6 et 7, la mort n'est pas certaine, mais elle survient le plus souvent. Les nºs 8 et 9 se rapprochent beaucoup du nº 10.

Cette échelle de virulence n'a rien de mathématique; mais outre qu'en pareille matière il est impossible, l'animal étant le réactif employé, de dépasser une certaine précision, celle que nous avons obtenue ainsi est suffisante et au moins égale à celle que nous donnait tel agent d'atténuation, la chaleur, par exemple, plus exact en apparence.

Nous avons communiqué, le 18 août 1890, à l'Académie des sciences, les premiers résultats obtenus par cette méthode de vaccination. A cette date, plusieurs séries de lapins, dont l'une remontait au 27 août 1889, avaient subi le traitement préventif, à savoir : une injection intra-veineuse de cultures, de plus en plus virulentes jusqu'à l'inoculation d'épreuve faite avec une culture nº 1 ou une culture nº 2, et nous disions : « Nous croyons donc avoir réussi, d'une part, à donner aux lapins une résistance prolongée contre la tuberculose expérimentale, la plus certaine et la plus rapide et, d'autre part, à leur conférer contre la même maladie une immunité dont il reste à déterminer la durée. »

Laissons de côté la première partie de cette phrase qui fait allusion à des expériences dont il n'est pas question ici et ne retenons que la seconde partie relative à l'immunité par une vaccination antérieure à toute infection. Nous avions déjà, il y a un an, obtenu quelques résultats positifs. D'autres restaient incertains, les lapins vaccinés étant encore vivants et sains au moment de notre communication.

Nous apportons aujourd'hui le résultat complet des expériences en cours à cette date et aussi d'autres résultats obtenus depuis, en variant notre méthode de vaccination.

Une série de neuf lapins à vacciner et de quatre témoins a été commencée le 26 novembre 1889. Les neuf lapins ont reçu, dans la veine de l'oreille, chacun 1 centimètre cube d'une dilution opaline de cultures tuberculeuses de plus en plus virulentes. La première et la deuxième inoculation ont été faites avec une culture âgée de trente-trois mois; la troisième, avec une culture de vingt-deux mois, et ainsi jusqu'au jour où tous les lapins traités et les quatre témoins ont reçu une culture de quatre mois correspondant dans notre échelle à la virulence nº 2.

Les quatre témoins sont morts tuberculeux aux vingt-troisième, vingt-septième, vingt-neuvième jours après l'inoculation. Le dernier est mort au cent cinquante-quatrième jour.

Parmi les vaccinés, un est mort tuberculeux avant l'inoculation d'épreuve. Un autre a succombé, tuberculeux également, quelques jours après la vaccination; les autres ont survécu très longtemps. Ils sont morts accidentellement, les 19 juillet et 18 novembre 1890, les 29 janvier et 4 avril 1891. L'autopsie n'a révélé dans leurs organes aucune lésion, ni même aucune trace de lésions tuberculeuses. Cependant, un lapin était atteint de néphrite parenchymateuse. Le dernier animal de cette série vit encore aujourd'hui, vingt et un mois après la première inoculation vaccinale. Il pèse 4350 grammes et son poids initial était de 2060 grammes.

Cette série que nous avons choisie parmi beaucoup d'autres, parce qu'elle est une de celles que nous avions citées dans notre note du 18 août, nous servira de type et nous évitera le détail fastidieux de toutes nos expériences. Il nous suffira de relever les incidents les plus importants survenus au cours de cette série et, à propos de chacun d'entre eux, de dire ce que nous avons vu dans l'ensemble de nos recherches depuis deux ans.

1. *Les témoins sont morts à des dates variables, vingt-troisième, vingt-septième, vingt-neuvième et cent cinquante-quatrième jour après l'inoculation.* — Ils avaient reçu cependant la même dose de la même culture nº 2. Mais il suffit que la virulence des bacilles tuberculeux soit affaiblie pour que la résistance des animaux devienne très variable. Avec une dose massive de culture très virulente introduite dans le sang, la mort survient vite et sensiblement dans le même temps; il en est tout autrement si la diminution de la dose ou l'affaiblissement de la virulence permet à l'organisme d'engager la lutte. Alors, ce que nous appelons en médecine l'idiosyncrasie, joue un rôle considérable, capital même, dans la marche des événements. Tel lapin résiste un mois et tel autre six mois et plus à la même dose du même virus atténué.

2. *Un lapin a succombé pendant la vaccination et avant l'inoculation d'épreuve.* — Quand on procède à la vaccination par la voie intraveineuse, il est rare qu'un ou plusieurs animaux ne succombent pas du fait de la vaccination, avec des lésions tuberculeuses plus ou moins généralisées. C'est encore une preuve du rôle considérable dévolu dans ces expériences à la résistance individuelle. Pour éviter cet écueil, il vaut mieux procéder à la vaccination par la voie sous-cutanée. C'est ce que nous avons fait à une série de huit lapins, dont la vaccination a commencé le 30 août 1890, et qui ont reçu sous la peau onze inoculations vaccinales, jusqu'à la virulence nº 2, sans qu'aucun ait souffert des inoculations. De ces 8 lapins, 3 ont reçu dans la veine de l'oreille, le 8 décembre, le virus tuberculeux humain dans la pulpe finement broyée de rates de cobayes tuberculeux. Ces trois animaux sont encore bien portants. Ils pèsent 3600, 3500 et 3800 grammes, et ont augmenté depuis l'inoculation d'épreuve de plus de 1000 grammes chacun. Le témoin est mort, criblé de tubercules, le 7 mars, il y a près de quatre mois, ce qui prouve que le bacille aviaire peut vacciner le lapin contre le bacille humain.

3. *Plusieurs lapins ont succombé à une affection intercurrente et sans lésion tuberculeuse apparente d'aucun de leurs organes.* — Il arrive quelquefois, en effet, que, longtemps après la vaccination et l'inoculation d'épreuve, un lapin vacciné succombe à une septicémie où à une diarrhée et que, malgré la quantité énorme de virus tuberculeux qu'il a reçue, l'autopsie de ses organes soit négative; la rate est petite, ratatinée même, le foie sain, le poumon et les reins normaux. La recherche du bacille reste elle-même infructueuse. De nouvelles expériences sont nécessaires pour dire si ces lapins, qui ont si bien résisté à la vaccination et à l'inoculation d'épreuve, ont réellement conquis une immunité définitive, et sans lésions organiques d'aucune sorte, ou si, à supposer qu'ils eussent vécu plus longtemps, il ne se serait pas développé une tuberculose locale ou une néphrite, ou une paraplégie.

4. *Un des lapins de la série a succombé à une néphrite.* — Les deux reins de cet animal étaient énormes, blanchâtres et lisses; l'étude histologique, faite par M. Leredde, a révélé les lésions mixtes de la glomérulo-néphrite avec les destructions épithéliales et la néoformation conjonctive de la néphrite mixte. Rien n'est plus fréquent que cette néphrite chez le lapin, à la suite des vaccinations tuberculeuses, et nous l'avons observée souvent à tous les degrés, depuis la congestion intense et diffuse du début jusqu'à l'atrophie, mamelonnée et dure de la période ultime de

la maladie. Les urines ont toujours été trouvées albumineuses, et, souvent, le cœur gauche très notablement hypertrophié. Cette néphrite est la cause de mort la plus fréquente chez nos lapins vaccinés, qui meurent alors, tantôt sans trace de tuberculose dans aucun organe, tantôt avec une tuberculose localisée, concomitante de la néphrite.

Chose curieuse! les lapins qui succombent à cette forme d'infection ont augmenté de poids et ont vécu fort longtemps, de longs mois, après l'inoculation d'épreuve. Par exemple, dans une série de 11 lapins et 2 témoins close par l'inoculation d'épreuve, le 10 avril, avec le virus nº 1, nous avons eu 8 des lapins traités qui ont succombé très longtemps après les témoins, morts les 3 et 10 mai, et qui ont succombé atteints de néphrite, sans aucune lésion tuberculeuse du rein ni d'aucun autre organe. Ils avaient reçu cependant les virus nºs 6, 5, 4, 3, 2 et 1. Leur survivance par rapport aux témoins a été de deux mois, trois mois, trois mois et demi et huit mois. Les trois autres lapins traités sont morts aussi trois et quatre mois après l'inoculation d'épreuve, mais avec de la tuberculose pulmonaire, et sans néphrite.

Si on remarque que tous les lapins de cette série ont reçu l'inoculation d'épreuve avec le virus le plus virulent qui tue toujours en moins d'un mois, et que les onze traités ont résisté à cette inoculation de trois à huit mois, on admettra, sans discussion, que notre méthode confère aux animaux qui l'ont subie une importante immunité. De plus, les lapins traités ont tous succombé, il est vrai, mais trois seulement à une tuberculose pulmonaire très modifiée, très différente de celle de l'inoculation d'épreuve; les huit autres ont été tués par une néphrite dont la nature et la pathogénie restent à déterminer.

Quelquefois, la tuberculose conférée par l'inoculation d'épreuve est encore beaucoup plus modifiée que celle dont nous venons de parler, et nous avons vu souvent des lapins vaccinés qui avaient longtemps survécu à cette inoculation, et dont le poids initial de 2000 grammes avait passé 3, 4 et même 5000 grammes, mourir avec une lésion osseuse ou articulaire très limitée, de sorte que nous retrouvons très fréquemment ce que nous avions noté déjà dans un travail avec M. Ledoux-Lebard, à savoir que plus la maladie dure et plus la tuberculose, devenue bénigne, tend à devenir locale et périphérique. Dans une série, close le 31 décembre, un des lapins a survécu à l'inoculation d'épreuve plus de vingt-neuf mois. Il a succombé le 4 juin 1891 à une arthropathie tuberculeuse de la patte antérieure gauche, dont la première apparition remontait au mois de janvier 1891. Tous ses viscères étaient sains.

Assez souvent encore, nos animaux succombent aux suites d'une paraplégie qui, peu à peu, immobilise complètement leur train postérieur et les livre en proie à la vermine. Ils meurent cachectiques, et souvent sans lésion tuberculeuse des viscères et sans lésions apparentes du système nerveux central et périphérique.

Conclusions. — De cet ensemble de faits, résultant de l'observation attentive et prolongée de 82 lapins, en diverses séries, se dégage une première conclusion :

Nous n'avons pas réussi à conférer aux lapins une immunité complète par une méthode inoffensive et sûre, mais nous avons fait un premier pas, et qui n'est pas, croyons-nous, sans importance scientifique, en démontrant, par des expériences précises, l'action vaccinale du virus tuberculeux, contre le virus tuberculeux lui-même.

Une seconde conclusion s'impose à l'esprit, c'est que le virus tuberculeux, atténué, employé comme vaccin, contient vraisemblablement une substance vaccinale et une substance toxique. Celle-ci serait la cause des néphrites et paraplégies si fréquentes chez nos animaux, celle-là produirait, par un mécanisme que nous ignorons, une immunité plus ou moins prolongée, plus ou moins parfaite, selon les circonstances. Quelques-unes de ces circonstances sont une preuve nouvelle de l'action vaccinale de nos cultures. En effet, nous avons varié la formule de vaccination pour chaque série, multiplié, ici, les virus faibles, là, au contraire, les cultures très virulentes. Or, les résultats sont sensiblement différents. La méthode est donc efficace, puisque ses résultats varient quand elle varie elle-même.

Mais son efficacité est limitée. En outre, la vaccination par voie sanguine n'est pas inoffensive puisque quelques vaccinés meurent de néphrite ou de paralysie, et quelques autres de tuberculose dans le cours de la vaccination.

Nous attendons des résultats meilleurs des vaccinations actuellement en cours.

Mais de là à la guérison de la phthisie pulmonaire de l'homme, il y a encore loin!

Ne nous faisons donc pas d'illusions! Telle ou telle des méthodes actuellement en honneur, et qui vise des cas particuliers, est un progrès sensible, considérable si l'on veut; mais aucune, sauf celle de Koch, n'a osé s'attaquer à toutes les formes et à tous les degrés de la tuberculose, et laisser entrevoir un nouvel âge d'or, où la phthisie serait bannie de l'humanité. Pour la réalisation de ce rêve, il faudra, croyons-nous, conférer l'immunité par une méthode de vaccination inoffensive et sûre, ou détruire le bacille dans les tissus, sans dommage pour le reste de l'organisme.

Mieux que toute autre voie, la pathologie expérimentale semble capable de nous conduire au port. Et, bien que rien ne nous fasse prévoir la réalisation prochaine de nos espérances, il faut espérer... et travailler. (*Vifs applaudissements.*)

Étude expérimentale de la tuberculine de Koch. — **M. ARLOING** (de Lyon) a fait des expériences sur les animaux avec la tuberculine de Koch. Il a successivement examiné la valeur diagnostique, la valeur curative et la valeur préventive qui ont été attribuées à cette substance.

Au point de vue du diagnostic, les expériences, faites dans le laboratoire de M. Arloing, ont démontré que la réaction déterminée par la tuberculine de Koch n'était pas spéciale aux tuberculeux. Elle n'a donc pas de valeur diagnostique au point de vue de la tuberculose.

Au point de vue curatif, il résulte de ces expériences que, dans aucun cas, la tuberculine n'a arrêté la marche de la tuberculose expérimentale. Souvent même, elle l'a hâtée et a précipité le dénouement, par suite des congestions intenses qu'elle a déterminées.

Enfin au point de vue préventif, chez les animaux préalablement inoculés avec la tuberculine de Koch, la tuberculose expérimentale a évolué de la même façon, parfois même plus rapidement que chez les animaux témoins.

M. L.-H. PETIT, secrétaire général du Congrès, rend compte de la première session et des résultats qui ont été obtenus.

ÉLECTIONS

Le Congrès procède à l'élection de deux vice-présidents et des sécrétaires.

Ont été élus :

Vice-présidents : MM. Verneuil et Nocard;

Secrétaires des séances : MM. Coudray, Piot, Gallois, Mosny, Leclainche, P. Villemin et Marfan.

Ont été désignés comme présidents d'honneur : MM. Pasteur, Arloing, Charcot, Chauveau, Brouardel, Hérard, Cornil, Grancher, Lannelongue et Trasbot (France), William Waston (Angleterre), Degive, Laho, Malvoz et Mosselmann (Belgique), Espina y Capo (Espagne), Jacobi-Page (États-Unis), Boussakis (Grèce), Thomassen (Hollande), Semmola (Italie), Siegen (Luxembourg), Babès et Calmann Müller (Roumanie), Metchnikoff (Russie) et Zoëros pacha (Turquie).

La séance est levée.

Séance du 28 octobre (matin). — Présidence de M. VILLEMIN.

PREMIÈRE QUESTION

IDENTITÉ DE LA TUBERCULOSE DE L'HOMME ET DE LA TUBERCULOSE DES BOVIDÉS, DES GALLINACÉS ET DES AUTRES ANIMAUX.

M. CHAUVEAU fait connaître les résultats des expériences qu'il a entreprises, dès 1873, sur l'identité de la tuberculose bovine avec la tuberculose humaine, ces expériences n'ayant jamais été publiées dans leur ensemble. Elles se divisent en trois séries principales. La première série comprend les animaux de l'espèce bovine chez lesquels M. Chauveau a introduit de la matière tuberculeuse humaine par l'estomac. La seconde comprend les animaux chez lesquels la matière tuberculeuse humaine a été introduite par la voie veineuse; la troisième, ceux qui l'ont reçue par la voie sous-cutanée.

Première série. — Trois jeunes bœufs, âgés de six, dix et onze mois, ont reçu, dans l'estomac, le premier, une préparation de tissu pulmonaire, provenant d'un malade mort de tuberculose miliaire; les deux autres, du tissu pulmomaire, provenant de malades morts de pneumonie caséeuse. Tous les trois sont devenus malades, ont maigri et ont été sacrifiés. Voici ce qu'on a trouvé à l'autopsie : le premier présentait des lésions tuberculeuses dans l'appareil digestif, dans l'intestin grêle, dans le péritoine et dans le foie. Il n'y avait presque rien du côté des poumons et des ganglions. Le second présentait des noyaux tuberculeux récents dans le poumon et le reste de l'appareil respiratoire. Il n'avait rien dans l'estomac, ni dans les ganglions. Le troisième avait des lésions tuberculeuses à la fois dans l'appareil digestif et dans l'appareil respiratoire. Ces résultats sont identiques à ceux qu'on obtient de l'inoculation de la tuberculose bovine au bœuf.

Deuxième série. — Dans cette série, il n'y a qu'une seule expérience qui a consisté à introduire, dans la veine jugulaire d'un veau de trois mois, une préparation de tissu pulmonaire, provenant d'un enfant mort de tuberculose miliaire aiguë. Le veau fut sacrifié après vingt-neuf jours. Il présentait des lésions tuberculeuses avancées, surtout ganglionnaires. Ici encore, c'est le même résultat qu'après l'inoculation intra-veineuse de la tuberculose bovine au bœuf.

Troisième série. — Cette série comprend les faits dans lesquels des matières tuberculeuses humaines provenant de tumeurs blanches, de pneumonies caséeuses, ont été injectées sous la peau d'animaux de l'espèce bovine. Dans ces cas, au point de l'injection il se fait toujours une tuméfaction primitive inflammatoire, qui disparaît après quelques jours et qui est bientôt suivie d'une tuméfaction secondaire, véritable tumeur tuberculeuse, toujours accompagnée de l'infection du ganglion voisin. Dans les sept expériences que comprend cette série, les choses se sont toujours passées ainsi et il n'y a jamais eu de généralisation tuberculeuse. Ces faits prouvent que la tuberculose inoculée sous la peau peut rester longtemps localisée.

Dans un cas, M. Chauveau a inoculé de la matière tuberculeuse d'origine bovine dans la jugulaire d'un cheval. Ce cheval a présenté des lésions tuberculeuses des plus nettes qui, lorsqu'il a été autopsié, étaient en voie de guérison, ce qui s'accorde avec la résistance bien connue du cheval pour la tuberculose.

De tous ces faits, M. Chauveau croit pouvoir conclure à l'identité de la tuberculose bovine avec la tuberculose humaine.

M. STRAUS, en son nom et au nom de M. Gamaleïa, fait connaître les résultats d'expériences qui ont été faites dans son laboratoire, sur les caractères distinctifs du bacille de la tuberculose des mammifères et les différences profondes qui le séparent du bacille de la tuberculose aviaire.

L'aspect des cultures sur milieux solides permet presque toujours, à la simple inspection, de distinguer la culture du bacille humain de celle du bacille aviaire. Les cultures de la tuberculose humaine sont sèches, écailleuses ou verruqueuses, ternes et dures; celles de l'aviaire sont humides, grasses et molles.

Plus différents encore sont les effets pathogènes des deux bacilles. Il y a des animaux qui sont réfractaires à l'un de ces bacilles et très réceptifs pour l'autre. Les poules sont réfractaires à la tuberculose humaine; elles succombent régulièrement à l'inoculation de la tuberculose aviaire. Le chien, au contraire, jouit d'une immunité presque absolue à l'égard du bacille aviaire; il est facile de le faire périr par l'inoculation du bacille humain.

Le lapin et le cobaye sont réceptifs pour les deux bacilles, mais les effets provoqués par l'un ou l'autre bacille sont différents. Inoculés par la tuberculose humaine, ces animaux meurent avec des tubercules apparents dans les différents viscères; le bacille aviaire les tue sans qu'on puisse, en général, trouver des lésions tuberculeuses macroscopiques dans les organes internes.

Ayant ainsi différencié les deux bacilles, il fallait se demander par quels liens ils se rattachent et s'il n'est pas possible, soit par des artifices de culture, soit par l'expérimentation, de passer de l'un à l'autre.

Certains auteurs avaient pensé que, par la substitution des milieux de culture glycérinés au sérum de Koch, on arrivait à modifier profondément les caractères des cultures et les effets pathogènes du bacille de la tuberculose.

Les recherches de MM. Straus et Gamaleïa, au contraire, leur ont montré que les bacilles des deux tuberculoses conservent invariablement leurs particularités propres et leurs effets pathogènes spéciaux, quel que soit le milieu de culture employé. Les différences considérables signalées par certains auteurs entre les effets pathogènes des cultures sur sérum comparées aux cultures sur milieux glycérinés, ne tiennent pas à une simple modification des milieux de culture employés, mais à la provenance différente de la semence tuberculeuse et à la confusion entre le bacille humain et le bacille aviaire.

L'orateur s'est aussi adressé à l'expérimentation sur les animaux pour essayer de modifier ces deux bacilles et d'obtenir ainsi, sinon une transformation totale, au moins des variétés intermédiaires.

Des produits tuberculeux aviaires ont été inoculés sous la peau, dans le péritoine et dans les veines de lapins et de cobayes, lesquels ont succombé avec de nombreux bacilles dans les organes. Des fragments de ces organes, inoculés à de nouveaux cobayes et lapins, ont encore amené la mort, parfois avec des tubercules visibles dans le foie, surtout chez le lapin, dans le poumon chez le cobaye. Mais, dès le troisième ou le quatrième passage, même quand les animaux mouraient, les organes ne contenaient plus ni tubercules, ni bacilles, et la série était arrêtée. On n'a pas réussi à acclimater, d'une façon durable, le bacille aviaire chez le lapin et le cobaye, encore moins à le transformer en bacille humain. Les cultures faites avec les organes des animaux ainsi inoculés en série ont toujours présenté les caractères du bacille aviaire.

Ces messieurs ont recherché, chez le chien, s'il est possible, par l'inoculation préalable et fréquemment répétée du bacille aviaire, de le vacciner contre le bacille humain. Plusieurs chiens ont subi pendant des mois, à diverses reprises, des injections intra-veineuses de cultures du bacille des oiseaux. Soumis plus tard à l'inoculation intra-veineuse ou intra-péritonéale du bacille humain, ils ont succombé dans les mêmes délais et avec les mêmes lésions que les témoins.

En somme, les différences qui séparent les deux tuberculoses se sont révélées, non seulement considérables et profondes, mais encore permanentes. Ni par des modifications apportées au mode de culture, ni par des tentatives d'inoculations en série, MM. Straus et Gamaleïa n'ont pu obtenir la transformation de l'un de ces bacilles dans l'autre. Tant que cette transformation n'aura pas été réalisée et qu'elle ne sera pas établie par des faits indiscutables, on sera obligé de regarder les deux bacilles comme étant des espèces différentes.

M. ROGER, en son nom et au nom de MM. Cadiot et Gilbert, lit la note suivante :

La tuberculose des gallinacés est caractérisée par la production de granulations et de masses caséeuses plus ou moins volumineuses, qui occupent le foie, la rate, le péritoine; au niveau de l'intestin, on trouve souvent des ulcérations et, dans ce cas, les matières renferment des bacilles qui servent à transmettre l'infection et expliquent certaines épizooties.

Au point de vue histologique, les tubercules sont constitués, chez la poule, par des amas de cellules épithélioïdes, dont la partie centrale se transforme en une masse vitreuse; chez le faisan, les cellules épithélioïdes s'entourent d'un cercle conjonctif qui subit la transformation amyloïde.

Dans toutes ces productions, on trouve des bacilles présentant le même aspect et possédant les mêmes réactions colorantes que ceux qu'on observe dans la tuberculose de l'homme et des autres mammifères.

Pour déterminer le rapport qui existe entre la tuberculose des mammifères et celle des oiseaux, il faut avoir recours à l'expérimentation. Nos recherches se divisent en deux parties. Dans un premier groupe d'expériences, nous avons étudié le virus aviaire et nous avons reconnu qu'il se transmet facilement aux poules; injecté dans les veines et le péritoine, il suscite la production de lésions semblables à celles qui caractérisent la tuberculose spontanée.

Inoculé au lapin, le bacille aviaire se comporte à peu près comme le bacille humain, au moins quand on l'introduit dans le péritoine; il se produit alors une éruption généralisée de granulations viscérales.

Chez le cobaye, les résultats sont plus variables : nous avons inoculé 24 cobayes dans le péritoine : 13 fois il ne se produisit aucune lésion appréciable; 5 fois on trouva un abcès caséeux au point d'inoculation; 7 fois on rencontra quelques granulations viscérales discrètes. Enfin, dans deux cas appartenant à une même série expérimentale et ayant, pour point de départ, une tuberculose du faisan, nous avons obtenu, chez le cobaye, une tuberculose généralisée; ces productions ont été réinoculées en série et, après trois passages sur les mammifères, nous avons constaté que le virus aviaire avait perdu ses propriétés spécifiques et ne tuait plus les gallinacés. Le fait n'est pas unique : dans un autre cas, un séjour de six mois dans l'organisme d'un cobaye fit perdre au virus aviaire ses propriétés pathogènes pour les oiseaux.

Dans un deuxième groupe d'expériences, nous avons injecté à des poules de la matière tuberculeuse provenant de l'homme ou de divers mammifères (bovidés, chien, chat, cheval). Quarante poules ont été inoculées, soit dans les veines, soit dans le péritoine; aucune d'elles n'a succombé, 2 sont encore vivantes aujourd'hui; sur les 38 poules restantes, il en est 33 où l'autopsie ne révéla aucune lésion; chez 5 nous trouvâmes des tubercules jeunes, très petits, transparents; c'étaient des lésions produites par le bacille humain, car, dans un cas, elles purent se réinoculer au cobaye et ne purent se transmettre à une nouvelle poule; le virus avait donc conservé ses propriétés originelles. Une autre fois, le bacille se modifia plus profondément et les lésions purent se réinoculer d'une poule à une autre.

En résumé, il existe des différences profondes entre la tuberculose des mammifères et celle des gallinacés. Les bacilles aviaires sont plus résistants et végètent plus facilement sur les milieux artificiels; leur action pathogène diffère de celle du bacille humain, comme nous venons de l'établir. Mais, à côté de ces caractères distinctifs, les traits généraux des deux bacilles restent identiques : même morphologie, même réaction colorante, même action sur le lapin, etc. Si le cobaye, ce réactif par excellence de la tuberculose humaine, résiste souvent à la tuberculose aviaire, il peut parfois succomber avec des granulations viscérales généralisées. Réciproquement, l'immunité de la poule pour le virus humain n'est pas absolue; plusieurs fois, nous avons vu la tuberculose humaine déterminer des granulations dont la nature a été démontrée par les résultats de l'inoculation en série. Enfin, nous avons fait voir que les deux virus peuvent se modifier et se transformer.

Tous ces faits ne se comprennent guère, si l'on admet que les deux bacilles tuberculeux appartiennent à deux espèces différentes. A côté de caractères distinctifs, on retrouve un fonds commun qui permet de considérer les deux agents pathogènes comme dérivant d'une souche unique : l'unicité de la tuberculose des mammifères et des gallinacés, telle est la conception qui nous paraît cadrer le mieux avec l'ensemble des faits observés jusqu'ici.

M. Z. BAIVY (de Namur). De nombreux travaux et des expériences répétées ont établi l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés.

La plupart des auteurs admettent l'identité de la tuberculose des gallinacés et de la tuberculose humaine.

L'observation suivante est présentée comme contribution à l'étude de cette question.

Un coq vivant dans la cour d'un abattoir se nourrissait des déchets de tout genre, jetés sur le fumier.

Parmi ces déchets, se trouvaient souvent des dépouilles provenant d'animaux tuberculeux.

Le coq fut tué et on trouva, chez lui, une tuberculose des poumons et du foie.

L'examen microscopique des tubercules n'a pas révélé la présence du bacille de Koch, mais les inoculations faites sur des lapins avec ces tubercules ont provoqué la tuberculose.

MM. COURMONT et **DOR** (de Lyon) ont pratiqué deux séries d'expériences : d'un côté, ils ont inoculé de la tuberculose des mammifères à des poules par la voie sous-cutanée ou par la voie digestive; d'un autre, ils ont inoculé à des lapins et à des cobayes du bacille aviaire, et ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° La poule n'est pas absolument réfractaire à la tuberculose humaine;

2° La voie digestive est très inférieure, comme porte d'entrée, à la voie sous-cutanée;

3° Les bacilles de tuberculose humaine peuvent, dans des cas rares, se propager en séries sur la poule par les inoculations sous-cutanées;

4° Ils croient aussi, d'après ce qu'ils ont observé, que les bacilles de provenance aviaire, mais soustraits depuis longtemps à l'influence aviaire, produisent des généralisations quand ils sont injectés chez le cobaye par la voie sous-cutanée, et chez le lapin par la voie veineuse, surtout si la survie est suffisante. Le bacille aviaire ayant ces propriétés, les perd d'ailleurs par un seul passage chez la poule. Les mammifères sont plus résistants à l'inoculation des lésions de tuberculose aviaire, qu'à celle des cultures obtenues avec les bacilles provenant de ces mêmes lésions.

Ils ont donc tout lieu de croire que le bacille de la tuberculose de l'homme ou des mammifères et le bacille de la tuberculose des oiseaux ne constituent pas deux espèces différentes, mais plutôt deux races d'une même espèce.

M. NOCARD laisse de côté la tuberculose aviaire; il ne parle pas non plus de celle des bovidés; il a ensemencé des tubes de culture avec des produits tuberculeux provenant soit du cheval, soit du porc ou d'autres mammifères encore; il a obtenu des résultats sensiblement identiques, quelle que fût la provenance de la matière tuberculeuse ensemencée. Des inoculations, faites avec le produit de ces cultures, soit chez le lapin, soit chez le cobaye, ont toujours donné des résultats tout à fait comparables à ceux que l'on obtient en inoculant la tuberculose d'origine humaine.

M. DAREMBERG, de tout ce qu'il vient d'entendre, croit devoir conclure qu'il n'y a pas identité absolue entre la tuberculose aviaire et la tuberculose humaine. Nombre d'expériences, pratiquées pendant ces dernières années et touchant soit à la thérapeutique, soit à la vaccination de la tuberculose, ont été faites avec

des cultures provenant d'oiseaux tuberculeux ; dans ces conditions, il estime qu'il faut les considérer aujourd'hui comme nulles et non avenues.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

313. M. DANIN. Contribution à l'étude de diverses suppurations intra-hépatiques. — 314. M. MOCHEZ. Influence des maladies aiguës sur l'allaitement. — 315. M. PEINDARIE. Contribution à l'étude des oreillons. — 316. M. CASTAING. De la tachycardie paroxystique essentielle. — 317. M. RETROUVEY. Contribution à l'étude de l'hémiplégie spasmodique infantile. — 318. Mlle DOBROVSKINE. L'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif de la septicémie puerpérale. — 319. M. CORREAUDIAS. De l'hypertrophie placentaire dans les cas de syphilis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le conseil supérieur de l'instruction publique, sur le rapport de M. le doyen Brouardel, a adopté le projet suivant :

« Les aspirants au grade de docteur en médecine, ajournés au premier examen pendant les sessions de juillet et de novembre, peuvent renouveler cet examen dans une session spéciale, ouverte pendant la première quinzaine de janvier. Ils sont admis aux travaux pratiques de deuxième année, à partir du 3 novembre précédent. »

— Par décret, en date du 27 juillet 1891, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Bonsignorio, médecin auxiliaire de deuxième classe.

— Par décret, en date du 27 juillet 1891, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, de l'École de médecine de Clermont est supprimée.

Il est créé à cette École de Clermont une chaire de clinique obstétricale et gynécologie.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 juillet 1891, sont nommés :

Officiers d'Académie. — M. Leroy, docteur en médecine à Amiens; M. Dewailly, médecin, adjoint au maire de Nouvion-en-Ponthieu.

— Un jeune docteur, offrant toutes garanties, désirerait faire un remplacement dans les environs de Paris. — Écrire au docteur A. B. C., poste restante, bureau n° 75, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE. Questions diverses; — Discussion de la deuxième question : « Des associations bactériennes et morbides de la tuberculose »; — Questions diverses. — SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

(SESSION DE 1891)

RÉUNION AU LABORATOIRE DE M. STRAUS

A deux heures, les membres du Congrès se sont réunis au laboratoire de M. Straus, où le savant professeur a fait examiner les cultures de tuberculose humaine et aviaire. Dans sa démonstration, portant sur plusieurs centaines de tubes de culture, M. Straus a insisté sur les caractères distinctifs de ces deux tuberculoses Il a aussi confirmé les conclusions de la communication qu'il avait faite le matin au Congrès, en son nom et au nom de M. Gamaleïa.

M. Nocard avait mis à la disposition de M. Straus des cultures du bacille de la tuberculose du cheval et du porc, qu'il avait obtenues pour la première fois. Ces cultures ressemblaient, à s'y méprendre, à des cultures de tuberculose humaine.

Séance du 28 juillet (soir). — Présidence de M. BOUSSAKIS.

COMMUNICATIONS

Résultats éloignés de la guérison des abcès froids par les injections d'huile iodoformée. — M. REDARD vient démontrer l'efficacité des injections d'huile iodoformée dans les abcès froids et l'importance que présente la technique de cette opération. Des accidents assez graves survenus à la suite des injections d'éther iodoformé ont amené l'auteur à abandonner l'éther et à le remplacer par l'huile. Avec l'huile iodoformée on n'a jamais constaté ni intoxication, ni gangrène.

L'iodoforme, injecté dans une cavité close, jouit de propriétés plus curatives que lorsqu'il y a des fistules.

La technique de l'injection est très importante, car elle a une grande influence sur le processus et la rapidité de la guérison. L'huile donne lieu à des guérisons plus rapides que l'éther, et se résorbe très rapidement. L'émulsion est à 10 p. 100 qu'on soutire jusqu'à ce que le liquide ressorte à peu près propre. Il est très important, pour éviter les fistules et les inoculations secondaires, de stériliser le trajet du trocart et de le recouvrir immédiatement de collodion.

Cette méthode permet d'obtenir une modification énergique des abcès tuberculeux, même d'origine osseuse. Sur 30 cas, dont 26 d'origine osseuse, on note 25 guérisons.

Traitement de la tuberculose par l'action combinée de l'iodoforme et du sérum de sang de chien. — M. SEMMOLA, il y a douze ans, pour la première fois, a proposé l'iodoforme dans la médication de la tuberculose ; il espérait, en produisant l'élimination de cette substance par la surface alvéolaire du poumon, déterminer une modification de la vitalité de cette alvéole. Cette conception l'entraînait à fractionner les doses et à ne donner que 2 centigrammes par heure. Grâce à cette manière de faire, il était arrivé, dans un grand nombre de cas, à obtenir une amélioration considérable de l'état général et local.

M. Semmola engage les médecins à renouveler ces expériences qui sont basées sur l'élimination lente et progressive de l'iodoforme. Il conteste l'action des doses massives qui donne localement des résultats défavorables et peut-être toxiques.

Séduit par les recherches de MM. Richet et Héricourt, il les a renouvelées et il a constaté que, si dans les cas graves il n'a rien obtenu, dans les formes moyennes il a obtenu une diminution considérable des crachats, ainsi qu'une diminution des bacilles ; dans un cas, leur nombre est tombé de 23 à 1 ; dans un autre, ils ont momentanément disparu. L'appétit et les forces avaient augmenté chez ces sujets, bien qu'ils ne fussent pas soumis à de la suralimentation.

Les injections de sérum pratiquées avec l'asepsie la plus rigoureuse sont absolument inoffensives; elles produisent quelquefois un peu d'urticaire, mais qui est passagère. Cependant, l'auteur ne se croit pas autorisé à tirer de conclusion de ses expériences, et il doute qu'on puisse obtenir, par les injections de sérum, une modification suffisante du terrain organique pour qu'elles puissent empêcher l'évolution du bacille.

Depuis quelque temps, il combine l'administration de l'iodoforme à dose fractionnée avec les injections de sérum et il engage les médecins à continuer dans cette voie, et à publier les observations qu'ils auront recueillies sur ce sujet.

Valeur thérapeutique des injections sous-cutanées de sérum de chien dans la tuberculose. — M. HÉRICOURT. MM. Richet et Héricourt ayant constaté, en 1883, que l'injection du sang de chien ou seulement l'injection du sérum de sang de chien à des lapins exerçait une influence retardante sur l'évolution de la tuberculose, eurent l'idée d'appliquer à la thérapeutique de la tuberculose ces données expérimentales. Les premières injections d'hémocyne (sérum de sang de chien) eurent lieu dans divers services depuis décembre 1890, et elles ont été assez nombreuses pour qu'on puisse dès maintenant se faire une idée d'ensemble de l'action de l'hémocyne.

Le traitement est tout à fait inoffensif, sans réaction locale. Jamais d'abcès malgré la tuméfaction. Un phénomène fréquent est la production d'une urticaire plus ou moins généralisée, d'une durée de quelques heures à quarante-huit heures. Quelquefois la fièvre des tuberculeux fébricitants augmente sous l'influence des injections ; c'est là la seule contre-indication de la méthode.

Le sérum était toujours recueilli dans des récipients stérilisés, sur des animaux autopsiés, et ne datait pas de plus de huit jours. La quantité injectée était de 1 à 2 centimètres cubes, les injections renouvelées deux ou trois fois par semaine.

Les résultats thérapeutiques obtenus sur une cinquantaine d'observations sont les suivants : dans un premier groupe (troisième degré) les injections n'ont eu aucune action ni en bien ni en mal. Dans un second groupe (lupus, phthisie laryngée, deuxième degré) il y a eu une amélioration incontestable.

L'effet le plus frappant a été le relèvement des fonctions digestives. Les résultats immédiats de la médication étaient donc un véritable coup de fouet donné à la nutrition. Retour accentué des forces, engraissement, disparition des sueurs.

Au point de vue local l'amélioration n'a pas été aussi considérable, mais les cavités se séchaient un peu, l'expectoration devenait muqueuse; les bacilles persistaient.

Dans plusieurs cas de phthisie laryngée, les ulcérations des cordes vocales se cicatrisèrent alors que ce résultat n'avait pu être obtenu par aucun autre traitement.

Chez les lupiques, les tissus se décongestionnaient et, dans trois cas sur sept, la cicatrisation s'est faite en partie.

A côté de ces résultats, on pourrait mentionner ceux qu'a obtenus M. Pinard en injectant de l'hémocyne à des nouveau-nés de tuberculeuses, et ceux que M. Fournier a constatés chez des syphilitiques à formes malignes, récidivantes, ulcéreuses. Il a constamment enregistré une augmentation de poids, une amélioration très sensible de l'état général.

Comme conclusion, l'hémocyne ne paraît pas avoir une action directement antibacillaire, il paraît plutôt agir comme un excitant spécial de la nutrition.

Sur la tuberculose du premier âge. — M. LANDOUZY attire à nouveau l'attention sur la fréquence de la tuberculose chez les enfants de un à deux ans. A la crèche de l'hôpital Tenon, il a constaté qu'un quart des décès devaient être attribués à cette cause.

La statistique repose sur des diagnostics nécroscopiquement constatés, la mortalité de 21 p. 100 n'est donc pas exagérée. Ces chiffres prouvent que, sur cinq décès de bébés, un doit être rapporté à la tuberculose. Le but de cette communication est d'insister sur cette fréquence qui est méconnue et qui prélève un si fort tribut sur la population du premier âge.

Rien n'a encore été fait pour mettre le jeune enfant à l'abri de la tuberculose. On n'a pas averti le public de la fréquence de cette affection au premier âge, de l'importance de l'hygiène alimentaire et de la contamination par le lait. Il est indispensable que l'hygiène publique se mette à l'œuvre pour éviter la tuberculose chez les jeunes enfants, et éviter ainsi un « véritable gaspillage de la vie humaine ».

Sur les résultats expérimentaux et cliniques obtenus par l'emploi du sang de chèvre comme traitement de la tuberculose. — MM. BERTIN et PICK ont entrepris une série de travaux tendant à substituer la chèvre à la génisse comme sujet vaccinifère parce qu'elle est réfractaire à la tuberculose. Des expériences ont été faites sur le lapin et elles ont permis de formuler les conclusions que voici :

Le sang de chèvre transfusé détermine, chez les lapins inoculés avec des produits tuberculeux, un état dit bactéricide, grâce auquel les organismes résistent à l'invasion du bacille quand la transfusion a lieu en même temps que l'inoculation et si, au contraire, la transfusion est postérieure à l'inoculation, elle permet à ces mêmes organismes de triompher alors que les bacilles ont commencé leur action destructive.

MM. Bertin et Pick cherchèrent à obtenir chez les phthisiques cet état bactéricide, et à arrêter, dans le cas d'une invasion bacillaire, la marche de ces micro-organismes et conférer une immunité curative.

Pour faire pénétrer le sang dans l'organisme, ils avaient d'abord songé à l'emploi de la transfusion intra-veineuse; mais étant donné les dangers de cette méthode, ils eurent recours à la méthode des injections intra-musculaires. Ils pratiquent lentement des injections de 15 à 20 grammes de sang, complet et frais, dans le tissu sous-cutané ou même intra-musculaire. Ces injections peuvent être répétées tous les dix à quinze jours.

Jamais d'accidents sérieux n'ont été constatés à la suite des injections. Il se produit quelquefois de la douleur, mais elle disparaît rapidement. La tuméfaction dépend de la quantité de sang injecté; mais avec 15 centimètres cubes et en ayant soin de ne pas injecter souvent dans la même région, elle est très légère. Il survient quelquefois une urticaire assez violente, qui doit être attribuée aux toxines et qui disparaît en quarante-huit heures.

110 malades ont été traités par 314 injections. Il s'est produit 10 abcès, et de l'urticaire dans la proportion de 50 à 60 p. 100. Dans la phthisie laryngée, les résultats ont été nuls; dans les cas de cavernes, il y a eu quelques améliorations; mais, le plus souvent, l'état est resté stationnaire, et on n'a constaté qu'une guérison. Dans la bronchite tuberculeuse, les craquements ont disparu, et l'état général est devenu meilleur.

Sur 4 observations de granulie aiguë, il y a eu 3 morts et 1 très grande amélioration.

Quant aux tuberculoses externes, elles ont presque toutes subi une grande amélioration.

Péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie et guérie par les injections de sérum de chien. — M. PINARD lit, au nom de M. Kirmisson et au sien, l'observation d'un jeune enfant de trois ans et demi, qui était atteint d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique. Le ventre mesurait 69 centimètres au niveau de l'ombilic et une première ponction avait donné 4 litres et demi d'un liquide jaune louche. Quelques jours après la ponction, le liquide s'était déjà reproduit; la palpation ne donnait aucun renseignement.

M. Kirmisson pratiqua la laparotomie, le 22 avril, à la clinique Baudelocque; le liquide fut évacué, la cavité abdominale fut largement lavée avec une solution stérilisée saturée d'acide borique. Le péritoine pariétal et viscéral, l'épiploon étaient farcis de granulations tuberculeuses. Après ce lavage, le ventre fut refermé, il n'y eut, après l'opération, aucune suite immédiate, aucune réaction, mais le liquide se reproduisit. Six semaines après, M. Pinard pratiqua une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de sérum; à la deuxième injection, le liquide commençait déjà à se résorber, la guérison survint rapidement à la suite d'injections peu nombreuses. M. Pinard présente au congrès le jeune enfant, qui paraît jouir de la santé la plus florissante.

Des injections de sérum de chien chez les enfants nés de mères tuberculeuses ou atteints de faiblesse congénitale. — M. PINARD a appliqué sur les nouveau-nés le traitement imaginé par MM. Richet et Héricourt. Le 5 mars 1891, il injecte deux enfants nés avant terme de mères tuberculeuses. L'injection était de 1 centimètre cube, elle ne produit aucune réaction fébrile ou douloureuse, les injections furent répétées tous les deux jours. Les mères de ces deux enfants moururent de tuberculose, l'une le neuvième jour, l'autre le dix-septième jour après l'accouchement. Le premier enfant pesait 2k600 au moment de l'accouchement, dans les jours qui suivirent, il descendit à 2k300, mais, sous l'influence du traitement, il remonta rapidement à 2k680. Le deuxième enfant ne pesait, au moment de la naissance, que 1k530 : après être tombé à 1k200, il atteignit 1k520.

L'action bienfaisante de l'injection est immédiate, il se produit une excitation manifeste de la nutrition. Aussi, encouragé par ces résultats, M. Pinard applique-t-il ces injections de sérum à tous les enfants pesant moins de 2 kilogs au moment de la naissance et en état de faiblesse congénitale, qu'ils soient ou non nés de parents tuberculeux. Actuellement, l'expérience lui a démontré qu'il y avait intérêt à augmenter les doses, il les a élevées à 2 centimètres cubes; il rapproche également l'intervalle des injections; c'est ainsi que, dernièrement, un nouveau-né a reçu vingt-cinq injections de 2 centimètres cubes en vingt-cinq jours.

M. Pinard a traité, aujourd'hui, vingt et un enfants de la sorte,

il a dû enregistrer quatre morts; il ne veut pas se prononcer d'une façon définitive sur la valeur absolue de ces injections dans le cas particulier, mais il peut, dès maintenant, conclure qu'à côté de la couveuse et du gavage, méthodes si précieuses, il s'est ajouté un auxiliaire puissant.

Sur l'hérédité de la tuberculose. — M. VIGNAL. La tuberculose héréditaire est fort rare et dans ses expériences, en conformité avec celles de MM. Grancher, Nocard et Straus, en contradiction avec celles de MM. Martin et Landouzy, il lui a été impossible de constater la fatalité héréditaire de la tuberculose.

M. LANDOUZY conteste qu'il ait jamais proclamé l'hérédité fatale de la tuberculose. La transmission directe de la tuberculose par graine est fort rare, mais elle est possible, comme le prouve le fait de Birch-Hirschfeld. Il croit, quant à lui, qu'il existe des états dystrophiques transmis par les générateurs et qui font de leurs descendants des candidats à la tuberculose.

De la tuberculose héréditaire. — M. HUTINEL lit un travail qui n'est que la confirmation clinique des expériences de M. Vignal. Il admet comme certaines quelques observations récentes de tuberculose congénitale, mais il ne croit pas qu'elles soient fréquentes. Sur 102 enfants nouveau-nés, on n'a constaté à l'autopsie que 3 cas de tuberculose. Au bout d'un an, de deux ans, la proportion est beaucoup plus élevée. Cette particularité ne cadre pas avec l'idée de la tuberculose congénitale.

Sur 18000 enfants recueillis par l'Assistance, on n'a pu trouver que 16 tuberculeux. Or, la plupart sont des enfants de tuberculeux et, tout en ne considérant pas cette proportion comme absolument exacte, M. Hutinel en dégage la conclusion que la tuberculose est rarement héréditaire et que les mauvaises dispositions transmises par les parents se transforment par les conditions d'hygiène.

Transfusion du sang de chèvre dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. BERNHEIM a fait, depuis deux ans, l'autopsie de quarante-huit chèvres, sans jamais rencontrer aucun cas de tuberculose. Il a fait des injections intra-vasculaires de bacilles à quatre autres chèvres sans provoquer, chez elles, aucune lésion. D'où on peut conclure que la chèvre est naturellement réfractaire à la tuberculose et le devient difficilement par l'inoculation.

M. Bernheim, assisté de MM. Léopold Garnier et Henry Peltier, a fait un grand nombre d'expériences sur les animaux, pour prouver d'abord que la présence d'un sang étranger provenant d'un animal, dans la circulation d'un autre animal de même classe, mais d'espèce différente, n'est pas un danger pour le transfusé; tout le péril réside dans le manuel opératoire, absolument comme s'il s'agissait de transfusion entre animaux de même classe, mais d'espèce différente. — Les expérimentateurs ont cherché ensuite à rendre réfractaires à la tuberculose les lapins, en leur transfusant du sang de chèvre, et ont réussi en partie. Après ces expérimentations préliminaires, les auteurs ont appliqué leur méthode à l'homme.

Le manuel opératoire est des plus simples. A l'aide de deux trocarts réunis entre eux par un tube en caoutchouc fin, on met en relation l'artère carotide de la chèvre à la veine céphalique du patient. L'artère joue le rôle de pompe foulante (la pression veineuse est insignifiante et ne s'oppose pas à ce courant). On transfuse ainsi de 100 à 120 grammes de sang dans l'espace d'une minute. Les premières séances de transfusion doivent être très courtes et ne durer que 15 à 30 secondes.

Résultats obtenus jusqu'à ce jour : 2 chloro-anémiques ont été guéris par la transfusion du sang de chèvre; 7 autres malades, atteints de la tuberculose au premier degré ou au commencement du deuxième degré, peuvent être également considérés comme guéris, puisque les symptômes locaux de percussion et d'auscultation ont disparu, puisque l'état général est très satisfaisant et qu'on ne découvre plus, depuis trois mois, aucune trace de bacilles dans leurs crachats. Chez 4 autres malades, il y a eu une amélioration très sensible dans l'état général et l'état local; mais on trouve toujours des bacilles dans leur expectoration. Enfin deux autres phthisiques, traités par la transfusion, améliorés d'abord par cette intervention, sont retombés ensuite pour succomber quelques semaines après la dernière transfusion.

Dans un autre cas, un malade, arrivé au troisième degré de la tuberculose pulmonaire et à la période ultime de la cachexie, n'a pas supporté le premier temps de la transfusion. Dès que la canule fut introduite dans la voie céphalique, et avant même d'avoir eu le temps de recevoir 20 grammes de sang de chèvre, le malade fut pris de syncope, et, malgré des soins empressés (frictions alcooliques, respiration artificielle, électrisation), il ne put être rappelé à la vie. De quoi est mort ce phthisique? M. Bernheim l'ignore, car la famille, qui a refusé l'autorisation de pratiquer l'autopsie, lui a raconté que le patient était pris, depuis plusieurs semaines, de syncopes fréquentes et répétées. Certes, les observations ne sont pas assez nombreuses, et les faits ne sont pas d'une date assez éloignée pour lui permettre de tirer des conclusions définitives. Il croit, cependant, que la tuberculose, au début, à la période pré-bacillaire, peut être modifiée favorablement par la transfusion du sang de chèvre. Il est convaincu, en outre, qu'on pourra intervenir, en dehors de la tuberculose et de l'anémie, dans de nombreuses et variables affections. Après avoir cité les cas d'hémorrhagies survenues à la suite de blessures, d'opérations chirurgicales, de polypes, d'accouchement et de métrite fongueuse ; après avoir parlé des épistaxis rebelles, de l'hémorrhagie de certains viscères, de l'hémophylie, des intoxications du sang par les gaz délétères, de la cachexie paludéenne, on voit que le cadre de ce genre d'intervention peut s'étendre, et on est en droit d'affirmer que la transfusion du sang animal à l'homme peut devenir une méthode thérapeutique utile.

De l'hérédité de la tuberculose. — M. SAMUEL BERNHEIM. Quelle part doit-on attribuer à l'hérédité dans l'étiologie de la tuberculose ?

On est en présence de deux courants d'opinion : 1° d'une part, l'hérédité du germe ; 2° d'autre part, l'hérédité d'une prédisposition morbide.

Dans l'hérédité du germe, on doit tenir compte de la graine paternelle et de la graine maternelle. Suivant l'auteur de cette communication, il est impossible au spermatozoïde, noyau dur et très mobile, de se laisser pénétrer ou accompagner par le bacille tuberculeux, qui est un micro-organisme immobile.

La graine préexiste-t-elle dans l'ovule? Seul Baumgarten a trouvé, une seule fois, un ovule porteur d'un bacille, après fécondation artificielle d'une lapine par du sperme tuberculeux. Mais quel aurait été le sort du bacille et de l'ovule? Il est impossible de rien avancer à ce sujet. A moins qu'il n'y ait de lésions tuberculeuses du placenta ou des enveloppes de l'œuf, il est peu probable, suivant M. Bernheim, et d'autres expérimentateurs cités, que le fœtus soit infecté pendant sa vie intra-utérine. Les rares cas de tuberculose fœtale, qu'on a rapportés, ont été observés chez des femmes dont le placenta a été reconnu malade. Il s'agissait là d'une contagion directe et non pas d'une transmission héréditaire. La tuberculose des nouveau-nés est une preuve que, si l'enfant a été contaminé pendant sa vie intra-utérine, le bacille ne peut pas dormir à l'état de larve pendant des années dans cet organisme, et se réveiller plus tard pour jouer son rôle néfaste. Restent les cas de tuberculose infantile. A combien de causes de contagion sont donc exposés ces enfants, depuis leur naissance, depuis le moment même où ils ont pu être infectés par les sécrétions du vagin et de la vulve? Le nouveau-né tète un lait chargé de bacilles, les baisers de ses parents tuberculeux, le contact de tous les objets souillés qui l'entourent, sont autant de chances de contagion pour cet enfant. M. Bernheim a fait une série de recherches, en élevant des familles de lapins tuberculeux. Après chaque grossesse, il a éloigné immédiatement les rejetons nés de parents phthisiques, et placé ces lapereaux dans les meilleures

conditions d'hygiène et d'isolement. Jamais aucun de ces descendants de phthisiques n'est devenu tuberculeux. De même, l'auteur a pris l'observation sur un grand nombre de familles contaminées, et a examiné leur santé généalogique. Partout où l'éloignement de l'héritier a été immédiat et absolu, la transmission héréditaire n'a pas eu lieu. M. Bernheim arrive donc aux conclusions suivantes : 1° l'hérédité du germe n'existe pas dans la tuberculose ; 2° la prédisposition du terrain n'est pas plus spéciale aux tuberculeux qu'à tout autre sujet né d'une maladie diathésique ; 3° toutes les tuberculoses sont gagnées par la contagion. Et ces conclusions mènent aux mesures prophylactiques suivantes : Tout enfant né de parents tuberculeux doit être isolé et éloigné de ce foyer de contagion. En faisant connaître ces idées au public, on leur rendra certes plus de services qu'en leur recommandant une sélection dans les mariages et en leur défendant l'union avec un descendant de phthisiques qui, placé dans de bonnes conditions, est souvent et restera un homme absolument sain.

La séance est levée.

VISITE A L'HOTEL-DIEU

M. le professeur Verneuil, ayant reçu les membres du Congrès dans son service de l'Hôtel-Dieu, leur fait d'abord visiter ses salles : il s'arrête au lit de plusieurs malades atteints de tuberculose chirurgicale et fait remarquer les bons effets qu'il retire des méthodes de douceur, injection iodoformée, iodoforme pris à l'intérieur, surchauffage des tuberculoses des extrémités (poignet et pied).

Pour se rendre compte des effets de ce dernier mode de traitement, inauguré par M. Clado et lui, M. Verneuil conduit les membres du Congrès dans la salle de son service, réservée à cet usage ; l'on y voit successivement : une ostéo-arthrite grave du poignet, dont la guérison peut être considérée comme parfaite, alors que le membre avait paru fort compromis à l'entrée du malade à l'hôpital; une synovite fongueuse du médius de la main droite, traitée aussi par le chauffage, alors qu'on avait agité la question d'intervention radicale : le malade est en voie de guérison parfaite.

M. Verneuil montre le dispositif : il consiste en un four formé de briques superposées « comme font les enfants avec des dominos ». Ces briques sont, avant la construction du four, portées à une température élevée; une fois le four édifié, il est recouvert d'une boîte en fer blanc, laissant une ouverture pour passer le membre : cette boîte s'oppose aux déperditions de chaleur; on peut ainsi obtenir une température de 130 degrés et plus.

Le membre enveloppé d'ouate est introduit dans l'appareil ; les séances de chauffage durent une heure à une heure et demie; elles sont quotidiennes ; un malade a assuré que les premiers instants seuls étaient un peu pénibles, mais qu'il s'était vite accoutumé à cette température élevée.

Après avoir montré aux membres plusieurs résultats obtenus par cette méthode, M. Verneuil présente un cas d'hybridité syphilitico-tuberculeuse chez une femme atteinte de rétrécissement spécifique du rectum, chez laquelle il a dû intervenir par la rectotomie linéaire : la malade est guérie de l'opération et son état général fort amélioré.

A l'amphithéâtre d'opérations, décoré de guirlandes et de fleurs pour la réception des membres du Congrès, M. Verneuil fait une intéressante leçon sur les bénéfices que les tuberculeux peuvent retirer de l'emploi de l'iodoforme intus et extra ; il présente à ce sujet plusieurs malades intéressants :

Premier malade. — Mal de Pott. Énorme abcès par congestion de la fosse iliaque ; injection d'éther iodoformé. Guérison complète depuis plusieurs années. Ce cas offre un intérêt particulier, car l'injection a donné lieu à la chute de quelques gouttes d'éther dans le péritoine : douleurs vives, accidents de péritonisme, vomissements. Tout est rentré dans l'ordre et le malade est en parfait état.

Deuxième malade. — Mal de Pott. Abcès par congestion, saillant à la cuisse. Deux injections d'éther iodoformé. Guérison parfaite.

Troisième malade. — Tuberculose linguale chez une femme, avec tuberculose commençante des ganglions du cou et lésions des sommets. Iodoforme à l'intérieur (5 centigrammes), applications locales de glycérine iodoformée et de solutions étendues d'acide lactique. Guérison totale de l'ulcération. État général redevenu satisfaisant, disparition des ganglions du cou.

Quatrième malade. — Coxalgie ayant nécessité la résection de la hanche, puis un grattage suivi bientôt d'une nouvelle intervention à la curette. Récidive des fistules; traitement de ces dernières par les instillations iodoformées. Guérison rapide et durable des fistules. Bon état général.

Cinquième malade. — Tumeur blanche du genou chez un sujet de seize ans ; marche rapide de l'affection avec fistulisation ; on pense d'abord à pratiquer la résection du genou. On diffère quelque temps l'opération pour essayer le traitement par les injections iodoformées qui, comme dans les cas précédents, donnent une amélioration rapide à tel point que, peu de semaines après, les fistules ont disparu. Aujourd'hui, le sujet porte un appareil silicaté et est dans un état général et local parfait.

Sixième malade. — Tumeur blanche du pied ayant nécessité l'amputation de la jambe, récidive au niveau de la tête du péroné longtemps après la première opération. Nouvelle intervention à la cuisse. Malgré des lésions pulmonaires avancées, le malade, grâce au traitement post-opératoire par l'iodoforme, fait, sans fatigue, le service d'infirmier.

Septième malade. — Pleurésie purulente traitée, au début, par l'empyème, puis la résection de plusieurs côtes (l'observation *in extenso* a été publiée dans le dernier fascicule des *Études sur la tuberculose*). Fistule persistante. Amaigrissement. Lésions pulmonaires. Cachexie tuberculeuse. Iodoforme à l'intérieur; injections iodoformées dans la poche pleurale. Reprise de l'état général. Cet homme fait un métier assez dur et se porte relativement bien.

En terminant, M. Verneuil insiste sur ce fait, que beaucoup de malades guéris de leur lésion locale sont en imminence de péril ; il faut qu'ils suivent longtemps le traitement iodoformé, d'une façon continue ; de très petites doses, toujours bien tolérées, suffisent ; ce traitement si peu coûteux (cinq centimes par jour), si innocent et si facile à suivre, doit être poursuivi non dix mois, mais pendant des années : à cette seule condition, on peut promettre à ces malheureux une survie de longue durée.

Séance du 29 octobre (matin). — Présidence de M. Villemin.

DEUXIÈME QUESTION

DES ASSOCIATIONS BACTÉRIENNES ET MORBIDES DE LA TUBERCULOSE

M. Babès fait observer que, sur les cadavres, les viscères ne contiennent de microbes, vingt-quatre heures après la mort, que lorsqu'il s'agit de maladies infectieuses ou de maladies consécutives à des infections; on rencontre alors des streptococcus et un saprogène très fréquent, souvent unique. Dans les autres cas, même en été, sur 23 cadavres, 18 fois les viscères ont été stériles, dans les 5 cas, on trouvait des moisissures, des saprogènes et de gros staphylocoques.

Dans la tuberculose pulmonaire, on trouve dans les bronches le proteus, l'aureus, un streptococcus, des saprogènes. Il y a souvent dans les cavernes des pyogènes spéciaux ou des microbes produisant des hémorrhagies. Presque toujours, on trouve aussi un microbe lancéolé et le streptococcus pyogenes. Dans les arthrites, on retrouve ce dernier microbe associé à l'aureus. Dans certaines lésions cutanées tuberculeuses, on trouve les mêmes organismes que dans le poumon et en plus des bacilles pseudo-diphthéritiques. Dans la tuberculose génito-urinaire, on trouve souvent des saprogènes, ceux qui provoquent une ammoniurie

ou une infection hémorrhagique. Dans les cultures, ils produisent beaucoup de gaz et des substances volatiles. Dans les métrites et les salpingites, on trouve l'aureus avec des saprogènes.

Ces divers microbes ont été isolés et cultivés par M. Babès. Il a vu qu'ils peuvent souvent préparer le terrain au bacille tuberculeux. La tuberculose peut éclater sur un animal, ainsi inoculé au préalable, si on lui inocule ensuite des cultures tuberculeuses inoffensives pour un animal sain. L'action des produits solubles du bacille tuberculeux favorise aussi la généralisation du bacille. M. Babès a étudié particulièrement le saprogène qui, inoculé avec le bacille de Koch, produit une tuberculose à forme hémorrhagique. Il a constaté aussi qu'une tuberculose locale peut brusquement se généraliser sous l'influence de l'inoculation d'autres microbes : streptococcus par exemple.

M. HALLOPEAU recherche si les suppurations tuberculeuses supposent nécessairement l'intervention de microbes pyogènes auxquels les tissus, altérés par la tuberculose, offriraient un terrain favorable, ou si le contage tuberculeux suffit à les produire et, s'il en est ainsi, comment il faut comprendre l'action de ce contage. Les résultats des examens bactériologiques permettent d'affirmer, en toute certitude, que les abcès froids, les adénites suppurées et les empyèmes peuvent se produire en l'absence des microbes dits pyogènes. En est-il de même des suppurations lupiques? Une observation de MM. Hallopeau et Wickham est, à cet égard, pleinement démonstrative. Les bacilles provoquent très vraisemblablement ces suppurations, par l'intermédiaire des substances chimiques qu'ils engendrent. Les résultats des injections de lymphe de Koch ont apporté de nouveaux arguments en faveur de cette manière de voir. M. Hallopeau les a vues produire la suppuration dans des conditions très diverses ; or, cette lymphe est stérilisée ; son action ne peut être que purement chimique. Il est probable que les suppurations tuberculeuses sont dues à la production de substances semblables, par les bacilles, dans les tissus. Leur rareté dans le lupus s'explique par l'atténuation que présente, dans cette maladie, l'activité du contage ; il faut tenir aussi grand compte des différences de réaction individuelles.

M. LELOIR rapporte l'histoire d'une femme atteinte à la fois de lésions syphilitiques et tuberculeuses à forme lupique. Un des tubercules examiné histologiquement présente des caractères lupeux mélangés à ceux du tissu de granulome. On inocula ce tubercule qui donna des résultats positifs. Quelques mois plus tard, sous l'influence du traitement antisyphilitique, les tubercules s'affaissent. Histologiquement on trouva encore lescaractères du syphilome ; mais la partie granuleuse avait pris les caractères de tissu cicatriciel. L'inoculation donna des résultats douteux. Les anciens dermatologistes admettaient que le lupus peut être d'origine syphilitique. Les recherches de l'auteur peuvent faire penser que, dans certains cas, il peut y avoir adjonction de la tuberculose à la syphilis. Quant à la pathologie, on peut admettre que la lésion primitive a été inoculée par écoulement des foyers scrofulo-tuberculeux qu'elle présentait sur la lésion lupique.

M. OLLIVIER fait connaître plusieurs faits intéressants : un phthisique meurt dans une chambre, celle-ci est sommairement désinfectée. Peu de temps après, le local est occupé par une famille. Sur quelques membres se manifestent bientôt des phénomènes de tuberculose qui s'accentuent rapidement. Dans un autre cas, une loge de concierge est occupée par un phthisique qui y meurt; son successeur, quoique très vigoureux, y succombe bientôt. Donc une habitation occupée par un phthisique est contaminée et constitue un réel danger de contagion pour ceux qui l'habitent après lui. On observe les mêmes faits à la campagne chez des fermiers occupant des habitations contaminées. Mais la largeur plus grande des habitations, la vie presque tout entière au dehors, rendent les contagions plus rares à la campagne. Tout phthisique est donc un individu extrêmement dangereux, et il faut faire pour la phthisie ce qu'on fait pour toutes les maladies infectieuses. Les logements doivent être soigneusement désinfectés.

M. L.-H. PETIT. A la suite de l'épidémie d'influenza de 1889-90, le Comité de l'Œuvre de la tuberculose a pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de provoquer dans le corps médical une sorte d'enquête tendant à élucider la question de savoir quelle était exactement l'influence de la grippe sur la phthisie pulmonaire. En d'autres termes, de savoir si la grippe était capable, comme on le prétendait, de favoriser l'éclosion de la phthisie ou de l'aggraver quand elle existait déjà.

Dans ce but, une circulaire fut adressée, par la voie de la presse ou par lettres personnelles, au corps médical, avec prière de nous envoyer les observations relatives à cette question qu'on aurait pu recueillir. Les réponses furent rares. Néanmoins, celles qui nous parvinrent renferment des faits intéressants dont je vais donner l'énumération et qui paraîtront en entier dans le compte rendu de ce Congrès.

M. le docteur Leroy, professeur à la Faculté de médecine de Lille, nous a envoyé une observation intitulée : « Bronchite grippale; présence dans l'expectoration du bacille de Koch; évolution de la maladie comme une bronchite inflammatoire non spécifique; guérison. »

M. le docteur Maugin (d'Ablois) nous a envoyé 5 observations d'aggravation de tuberculose pulmonaire préexistante avec marche rapide, suivie de mort.

M. le docteur Guyot, médecin de l'École Monge, 2 observations d'aggravation de phthisie pulmonaire après la grippe.

M. le docteur Prioleau (de Brive), 3 éclosions, 5 aggravations.

M. le docteur Santiago Coberali (de Buenos-Ayres), 2 observations du même genre.

M. le docteur Daremberg a observé la grippe sur une centaine de malades, à Cannes. Grâce aux précautions isolatrices et désinfectantes qu'il avait recommandées à ses tuberculeux, 7 d'entre eux seulement ont été atteints.

Trois malades atteints de tuberculose ganglionnaire du cou n'ont pas été plus éprouvés que les autres influenzés, mais 4 tuberculeux pulmonaires ont vu leur état s'aggraver considérablement.

M. le docteur Courtin, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, a vu, dans sa pratique privée, 2 cas d'influenza ayant déterminé l'évolution rapide d'une tuberculose pulmonaire à laquelle les 2 malades ont succombé.

M. le docteur Célestin Compaired (d'Espagne) nous a fait parvenir 6 observations d'aggravation de la phthisie.

M. le docteur Page, vice-président de l'Académie de médecine de New-York et l'un des présidents d'honneur du Congrès, a observé l'éclosion dans 5 cas et l'aggravation dans tous les cas de phthisie antérieure, au nombre de 127.

MM. les docteurs Dubrandy (d'Hyères), Valenzuela (de Madrid), Gomot (de Lyon), Prosper Lemaistre (de Limoges) et Robinson (de Constantinople) nous ont aussi fait parvenir le résultat de leurs expériences.

La séance est levée.

Séance du 29 octobre (soir). — Présidence de M. Babès.

COMMUNICATIONS

Bacille de la tuberculose et agents de la suppuration. — **M. CORNIL** rappelle que M. Hallopeau, dans sa communication, a parlé des suppurations déterminées par le microbe de la tuberculose. Ces faits ne sont pas douteux, témoins les abcès froids. Mais le plus souvent, dans les abcès froids, on trouve des microbes étrangers à la tuberculose. M. Arloing a dit que la production de la suppuration du microbe de la tuberculose était en rapport avec son atténuation. C'est là un fait parfaitement exact et que prouvent surabondamment les recherches bactériologiques de M. Cornil. Il semble que la production de la suppuration soit favorable à la lutte des cellules migratrices contre les microbes. Il faut, dans tous ces faits, faire intervenir d'abord le microbe ou le virus, et, en second lieu, le terrain. Partout, la suppuration est, pour ainsi dire, un degré moins avancé de l'infection. M. Cornil rappelle les expériences qu'il a faites, en 1884, avec M. Babès, et

qui ont consisté à introduire dans le péritoine de cobayes des produits de tuberculoses cutanées. Ces injections ont déterminé, non pas des tubercules, mais bien des abcès du péritoine. Il y avait des bacilles multiples, mais la suppuration formait autour d'eux une barrière rendant les tissus plus résistants à l'invasion des bacilles. Il faut donc, dans tous ces faits, faire intervenir de grandes différences, non seulement entre les virus eux-mêmes, mais aussi entre les individus et les espèces.

Traitement de la tuberculose par les injections de sérum de chien. — M. **VIDAL** (d'Hyères) communique plusieurs observations de malades qu'il a traités par les injections sous-cutanées de sérum de chien, selon la méthode de M. le professeur Richet. Chez tous ces malades, il a obtenu de très notables améliorations; chez quelques-uns même, une guérison au moins temporaire. De ces faits, M. Vidal croit pouvoir conclure que les injections de sérum de chien sont un puissant moyen reconstituant de l'économie à l'aide duquel on peut entreprendre une lutte sérieuse contre la tuberculose. Le procédé opératoire consiste à injecter, dans le tissu cellulaire sous-cutané des fesses ou des lombes, une seringue pleine de sérum frais recueilli dans des ampoules de verre. Il faut prendre les plus grandes précautions antiseptiques et se servir de seringues à piston en moelle de sureau, chaque fois soumis à l'ébullition. M. Vidal n'a jamais eu d'accidents d'infection.

Des atmosphères médicamenteuses dans le traitement de la phthisie pulmonaire. — M. **TAPRET** fait connaître le résultat de ses recherches sur le traitement de la tuberculose par les inhalations de vapeurs créosotées.

Dès 1887, dit-il, lorsque pour la première fois je pris possession d'un service à l'hôpital Saint-Antoine, je me préoccupai de faire vivre mes malades tuberculeux dans une atmosphère créosotée humide qui fût l'analogue de l'atmosphère phéniquée, employée par Lister, pour les opérations chirurgicales. Dans une chambre spéciale, aussi bien close que possible, marchaient jour et nuit de grands pulvérisateurs chargés d'une solution hydro-alcoolique, aussi concentrée que possible, de créosote, et dans cette chambre les phthisiques vivaient d'une façon permanente. Je n'ai pas à insister ici sur les résultats obtenus par cette méthode; ils ont été consignés tout au long, en 1888, dans la thèse d'un de mes élèves, M. le docteur Lesquillon. Je dirai seulement que grâce à ces observations de toute une année, j'avais pu me convaincre à la fois de la réelle et sérieuse efficacité du traitement, et de l'insuffisance des moyens mis en œuvre.

Sans parler des difficultés matérielles de l'installation, il était évident que la créosote, mêlée aux vapeurs humides, devait être absorbée en grande partie avant d'arriver aux alvéoles pulmonaires; comme, d'autre part, nous étions obligés de modérer le jeu des pulvérisateurs, sous peine de rendre l'atmosphère irrespirable, la quantité de substance médicamenteuse qui arrivait jusqu'aux lésions pulmonaires était à coup sûr trop faible; nous n'avions que le bénéfice de la créosote absorbée et peu ou point d'action sur le terrain même du tubercule.

C'est alors que j'eus l'idée d'augmenter la pression de l'air, et pour le sursaturer de créosote et pour le faire pénétrer plus profondément dans les dernières ramifications bronchiques. Pour cela, je demandai la cloche qui avait servi aux expériences de Paul Bert sur l'anesthésie sous pression à l'hôpital Beaujon.

Le 21 mai 1890, la cloche était installée à Saint-Antoine. Depuis cette époque j'étudie le traitement ainsi modifié et ce sont ses résultats que je présente au Congrès.

L'appareil, vous l'avez vu fonctionner. Il se compose d'une cloche, d'un moteur et d'un système vaporisateur. L'air qui arrive dans la cloche doit être à la fois stérilisé et saturé de vapeurs médicamenteuses. Dans ce but, nous lui faisons traverser d'abord un barbotteur, contenant cinq litres de créosote pure, puis un autoclave rempli de copeaux imbibés de cette même créosote. Vous avez pu voir l'énorme surface de vaporisation qu'offrent ces copeaux; de plus, afin de porter au maximum la tension de la vapeur, ce qui revient à élever autant que possible son degré de saturation, l'appareil est maintenu constamment à la température de bain-marie et, fait à noter, malgré cela les vapeurs de créosote restent intimement mélangées à l'air, sans que jamais nous les ayons vues se condenser, ni sur les parois de la cloche, ni sur les vêtements des malades. Aussi, pouvons-nous admettre que, portées par l'air, les vapeurs médicamenteuses pénètrent au plus profond du parenchyme jusqu'aux parois des alvéoles pulmonaires, ce qui leur permet de jouer un double rôle, d'abord comme topique et, après absorption, à titre de médication générale.

Nos tuberculeux font un séjour de quatre heures dans l'atmosphère créosotée.

On met une demi-heure à atteindre la pression, le même temps est employé pour la décompression. Dès qu'on arrive à la pression voulue, un robinet d'échappement s'ouvre qui laisse passer une quantité d'air égale à celle envoyée par la machine. De cette façon, la tension dans l'intérieur de la cloche reste constante en même temps que la ventilation est assurée, que l'air se renouvelle constamment. En quatre heures, la pompe envoie 76 000 litres d'air et nous pulvérisons 100 grammes de créosote, ce qui fait un mélange au titre de 1/760e.

Est-il possible d'apprécier la quantité de créosote réellement absorbée? Non. Ce que nous pouvons évaluer d'une façon très approximative, c'est la quantité de créosote qui passe dans le poumon de chaque malade.

L'air inspiré par séance, en tenant compte de la stature de l'individu, suivant les expériences de Hutchinson, varie de 1 800 à 3 600 litres, ce qui porte de 2gr25 à 4gr50 la quantité de créosote qui passe dans le poumon de chaque malade.

Ce qui est certain, c'est que l'absorption est active; car, au début du traitement, au moment où nous tâtonnions pour trouver les conditions les plus favorables, nous avons pu nous convaincre qu'avec des pressions élevées qui reculaient le point de saturation de l'air, se produisaient des accidents d'intoxication : fièvre, diarrhée, congestion pulmonaire, indiquant la pénétration dans l'organisme d'une quantité trop considérable de créosote. Mais je dois dire que dans aucun de ces cas, pas plus que dans les autres du reste, nous n'avons constaté d'hémoptysie, même chez ceux qui en avaient eu antérieurement.

C'est depuis lors que nous avons choisi la pression à laquelle nous nous en tenons actuellement, variant d'un tiers à une demi-atmosphère, et qui ne nous a jamais donné aucun accident.

Nos malades, en effet, supportent admirablement le traitement; loin de se trouver incommodés pendant leur séjour sous la cloche, même ceux qui ont des quintes fréquentes cessent de tousser lorsqu'ils sont, depuis quelques minutes, dans l'appareil. C'est seulement en sortant qu'ils éprouvent une légère impression de froid et toussent un peu. C'est le froid — mais moins intense — accusé par les scaphandriers au moment où ils quittent leur appareil. Tous disent également que dans la cloche ils respirent avec plus de facilité. D'ailleurs, en nous enfermant avec eux, nous avons pu constater les divers phénomènes notés par Paul Bert, dans son ouvrage sur la pression barométrique, où il relate ses expériences avec mon ami, M. le docteur Regnard : ralentissement de la respiration, inspiration plus large et plus profonde, augmentation de la tension sanguine qui, de 18, peut monter à 21, manomètre de M. le professeur Potain (dénotée par des battements dans les tempes) et coïncidant avec un ralentissement marqué du pouls. Et à ce propos, nous avons observé que chez une certaine catégorie de phthisiques, qui ont habituellement de la tachycardie, de l'accélération du pouls sans fièvre, l'élévation de pression qui existe dans la cloche amène un soulagement immédiat plus prononcé, une amélioration plus rapide.

Pour terminer, j'ajouterai que, constamment, conformément encore aux expériences de Paul Bert, nos malades ont présenté une élévation du taux de l'urée indiquant une activité plus grande de la nutrition.

En regard de ces phénomènes physiologiques, quels sont les résultats thérapeutiques?

Dès les premiers jours la fièvre tombe, la toux diminue, la respiration est plus facile, les crachats beaucoup moins abondants perdent assez vite et complètement leurs caractères purulents, les sueurs nocturnes deviennent très légères ou même se suppriment tout à fait. En même temps, l'appétit revient, les malades engraissent. Plusieurs d'entre eux ont augmenté de 8 à 10 livres en quelques semaines. Quatre ont gagné 18 livres en trois mois.

Depuis les grandes chaleurs, quelques-uns, il est vrai, ont été un peu éprouvés. Ils ont eu, pendant les séances d'inhalation, des transpirations très abondantes, leur appétit a diminué; malgré cela, l'état général n'a pas souffert et ils ont continué à engraisser : ces malades vont actuellement aussi bien que leurs camarades de traitement.

Les modifications dans l'état des poumons n'ont pas été moins manifestes. Nous n'avions pas choisi les sujets, les prenant au hasard de la consultation. Il y avait parmi eux des tuberculeux à tous les degrés, mais tous avaient les deux poumons pris. Actuellement, sur les vingt et un cas traités, sept sont complètement guéris et ont quitté l'hôpital. Il y a quelques jours, j'ai pu vérifier la persistance de la guérison. Une des malades vient d'accoucher à terme et après une grossesse très heureuse.

Chez les autres, on constate encore quelques signes de bronchite plus ou moins manifeste; mais là même où existaient des cavernules multiples, on n'entend aujourd'hui que des sibilances, tout au plus des craquements suspects, ou des frottements râles. Quant à la richesse bacillaire des crachats, elle ne s'est pas modifiée également dans tous les cas. Chez ceux que nous considérons comme guéris, il n'existe plus rien; chez plusieurs autres, il faut des examens répétés pour retrouver dans les produits expectorés le germe de la maladie. Là où l'expectoration a cessé complètement, il n'y a évidemment plus d'élimination de bacilles. Quelques-uns, enfin, ont conservé des bacilles en assez grande abondance, mais ils ont éprouvé un changement de forme et de texture. Ils sont plus petits et comme granuleux, ne gardant leur coloration que par places, avec des segments clairs dans leur longueur. J'ajoute que tous ces examens ont été faits avec le plus grand soin par mon interne et ami M. Saboureau, élève distingué du laboratoire de M. Pasteur.

Si nous n'avons soigné ni granulie, ni phthisie caséeuse à marche rapide, en revanche nous avons trois observations de cavernes très étendues qui, aujourd'hui, sont manifestement améliorées. Et vous avez vu l'excellent résultat que nous avons obtenu dans un cas de phthisie avec grippe grave.

En résumé, nous pouvons dire que, dans les vingt et un cas qui font plus particulièrement le sujet de notre communication, la tendance consomptive a été arrêtée, les intoxications secondaires si redoutables ont disparu. Nos malades ont cessé d'être des phthisiques, un tiers d'entre eux sont guéris, tous les autres demeurent avec des signes de bronchite seulement suspecte et surtout avec des signes de pneumonie scléreuse et d'emphysème. Chez le plus grand nombre de ces derniers, les bacilles sont moins nombreux. Et, chose qui n'est pas à négliger, nos observations portent sur des malades d'hôpital, c'est-à-dire placés dans des conditions très défectueuses. Nul doute que chez les phthisiques ayant une meilleure situation sociale, l'amélioration se montrerait plus prompte et plus accusée. C'est, d'ailleurs, ce qui est arrivé pour trois personnes de la ville qui ont bien voulu se soumettre au traitement, et chez lesquelles la guérison a été très rapidement obtenue, et peut être, aujourd'hui, considérée comme absolument complète. Il nous est donc permis de conclure que les inhalations créosotées non seulement agissent sur l'état général, arrêtent la consomption, mais qu'elles entravent et quelquefois, je pourrais dire le plus souvent, guérissent la tuberculose. Elles ont, de plus, l'avantage de laisser intactes les voies digestives, ce qui permet d'adjoindre au traitement telle médication que l'on jugera utile, ce qui permet surtout la suralimentation, ce point capital du traitement de la tuberculose mis en lumière par M. le professeur Debove. Il va sans dire que nous n'entendons pas préconiser les inhalations créosotées à titre exclusif. Notre intention est de renouveler nos expériences avec d'autres antiseptiques en variant les pressions.

Si nous avons, de préférence, employé la créosote, c'est que, comme l'a dit M. le professeur Bouchard, elle est encore, et nos observations en sont une nouvelle preuve, le moins mauvais des agents que nous ayons à notre disposition pour lutter contre cette terrible affection.

Recherches sur la nature d'un lupus érythémateux. — MM. HALLOPEAU et JEANSELME. Le lupus érythémateux est-il ou non de nature tuberculeuse ? Un fait étudié par les auteurs peut contribuer à élucider cette question si controversée. Il s'agit d'un homme atteint simultanément, depuis son adolescence, d'un lupus érythémateux typique et de tuberculose ganglionnaire ; il a succombé à une tuberculose miliaire aiguë. Les résultats des recherches bacillaires et des inoculations, positifs pour les granulations miliaires et les adénopathies caséeuses, ont été complètement négatifs pour le tissu lupique ; cent quatre-vingt-dix jours après les inoculations, trois cobayes ont été trouvés indemnes.

Si ce fait était isolé, on ne pourrait en tirer aucune conclusion et les vraisemblances seraient même en faveur d'une simple coïncidence de lupus avec la tuberculose, car l'on a admis jusqu'ici que les produits tuberculeux sont constamment transmissibles par inoculation, mais en présence des relations étroites et presque constantes que la clinique permet d'établir entre la tuberculose et les différentes formes de lupus érythémateux, les conclusions doivent être différentes selon toute vraisemblance. Le lupus érythémateux, ou tout au moins l'une de ses formes typiques, est un produit de l'infection tuberculeuse ; s'il n'est pas inoculable, c'est parce que le contage y est très atténué. On ne doit plus, s'il en est ainsi, opposer aux faits cliniques les résultats négatifs des inoculations, le contage tuberculeux peut se modifier et évoluer dans l'organisme, sous une forme non transmissible aux animaux ; la victoire reste à la doctrine française, si bien défendue par M. Besnier : le lupus érythémateux typique n'est qu'une manifestation de la tuberculose atténuée à un plus haut degré qu'elle ne l'est dans le lupus vulgaire.

Traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées de créosote. — M. GIMBERT (de Cannes), depuis plus de cinq ans, applique au traitement de la phthisie pulmonaire et d'autres tuberculoses l'injection lente d'huile créosotée au quinzième. Il a établi que l'huile d'olive, rapidement acide après son extraction, peut être neutralisée par des lavages à l'alcool absolu; qu'une température de 110 degrés suffit à la stériliser; enfin, que la solution huileuse au quinzième de créosote vraie respecte intégralement la structure et les fonctions du tissu sous-dermique et peut être absorbée en toutes proportions et à des doses très élevées, si l'on a soin de la faire pénétrer avec lenteur.

Aujourd'hui, après avoir pratiqué plus de 3000 injections d'huile créosotée au quinzième, en ayant soin de n'en faire pénétrer par heure que 30 grammes, il se croit autorisé à ajouter la conclusion suivante :

« L'injection d'huile créosotée, employée suivant une méthode bien déterminée, peut, dans un grand nombre de cas, créer l'antisepsie de la tuberculose en évolution, c'est-à-dire détruire, supprimer les microbes variés et associés de la tuberculose et de la phthisie et leurs toxines et préparer des guérisons définitives ou apparentes. »

Procédé opératoire et préparations. — M. Gimbert continue à se servir de l'appareil qu'il a décrit en le modifiant suivant les circonstances, mais il insiste sur la nécessité de le bien stériliser avec une solution alcoolique de naphthol au centième. Il recommande aussi expressément de se servir de créosote pure, c'est-à-dire de créosote distillée entre 200 et 212 degrés, présentant une densité de 1080 et débarrassée de l'acide phénique qu'elle

contient. Cette créosote n'est pas indigeste; elle ne présente pas l'action irritante de la créosote du commerce.

Enfin, il insiste plus que jamais sur la nécessité de préférer à tout autre véhicule l'huile d'olive neutralisée et stérilisée, qui donne toute sécurité au point de vue des inflammations locales et permet d'injecter, sans accidents, des doses relativement très élevées de créosote.

Effets physiologiques. — Si l'on administre à un sujet sain 2 ou 3 grammes de créosote dissoute dans de l'huile stérilisée, on détermine un abaissement léger et éphémère de la température. Elle ralentit le pouls et la respiration. Elle excite le système nerveux et provoque l'appétit. Elle s'élimine rapidement et en masse par les voies respiratoires, moins par le rein et par la peau. Durant son passage à travers ces organes, elle ne cause aucune irritation.

La rapidité avec laquelle, durant l'injection, se perçoivent le goût et l'odeur du médicament injecté, fait prévoir l'intensité de son action sur l'appareil respiratoire. Il est probable que cette action s'exerce aussi sur les reins et même sur la peau.

M. Bouchard a aussi établi que la créosote a un pouvoir antiseptique indiscutable.

Effets thérapeutiques. — Quand on injecte 2 à 3 grammes de créosote à un malade, on provoque presque toujours une sensation vive de chaleur, la face se colore, la température du sang s'élève pendant quelques minutes, puis le front, la face, le corps se couvrent de sueur et aussitôt après le pouls, la respiration se ralentissent et la température baisse. Après un temps variable, tous ces troubles se calment, l'appétit s'éveille, une nuit très calme succède à une agitation légère, le malade éprouve un grand bien-être. Parfois, dans les cas apyrétiques, le plus souvent dans les cas fébriles, il arrive que, six heures après l'injection, le malade éprouve une sensation de froid, pouvant aller jusqu'au frisson et suivie d'un véritable accès de fièvre.

On peut diviser en trois phases l'évolution thérapeutique des phénomènes provoqués par l'injection d'huile créosotée. La première phase, dite de réfrigération, est caractérisée par une chute de la température, des sueurs et un ralentissement du pouls et de la respiration. La seconde, dite d'équilibre, correspondant au retour de la température à la normale; la troisième, dite de réaction, est provoquée par des modifications passagères du tissu pulmonaire et des élévations de température qui, dès qu'elles dépassent un degré, acquièrent une importance et une signification sur lesquelles il convient d'insister.

Cette réaction, qu'il ne faut pas confondre avec la fièvre tuberculeuse, est un phénomène thérapeutique provoqué par la créosote. Elle se présente souvent pendant l'évolution thérapeutique, elle est un effet de la créosote, quel que soit son mode d'absorption.

Cette réaction est caractérisée par une fluxion plus ou moins vive, fébrile, qui se fait dans les régions tuberculisées; elle en précise les limites. Ou constate, en effet, dès qu'elle se manifeste, des douleurs thoraciques, des râles bullaires variés, l'expectoration augmente, devient mousseuse, blanchâtre, puis jaunâtre, pour diminuer ensuite; la fièvre dure quelques heures, une journée au plus, puis elle s'éteint.

Après la crise, le poumon est moins encombré qu'au début du traitement. Les températures sont plus basses qu'auparavant, l'appétit est stimulé et le sommeil devient meilleur.

La réaction n'est donc point une poussée tuberculeuse; c'est une fluxion vitale fébrile que nous pourrions comparer à celle que fait naître un collyre antiseptique dans la conjonctivite purulente; elle en présente les symptômes et l'évolution et en aura donc les avantages. Sous son influence, en effet, se produit une diapédèse rapide, abondante, de leucocytes, de cellules épithéliales, de noyaux embryonnaires et des liquides normaux qui imprègnent et baignent les portions malades et où les bacilles et les ferments solubles se détruisent rapidement. Il en résulte une élimination des portions malades et un nettoyage des surfaces infectées.

La réaction contribue donc à éteindre progressivement le processus tuberculeux, mais il importe qu'elle soit toujours modérée; il est d'ailleurs possible de la réduire à son minimum et cependant d'atteindre le but que nous nous proposons, nous voulons dire l'antisepsie pulmonaire.

La réaction ne naît jamais brutalement lorsqu'on procède avec prudence et que le malade sait se soigner. Dans les formes apyrétiques, elle est annoncée par des élévations progressives et silencieuses de la température, que l'on ne peut apprécier que sur des tracés. Dans les formes fébriles, une surélévation de température d'un degré au-dessus des maxima habituels, en signale l'imminence. Dans les évolutions tuberculeuses, de moyenne intensité, la première réaction sérieuse doit se manifester pendant les quinze premières injections. Dans une médication bien conduite, elle sera des plus nettes et ne dépassera jamais 39 degrés pour des formes apyrétiques ou ne dépassant pas 38 ou 40 degrés, lorsqu'il s'agit des formes fébriles dans lesquelles la température du soir oscille entre 39 degrés et 39°5. D'autres réactions peuvent suivre cette première poussée; mais elles ne devront jamais égaler celle-ci en durée et en intensité; elles devront s'éloigner, au contraire, de plus en plus les unes des autres en s'affaiblissant, et enfin disparaître radicalement à un moment donné. C'est alors que l'on sera certain de voir le processus tuberculeux s'arrêter peu à peu dans son évolution. La réaction est donc comme le fil conducteur de toute bonne médication anti-tuberculeuse.

Voyons donc comment il convient de procéder en suivant les indications qu'elle nous fournit. Pour arriver à un résultat favorable, c'est-à-dire pour supprimer ou modérer les réactions, il faut connaître la résistance du sujet, son poids, ses forces, l'étendue des lésions, la marche de la maladie et surtout les évolutions de la température que l'on enregistrera toutes les deux, quatre ou douze heures, suivant que la maladie sera aiguë, subaiguë, apyrétique. Instruit par l'observation des caractères de la réaction, de son évolution future très probable, connaissant d'avance les rapports de ce phénomène avec la dose du liquide injecté, le jour ou les jours précédents, sachant, d'autre part, qu'il faut conduire l'injection de manière à arriver à l'accoutumance du sujet et à la tolérance, on recherchera la dose thérapeutique qui convient à la situation actuelle, quelques tâtonnements suffiront à la trouver. Dès lors, on tiendra le plus grand compte des oscillations nouvelles de la température et l'on augmentera ou diminuera les doses, on éloignera ou rapprochera les injections, suivant qu'il se produira des écarts plus ou moins grands entre les températures naturelles et les températures provoquées; enfin on aura soin, au début, de faire deux injections éloignées de deux ou trois jours ou des injections faibles tous les jours.

Quelle qu'ait été la durée du traitement, la guérison apparente ou durable se caractérise par les symptômes suivants :

Les sueurs nocturnes ont disparu de bonne heure, le plus souvent après une dizaine d'injections. La toux a diminué et l'expectoration est supprimée ou insignifiante, elle est devenue d'apparence catarrhale, et, dans un grand nombre de cas, on y cherche en vain les bacilles qui existaient au début du traitement. Les hémoptysies se sont arrêtées; elles sont même indéfiniment ajournées. Le poids augmente rapidement tout d'abord, l'appétit est devenu excellent, le sommeil régulier, les forces sont augmentées, la satisfaction morale très grande. Nous avons vu des malades engraisser alors de 4, 6, 10 kilogrammes dans un mois, puis il y a ralentissement et arrêt dans la progression; d'autres fois, il y a tout d'abord amaigrissement, ce qui n'est pas de très bon augure, puis, la progression ascendante s'établit; il y a des malades qui n'augmentent pas malgré l'amélioration des symptômes pulmonaires. Cela se voit chez les dégénérés ou les abdominaux, mais dans tous les cas heureux, l'augmentation de poids oscille entre 3 et 10 kilos.

Un phénomène non moins important à constater est la disparition de la fièvre. L'injection peut atténuer la fièvre du phthi-

sique par son action antithermique qui n'a qu'une valeur relative analogue à celle de l'antipyrine, mais elle peut l'éteindre par son action antiseptique.

Les fièvres modérées et intermittentes ne dépassant pas 38 degrés, disparaissent avec une grande rapidité. Les fièvres intermittentes persistantes simples, de 38 degrés, 38°5, sont, en général, plus rebelles.

Les fièvres tuberculeuses établies, de 39 à 40 degrés, nous ont paru absolument réfractaires au traitement. Par contre, les poussées fébriles aiguës, même de 40 degrés, dues à une crise pulmonaire ou pleuro-pulmonaire récente, peuvent être rapidement éteintes par l'injection.

On sait que les tubercules évoluent au milieu d'une gangue spléno-pneumonique décrite par M. Grancher et formée de débris de cellules épithéliales, de noyaux embryonnaires, de tissu de formation récente et fragile.

L'injection en détermine la résolution rapide. On peut la suivre à l'œil nu dans la laryngite infectieuse qui précède ou suit la phthisie pulmonaire; on peut la percevoir par l'oreille dans l'obstruction hémorrhagique qui suit l'hémoptysie, etc.

La résolution est accompagnée d'élimination; on perçoit nettement ce phénomène à la surface des cavernes où momentanément les râles de ramollissement augmentent par poussées successives, et le plus souvent apyrétiques; celles-ci sont suivies d'expectorations variables, puis, à un moment donné, ces poussées s'éteignent, la caverne se dessèche, elle se cicatrise et disparaît, alors même qu'elle avait préalablement la dimension d'un œuf de pigeon.

M. Gimbert fait suivre cette description des résultats cliniques qu'il a constatés, et il termine par les conclusions suivantes :

Conclusions. — 1. Dans un grand nombre de cas, l'antisepsie de la phthisie tuberculeuse du poumon créée par les bacilles spécifiques, les microbes de la pyohémie, de la septicémie et autres agents infectieux, ou par leurs toxines, est réalisable par l'injection lente d'huile créosotée appliquée suivant la méthode que nous venons de décrire.

2. Le signe de ce résultat est la tolérance des tissus malades pour les doses élevées de créosote, tolérance que les tissus sains présentent exclusivement.

3. Son gage est l'arrêt de l'évolution morbide localisée, la suppression de l'auto-infection interstitielle, le retour de l'embonpoint et de la vigueur.

4. L'antisepsie peut être réalisée par 30 à 200 injections contenant 30 centigrammes et 4 grammes de créosote maximum, suivant les âges et la qualité des sujets.

5. L'antisepsie n'est point la guérison, elle en est la préface; elle n'est vraie et définitive que lorsque du tissu scléreux remplace les tissus malades.

6. La vie, la nutrition pouvant seules faire de la génération cicatricielle, il en résulte que l'injection, qui a une influence provocatrice, mais non spécifique, sur la guérison définitive, doit être pratiquée longtemps d'après les indications fournies par la santé.

7. Le traitement peut durer dès lors six mois, un an et même davantage.

8. La guérison n'étant pas établie par la suppression des symptômes, il en résulte que nous ne pouvons considérer comme définitives que celles qui auront duré huit ou dix ans.

9. Cette antisepsie pulmonaire, toutes choses égales d'ailleurs, est très facile à réaliser avec la créosote lorsque la maladie est limitée et la santé générale conservée; on l'obtiendra facilement dans le premier degré de la tuberculose pulmonaire et dans le deuxième degré simple; elle sera très réalisable encore dans le second degré plus avancé et moyennement fébrile; elle sera parfois possible dans le troisième degré lorsque les lésions caverneuses seront localisées, entourées de tissu sain ou presque sain, et que la santé générale sera relativement bonne; elle deviendra très puissante dans certaines formes de pleurésies tuberculeuses ou de laryngite de même nature; enfin elle sera tout à fait illusoire dans la cachexie.

Coup d'œil d'ensemble sur l'usage thérapeutique de l'huile créosotée à haute dose, injectée sous la peau. — M. **BURLUREAUX** résume dans ce mémoire le travail de deux années d'études au lit du malade. Il ne fait qu'indiquer l'appareil dont il se sert pour faire ces injections, avec une lenteur voulue, la préparation qu'il emploie et qui est la solution au quinzième, d'après la formule du docteur Gimbert (de Cannes), les doses qu'il injecte et qui atteignent jusqu'à 200 grammes par jour. Mais il insiste sur les effets généraux, sur les indications et contre-indications, et sur les accidents, d'ailleurs rares et évitables, mais quelquefois inquiétants, que peut provoquer la créosote. Il considère le médicament moins comme un anti-bacillaire que comme un dynamophore, augmentant la résistance du terrain, et il en étudie avec soin les effets dynamogéniques. Sa conclusion est que la créosote employée à forte dose, quoique avec réserve dans certains cas d'intolérance, peut rendre d'excellents services dans le traitement des tuberculoses, ainsi que de certains catarrhes bronchiques, non tuberculeux.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE

ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 23 juillet 1891. — Présidence de M. E. Besnier.

PRÉSENTATION DE MALADES

Éruption érythémateuse et papuleuse de nature indéterminée. — M. **HALLOPEAU** présente de nouveau le malade qn'il a montré dans la dernière séance comme atteint d'une dermatose érythémateuse et papuleuse de nature indéterminée; l'éruption est partout aujourd'hui en voie de régression; cette évolution rapide est en faveur du diagnostic érythème papuleux formulé par M. Vidal; les caractères de la maladie ont été cependant très différents de ceux que l'on observe d'ordinaire dans cet érythème. En effet, l'éruption a débuté par le tronc et le visage; elle a offert la plus grande ressemblance, par places, avec celle du lichen plan; elle s'est accompagnée d'adénopathie généralisée.

On comprend, sous les dénominations d'érythème papuleux ou polymorphe, des dermatoses tellement distinctes par leurs caractères cliniques et leur évolution, qu'il est difficile de les rattacher à l'action d'une seule et même cause prochaine; il est probable que des maladies de nature diverse sont confondues sous ces dénominations.

Mycosis fongoïde. — M. **HALLOPEAU** montre un malade atteint de mycosis fongoïde. Il présente, en même temps que des tumeurs caractéristiques, des placards érythémateux qui, par leur disposition et surtout l'épaississement dermique dont ils s'accompagnent, appartiennent en propre à la période prémycosique.

Il n'y a pas de prurigo dans le mycosis, malgré l'intensité qu'y atteint souvent le prurit; ce fait peut s'expliquer par l'altération que présentent, en pareils cas, les papilles du derme. Ces papilles sont très vraisemblablement le siège de la congestion réflexe et de l'infiltration que provoque le grattage chez les sujets sains, donnant lieu ainsi à la formation des papules de prurigo; leur altération chez les sujets atteints de mycosis empêcherait le grattage d'y produire ces éléments éruptifs.

Le malade présente au prépuce une tumeur qui offre la plus grande ressemblance avec un chancre induré; elle n'en diffère que par l'aspect légèrement mamelonné d'une partie de sa surface.

Le malade présente des adénopathies multiples; elles sont rigoureusement circonscrites aux régions qui correspondent à des tumeurs. Elles ne sont donc pas, comme pourraient le faire supposer les cas dans lesquels elles sont généralisées, provoquées

par un trouble général de la nutrition qui se traduirait par des altérations du système lymphatique, en même temps que par une dermatose; ce sont, au contraire, des affections locales, directement subordonnées aux lésions cutanées.

Vergetures des membres inférieurs consécutives à une fièvre typhoïde. — M. DU CASTEL fait une communication sur ce sujet.

Vitiligo probablement symptomatique d'une maladie d'Addison. — M. ALBERT MATHIEU présente un malade atteint de vitiligo. La teinte pigmentée de la peau, en dehors des aires décolorées, est très marquée dans certaines régions, surtout au niveau de la partie inférieure de l'abdomen. Le scrotum et surtout la verge sont d'un noir foncé, comme si on les avait badigeonnés avec du nitrate d'argent. Le malade, qui est Italien, a eu la fièvre intermittente, il a travaillé dans une raffinerie : ce sont là deux causes de nature à augmenter la pigmentation excessive de la peau chez un sujet antérieurement atteint de vitiligo. Cependant, comme il y a des lésions tuberculeuses du sommet, et une faiblesse générale hors de proportion avec les phénomènes généraux et locaux, on doit penser à la maladie d'Addison, bien qu'il n'y ait ni vomissements, ni diarrhée, ni taches noires muqueuses palpébrale et buccale.

MM. VIDAL et **BESNIER** font des réserves sur l'existence, dans ce cas, d'une maladie d'Addison.

Excision du chancre syphilitique. — M. HUMBERT. Quand on pratique l'excision d'un chancre induré, on agit trop tard, après l'incubation, alors qu'il existe souvent de l'adénopathie. Vouloir supprimer la syphilis dans ces conditions, est une illusion peu logique. Il ne serait légitime d'exciser que si l'on pouvait enlever l'érosion qui a servi de porte d'entrée au virus syphilitique, immédiatement ou peu de temps après le coït infectant.

On prétend que la syphilis peut être atténuée par l'excision du chancre; mais on n'en juge guère que par la période secondaire. Or, une période secondaire très bénigne, très anodine, peut être suivie plus tard d'accidents tertiaires très graves, de gommes cérébrales, par exemple. La période secondaire ne mesure donc pas la gravité de la syphilis, et les exciseurs, lorsqu'ils parlent de syphilis atténuée, ne visent que la période secondaire.

Est-ce à dire que l'on doive renoncer à l'excision des chancres? non ; cette excision est un excellent moyen de traitement. Toutefois, il ne faut pas faire d'opérations trop larges, trop étendues.

M. RENAULT. Pour avoir une opinion sur la valeur de l'excision des chancres, il faudra une très longue période d'observation. Il faudrait des cas très nombreux suivis pendant un temps très prolongé.

M. BARTHÉLEMY. L'adénopathie consécutive existe au bout de la première semaine, non seulement dans l'aine, mais même dans la fosse iliaque, ainsi que le prouve une autopsie de M. Fournier. L'argument le plus sérieux qu'on ait donné pour l'excision, c'est la possibilité d'obtenir une auto-inoculation du chancre induré dans son voisinage même, pendant les premiers jours de son existence.

M. E. BESNIER croit qu'après la période d'incubation, il y a infection générale de l'organisme.

Érythromélalgie. — M. MOREL-LAVALLÉE. L'érythromélalgie est une maladie qui consiste dans la production aux extrémités, surtout aux pieds, d'une coloration rouge survenant par paroxysmes; elle s'accompagne d'une vive douleur. Ce complexus a surtout été bien décrit par Weir Mitchell. Chez une malade, M. Morel-Lavallée a vu l'érythromélalgie et l'asphyxie symétrique des extrémités, ou maladie de Maurice Raynaud, se succéder alternativement par une sorte de balancement.

Les crises de congestion rouge sont provoquées par la chaleur extérieure ou par la digestion. Il n'y a pas de troubles fonctionnels, pas de douleur, pas de chaleur mordicante. On voit donc faire défaut le symptôme douleur considéré comme indispensable par Weir Mitchell. Le terme d'érythromélalgie n'est donc pas très juste, et il vaudrait mieux dire : maladie de Weir Mitchell.

Habituellement, la congestion douloureuse se montre seulement aux membres inférieurs. Ici, les pommettes et les oreilles étaient également affectées.

Pseudo-pelade, avec plaques achromateuses et plaques hyperchromateuses. — M. ARNOZAN communique un fait de pseudo-pelade, avec plaques achromateuses et plaques hyperchromateuses. Il est comparable à celui que M. Hallopeau a publié récemment sous le titre d'angionévrose avec alopécie pseudo-peladique et troubles de la pigmentation : dans les deux cas, on a observé une chute des poils simulant la pelade, mais ne réalisant pas complètement ce genre d'alopécie, et des désordres de la pigmentation amenant la formation de plaques achromiques, avec coloration brune exagérée à l'entour des plaques ; dans les deux cas, les plaques décolorées recouvrent partiellement leur pigmentation normale à certains moments, et les poils repoussent blancs sur les plaques achromiques ; mais, chez le malade de M. Arnozan, on n'observe pas, comme chez celui de M. Hallopeau, l'anesthésie et des troubles vaso-moteurs ; on peut admettre, néanmoins, que le système nerveux joue un rôle important dans la pathogénie de cette affection ; elle mérite le nom de tropho-névrose.

Amputation spontanée des orteils par processus ulcéreux, térébrants, chez des syphilitiques. — M. VIENNOIS (de Lyon) rapporte deux observations de syphilitiques qui ont perdu plusieurs des orteils de l'un de leurs pieds par suite d'un travail ulcéreux et térébrant. Chez l'un d'eux, il y a eu des hémorrhagies abondantes ; il n'y aurait donc pas d'artérite oblitérante parfois invoquée pour expliquer les faits de ce genre. Le traitement spécifique a amené la guérison.

Lichen plan traité par l'hydrothérapie. — M. JACQUET. Le lichen plan est une dermatose des plus rebelles aux médications dirigées contre elle. Convaincu que cette maladie, éminemment prurigineuse, est d'origine neuropathique, que c'est une dermatoneurose, M. Jacquet a soumis à l'hydrothérapie une malade atteinte de lichen plan aigu. En quelques jours, sous l'influence de douches tièdes à 30 ou 35 degrés, terminées par une affusion froide, il a vu le prurit intense et l'excitabilité excessive de la malade disparaître ; le sommeil revint. Le lichen, lui-même disparut en un mois. Une récidive eut lieu ; traitée par les même moyens, elle fut également suivie d'une prompte guérison.

M. E. BESNIER fait remarquer qu'il ne s'agit pas là d'une pratique de hasard, mais d'un traitement raisonné. C'est dans l'intention de s'adresser à l'élément névropathique que M. Jacquet a eu recours à l'hydrothérapie. Guidé par la même idée, M. Besnier a employé, avec succès, l'antipyrine dans un cas de prurit sénile qui avait résisté à toutes les médications employées.

M. MOREL-LAVALLÉE. M Nitot a également donné avec avantage l'antipyrine dans l'urticaire.

M. A. MATHIEU a donné récemment l'antipyrine à dose élevée (4 et 5 grammes) à un malade atteint de diabète insipide qui présentait en même temps du prurit généralisé et l'ensemble de lésions qu'on dénomme prurigo. La polyurie ne fut pas modifiée, mais le prurit et le prurigo disparurent rapidement.

Zona. — M. BARTHÉLEMY a vu de l'atrophie musculaire survenir dans un cas de zona du bras.

Dans un autre cas de zona de la face, il survint une paralysie faciale complète. Comme il s'agit de nerfs séparés, l'un moteur, l'autre sensitif, cela fait penser à une action centrale. C'est un argument en faveur de la théorie de M. Landouzy qui considère le zona comme une maladie infectieuse.

M. BESNIER. La paralysie faciale n'est pas chose très rare dans le zona de la face.

Syphilide pigmentaire. — M. RENAULT. La syphilide pigmentaire décrite par M. Hardy consiste en une pigmentation

exagérée, en une teinte bistrée ou brunâtre de la nuque. Çà et là, on aperçoit sur ce fond coloré des taches blanches, souvent arrondies. Ces taches blanches sont caractéristiques de la manifestation en question, qui s'observe très souvent à Lourcine chez les femmes syphilitiques. La syphilide pigmentaire est contemporaine des accidents secondaires dans beaucoup de cas. Elle survient à l'insu des malades ; elle ne provoque, en effet, aucune sensation particulière. Comme ce sont les taches blanches qui sont caractéristiques, il serait juste de donner à ce symptôme le nom de leucodermie.

M. VIDAL. Il vaut mieux conserver la dénomination de syphilide pigmentaire, car la décoloration des taches blanches n'est qu'une apparence ; les recherches histologiques ont, en effet, démontré qu'à leur niveau, le pigment présentait une abondance normale.

M. BALZER. Contrairement à ce qu'on pense généralement, la syphilide pigmentaire ne s'observe pas exclusivement chez la femme. Elle n'est pas très rare chez l'homme ; même chez des gens vigoureux qui ont la peau rude et fortement pigmentée.

M. DE BEURMANN. Les femmes atteintes de syphilis secondaire ont souvent une coloration rouge particulière de la face, un facies pseudo-florissant, qui correspond peut-être à une sorte de poussée de roséole. Les syphilides pigmentaires sont peut-être la trace d'une poussée de ce genre vers la nuque, restée inaperçue du malade et du médecin.

Éruption bromurée polymorphe. — M. MARTY fait une communication sur ce sujet.

La prochaine séance aura lieu le 12 novembre.

— M. le docteur Thibierge, médecin du Bureau central, fera à l'hôpital Saint-Louis, pendant les mois d'août et septembre, un cours complet de dermatologie théorique et pratique. Tous les matins, à neuf heures, visite des malades, opérations dermatologiques (salles Alibert et Devergie).

Les mardis et vendredis, à quatre heures, leçon théorique et présentation de malades au laboratoire Alibert.

(La première leçon aura lieu le mardi 4 août.)

N.-B. Les personnes qui désireront suivre les cours de l'après-midi devront se munir d'une carte spéciale, délivrée par la Direction de l'hôpital.

Atlas de cystoskopie, par le docteur E. Burckhardt, privat docent de chirurgie à l'Université de Bâle. In-8°, 24 planches en chromolith. — Prix : 15 francs. — Basel, Benno Schwabe, éditeur.

Les antiseptiques. Étude comparative de leur action différente sur les bactéries, par les docteurs Rottenstein et Bourcart. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Des réformes à introduire dans la loi de juin 1838 et dans l'organisation des asiles d'aliénés, par le docteur H. Dagonet. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 90. — MARDI 4 AOUT 1891. 64e ANNÉE. MARDI 4 AOUT 1891. — Nº 90.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE. Questions diverses; — Discussion de la troisième question : « De l'hospitalisation des tuberculeux »; — Questions diverses. — De quelques nouvelles recherches sur la tuberculose expérimentale. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

(SESSION DE 1891)

Séance du 29 juillet (soir). — Présidence de M. BABÈS.

COMMUNICATIONS

Sur une complication générale, encore mal connue, de nature infectieuse du lupus vulgaire. — M. V. LESPINNE fait connaître les résultats d'une étude qu'il a faite sur ce sujet dans le service de M. Leloir, à Lille.

Alors que le lupus est en évolution, notamment dans la variété exedens, il se produit parfois, tout à coup, un ensemble de phénomènes pathologiques généraux qui pourrait faire croire à l'irruption d'une affection nouvelle.

Ce fait se produit surtout lorsque le lupus est en voie d'ulcération, soit que celle-ci dépende de la variété elle-même de lupus (lupus exedens), soit qu'elle ait été déterminée artificiellement (comme par le traitement chirurgical qui vient transformer un lupus non exedens en lupus ouvert ou exedens).

Il se produit tout à coup une ascension rapide de la température, de telle sorte que celle-ci peut atteindre, en quelques jours, jusque 40°4.

En même temps, le malade tombe dans un état général de prostration, un état pseudo-typhique qui pourrait faire croire à l'éclosion d'une fièvre typhoïde.

Du côté des muqueuses, état saburral, embarras gastrique et même diarrhée.

Au poumon, divers symptômes catarrhaux, très appréciables au stéthoscope, pourraient faire songer au début d'une tuberculose miliaire aiguë de cet organe.

Dans un cas, ces phénomènes généraux s'accompagnaient de manifestations du côté des séreuses et le malade fut atteint d'endocardite avec souffle.

Tous ces phénomènes font leur apparition presque simultanément et l'on est très surpris de trouver un malade qui, bien portant la veille, est abattu le lendemain par tous les symptômes que l'on vient d'énumérer.

Si on examine alors l'ulcération du lupus, on voit qu'il se produit en même temps des phénomènes locaux.

Si l'on examine l'état local du lupus, on assiste à l'apparition des phénomènes nouveaux.

Si le lupus exedens est en voie de cicatrisation, la guérison est enrayée. L'ulcération s'entoure de phlycténules soulevant l'épiderme qui l'entoure, le clivant; la suppuration se montre bientôt, l'ulcère augmente en superficie.

Le lupus peut être déjà cicatrisé; on voit, dans ce cas, l'ulcération reparaître dans la cicatrice, sous l'apparence d'abord de quelques petites phlyctènes ou pustulettes, confluant bientôt, puis s'étendant rapidement, d'une façon excentrique, en tache d'huile et couvrant toute la cicatrice : le lupus est rouvert. Chaque jour, si on n'intervient pas, l'ulcération augmente en étendue.

Dans le lupus non ouvert, tout se passe probablement dans la profondeur du lupome ou de ses prolongements, sans que la lésion tuberculeuse subisse de changement appréciable à la vue.

Que l'on intervienne alors d'une façon locale au moyen de parasiticides énergiques et, en particulier, au moyen des antiseptiques, l'état local s'améliore en même temps que l'état général d'intoxication se dissipe.

On est alors frappé de la rapidité avec laquelle la courbe thermique reprend son niveau normal, de même qu'on l'a été par l'ascension brusque du début.

Là où l'auscultation avait fait redouter l'apparition d'une granulie aiguë à marche rapide, on ne retrouve rien qu'une respiration normale ou presque normale.

Le malade sort de sa torpeur pseudo-typhique, l'appétit renaît et tout est rentré dans l'ordre. Seuls des phénomènes comme ceux de l'endocardite, ayant probablement déterminé des lésions d'ordre organique, témoignent de ce qui s'est passé.

Tels étaient les faits qu'a fait observer dans son service M. le professeur Leloir.

Etait-on en présence d'une dothiénentérie au début?

Était-ce plutôt le commencement d'une tuberculose miliaire aiguë du poumon?

Cet état général n'était-il pas produit par la résorption, au niveau de la plaie du lupus, de produits microbiens infectieux?

Telles furent les hypothèses que, à sa visite dans son service, M. Leloir exposa au premier jour de cette complication.

Le lendemain, devant les modifications de l'état local, l'apparition de phlycténules venant cliver l'épiderme, suivie de la formation de pus et de l'aggravation de l'ulcération, il se demandait s'il n'était pas plutôt en présence de phénomènes généraux d'intoxication.

La plaie ouverte du lupus étant un bon milieu de culture pour une foule d'agents pathogènes et, en particulier, pour les agents septiques, ceux-ci avaient pu s'y développer à l'aise.

En même temps, leurs produits de sécrétion, leurs toxines auraient pu se répandre dans tout l'organisme qu'ils auraient infecté.

L'infection de l'économie et la réaction de l'organisme pour éliminer ces produits microbiens, en même temps que cette élimination elle-même, auraient pu produire ces phénomènes géné-

raux. On était donc probablement en présence d'une intoxication par des produits microbiens.

Telle était l'hypothèse de M. le professeur Leloir.

La thérapeutique instituée en conséquence, traitement antisuppuratif de la plaie, vint donner un nouvel appoint à cette hypothèse et, au bout de peu de jours, le malade était de nouveau en voie de guérison.

Le même fait se reproduisit chez le même malade. En recherchant dans les belles observations, si bien classées, du service, on retrouva notés quelques faits analogues. M. Leloir voulut bien revoir les observations qu'il tient de sa clientèle privée et communiqua à M. Lespinne les cas qu'il expose.

Bientôt la lymphe de Koch fut expérimentée partout. Les phénomènes de réaction générale, comme l'observa, dans plusieurs services hospitaliers, M. Leloir (qui, lui, s'était refusé à injecter la tuberculine dans son service), se rapprochaient de ceux qu'il avait notés.

Après l'injection de tuberculine de Koch, l'on observait, comme dans les cas précités, une ascension thermique intense, un état général se compliquant souvent de phénomènes catarrhaux du côté des muqueuses et parfois de symptômes spéciaux du côté des séreuses; l'endocardite, par exemple, comme M. Leloir l'observa chez un malade injecté dans le service de M. Hallopeau.

Enfin, il y a quelque temps, parut une leçon de M. le docteur Landouzy, intitulée : « Fièvre bacillaire pré-tuberculeuse à forme typhoïde. Typho-bacillose » (1).

Dans cette leçon, l'auteur décrit un état général spécial simulant la dothiénentérie et ne pouvant s'en distinguer que par « certaines nuances symptomatologiques », telles que l'absence de taches rosées, la courbe thermique typique dans la fièvre typhoïde « à oscillations plus considérables dans la typho-bacillose et assez irrégulières d'un jour à l'autre ou d'une semaine à l'autre ».

Cet état général, d'après M. Landouzy, est produit par l'infection de l'organisme par des produits de sécrétion bacillaire du bacille de Koch. Celui-ci, en train d'évoluer (période d'invasion), ne manifestera son action néoplasique (période d'éruption), c'est-à-dire les lésions qu'il produit localement dans l'organe qu'il a attaqué, que quelque temps après, alors que l'état général aura même disparu. C'est pourquoi l'auteur qui la décrit appelle cette fièvre : fièvre pré-tuberculeuse.

Cette période d'invasion du bacille de la tuberculose peut précéder, de longtemps, la période d'éruption. D'autre part, l'agent pathogène peut borner à cette fièvre tous ses ravages, de telle sorte que, « de même qu'on peut être tabétique sans être ataxique », on peut être bacillaire sans être tuberculeux. La fièvre disparue, il est possible que toute manifestation d'action du bacille ait disparu également.

N'était-ce pas un état analogue que M. le professeur Leloir avait observé, plusieurs fois déjà, chez des malades atteints seulement de tuberculose tégumentaire?

Dans le cas de lupus cette complication avait ordinairement été suivie du développement des lésions produites par les agents de la suppuration, au niveau de l'ulcération lupique; celle-ci se transformait alors en une affection mixte, par l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration (2).

L'état d'infection générale était-il uniquement l'effet de la résorption de produits microbiens quelconques et, en particulier, de ceux des agents de la suppuration?

Ou bien, ces toxines provenaient-elles uniquement des agents spécifiques de la tuberculose tégumentaire, le bacille de Koch, toxines sécrétées, soit au niveau de l'ulcération, soit dans les prolongements que le lupome envoie profondément dans les tissus?

Enfin, l'intoxication était-elle produite par la résorption simultanée des sécrétions des agents de la suppuration et de celles du bacille de Koch?

Telles sont les trois hypothèses qu'émit M. le professeur Leloir.

En résumé : A. Il peut se produire dans le cours de l'évolution du lupus une complication générale spéciale, effet de la résorption, au niveau de l'ulcération lupique, de toxines microbiques.

B. Cette intoxication peut se manifester par l'ascension brusque de la température, avec état typhique, phénomènes catarrhaux des muqueuses et même phénomènes du côté des séreuses.

Cet état peut simuler le début d'une dothiénentérie ou d'une granulie miliaire aiguë.

C. Sitôt l'élimination de ces produits infectieux effectuée, la température revient à la normale, les phénomènes catharraux disparaissent. S'il y a eu des lésions des séreuses avec lésions organiques consécutives, ces dernières peuvent persister, témoignant ainsi de ce qui s'est passé.

D. Rien ne prouve que ces accidents soient suivis de tuberculisations effectives de viscères dans tous les cas.

On peut voir, en effet, dans les plus favorables, tous les symptômes s'amender peu à peu et disparaître complètement sans laisser aucune trace, et le malade guéri jouir dorénavant d'un état de santé parfaite.

Il peut se faire que, les complications complètement guéries, quelque lésion organique, produite par elles, persiste pour toujours.

Enfin, cette complication, due uniquement peut-être au bacille de Koch, peut devenir le signal de la période d'invasion de tout l'organisme par un agent n'ayant fait jusque-là que des ravages à la peau, tuberculose générale faisant suite à une tuberculose locale.

M. Lespinne lit l'observation d'un cas où cette fièvre infectieuse coïncida avec le début d'une tuberculose pulmonaire et péritonéo-intestinale qui amena la mort du sujet.

Il faut donc être réservé pour le pronostic *quo ad futurum*.

M. Lespinne cite plusieurs observations à l'appui de ces considérations.

La séance est levée.

VISITE AU VAL-DE-GRACE, DANS LE SERVICE DE M. BURLUREAUX

Les membres du Congrès se sont réunis jeudi matin, à huit heures et demie, au Val-de-Grâce, dans le service de M. Burlureaux, qui leur a montré plusieurs malades tuberculeux traités par les injections lentes, sous-cutanées, de hautes doses de créosote, selon la méthode de M. Gimbert. Plusieurs malades, en particulier un malade qui était atteint de péritonite tuberculeuse, plusieurs autres atteints d'adénopathies cervicales tuberculeuses ou d'orchites de même nature, ont été très notablement améliorés. Chez un de ces malades, le traitement par la créosote a coïncidé avec une poussée congestive pulmonaire grave, qui a mis sa vie en danger. Un autre fait intéressant est celui d'un soldat tuberculeux, qui a été au Tonkin, à Madagascar, et qui, depuis, présente des accès paludéens très intenses. Sous l'influence de la créosote qui lui a été administrée, en injections sous-cutanées, pour sa tuberculose, ces accès ont presque complètement disparu et, dans ce cas particulier, la créosote paraît avoir une action très supérieure à la quinine elle-même. En résumé, les faits intéressants que nous avons vus dans le service de M. Burlureaux, nous confirment une fois de plus dans cette opinion que la créosote, à hautes doses et en injections lentes sous-cutanées, constitue encore l'un des meilleurs traitements des différentes manifestations de la tuberculose.

---

(1) Landouzy. De la fièvre bacillaire pré-tuberculeuse à forme typhoïde. Typho-bacillose, *Semaine médicale*, 3 juin 1891.

(2) H. Leloir. Action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus vulgaire, *Journ. des mal. cut. et syphil.*

Séance du 30 juillet (matin). — Présidence de M. Villemin.

TROISIÈME QUESTION

DE L'HOSPITALISATION DES TUBERCULEUX

M. CH. LEROUX (de Paris) dit que, dans ces derniers temps, la question de l'hospitalisation des tuberculeux a subi un nouvel essor, et l'initiative privée est venue ajouter de nouveaux établissements à ceux déjà fondés. On compte aujourd'hui, sans parler des hôpitaux de Berck-sur-Mer, treize établissements maritimes, représentant un total de 1700 lits, bientôt nous pourrons dire 2500.

Les résultats généraux de l'hospitalisation des tuberculeux sur le bord de la mer sont les suivants : sur 4692 malades traités à Berck de 1869 à 1882, la proportion des guérisons a été de 70,7 p. 100. A Banyuls, sur 146 malades, il note 118 guérisons, 12 améliorations et 6 morts; 10 malades, repris trop tôt, n'ont pas été modifiés.

A Cannes, sur 51 scrofulo-tuberculoses traitées dans six saisons, il y a eu 38 guérisons, 6 améliorations, 2 états stationnaires, 2 décès.

Pour tous ces malades, la durée du séjour au bord de la mer a été prolongée; ces quelques chiffres suffisent à montrer que la proportion des guérisons se fait en raison directe de la longueur du séjour à la mer.

Les résultats particuliers à chaque groupe d'affections ne sont pas moins favorables.

Il est entre eux des différences qui tiennent, à son avis, aux différences apportées dans la durée du séjour de chaque malade. M. Vidal (d'Hyères) préfère les saisons courtes, les voyages répétés; M. Leroux est d'un avis contraire, et il s'appuie sur les statistiques de M. Cazin, qui démontrent, par une pratique de plus de douze années, que les séjours prolongés sont les meilleurs.

Toutes les catégories de malades tuberculeux ne sont pas au même titre justiciables du séjour maritime, et il est, sous ce rapport, des catégories à établir, des indications à poser.

Pour les scrofulo-tuberculoses, en général, le traitement maritime est de rigueur; il serait cependant préférable de prévenir que de guérir; il serait à désirer qu'on envoie aux bords de la mer les sujets débiles et prédisposés, plutôt que d'attendre que les manifestations soient franchement accentuées.

Pour les manifestations graves de la tuberculose, une place doit certainement être réservée; il en sera ainsi pour toutes les tuberculoses chirurgicales.

Il n'y a guère de contre-indications que pour les tuberculoses douloureuses, les maux de Pott aggravés, le lupus. Une contre-indication absolue réside dans la tuberculose pulmonaire ou viscérale. Ces malades sont du ressort des sanatoria de phthisiques et non des hôpitaux marins pour tuberculeux.

M. VIDAL (d'Hyères), au contraire de M. Leroux, est partisan du traitement court; au bout d'un certain temps, les enfants au bord de la mer ne gagnent plus. Si on les renvoie dans leurs foyers, sans doute ils perdent vite une partie du terrain gagné, mais il demande qu'on les lui renvoie à nouveau, et ainsi de suite.

Sa manière de voir tient aussi à la nature des malades qu'il voit; on ne lui envoie que les résidus des hôpitaux de Lyon, les malades absolument inopérables. Il demande, au contraire, que le sanatorium de Giens soit exclusivement réservé aux scrofulo-tuberculoses légères ou aux candidats à la tuberculose.

M. ARMAINGAUD (d'Arcachon) partage les idées de M. Leroux sur la nécessité d'un séjour prolongé des tuberculeux au bord de la mer. La croissance des enfants en poids au bord de la mer est si considérable dans les premiers mois de leur séjour, qu'elle s'atténue forcément au delà de certaines limites.

Mais de ce que le poids n'augmente pas indéfiniment, il ne faut pas conclure à un arrêt dans l'influence salutaire de l'air marin sur le malade.

M. LÉON PETIT (de Paris), au dernier Congrès, avait annoncé la fondation d'un hôpital spécial et gratuit pour les enfants tuberculeux. Aujourd'hui, l'œuvre d'Ormesson est établie, et il vient, au nom de son comité d'organisation, rendre compte de son fonctionnement :

« L'hôpital d'Ormesson a débuté, à la fin de 1888, avec douze lits; aujourd'hui, il en compte cent. Les pavillons qui le composent réalisent l'idéal de l'hygiène et de l'économie : la journée de malade revient au prix modique de 1 fr. 40.

L'administration de l'hôpital est faite par un comité constitué de hautes sommités médicales de Paris; les médecins sont les seuls administrateurs et les maîtres de l'hôpital, ce qui est déjà un progrès sensible.

Une société financière et un comité de dames patronesses s'occupent des questions financières.

Nous avons, à Paris, un dispensaire où s'adressent tous les malades qui désirent entrer à l'hôpital d'Ormesson : là une sélection s'opère entre les malades qui peuvent être traités sur place et les enfants dont la maladie ou la misère force l'entrée à l'hôpital. Ceux-là seuls sont envoyés à Ormesson.

Grâce à la libéralité d'un généreux donateur, nous avons pu créer, non pas un service, mais un hôpital d'isolement de vingt-cinq lits pour les maladies contagieuses.

Bientôt, enfin, nous serons propriétaires d'un terrain sur la Méditerranée, où nous enverrons nos enfants se régénérer à l'air marin.

La grosse question, qui s'est posée à nous, comme à tous ceux qui s'occupent de l'enfance tuberculeuse, c'est de savoir quoi faire d'un enfant, guéri par un séjour prolongé dans notre établissement. Le rendre à sa famille ? Et s'il n'en a pas ! Le rendre à la ville, et la misère détruira tout le bien obtenu.

Il faudrait plus, et arriver à supprimer la misère; voici la solution que nous avons acceptée : les enfants, que nous soignons, se laissent plus facilement diriger que des adultes : nous pouvons les orienter vers une profession, qui convienne à leur santé et les tienne éloignés de la ville.

Nous avons ainsi pensé qu'une ferme, une sorte de colonie agricole, établie au centre de la France, dans un climat parfait, comblerait le desideratum en occupant à leur sortie de l'hôpital nos enfants. Là, ils pourraient travailler selon leurs forces, et nous aurions ce résultat envié, de voir des tuberculeux guéris par la charité, et travaillant pour rendre à la charité le bien qu'ils en ont reçu.

Avant quelques semaines, le projet sera mis à exécution et il est à espérer qu'à l'époque du prochain Congrès, cette œuvre sera définitivement constituée. »

M. P. POIRIER, en son nom et au nom de M. Jonnesco, fait la communication suivante :

« L'ouverture des cavernes tuberculeuses est de date déjà ancienne. L'opération, condamnée, discréditée, a été reprise dans ces dernières années en Allemagne, en Italie, en Angleterre, etc. Elle reste très contestée et fort peu pratiquée.

Les raisons de cette défaveur doivent être cherchées dans les difficultés et les dangers des procédés opératoires, mis jusqu'ici en pratique.

Considérant, d'une part, que les tuberculoses accessibles sont en majeure partie guérissables, et, d'autre part, que l'influence fâcheuse de la rétention des produits tuberculeux dans les cavernes ne saurait être contestée, nous avons cherché un procédé simple, facile, pratique, de pénétrer sans danger dans les cavernes pulmonaires.

Nous ne parlerons ici que des cavernes qui occupent le sommet du poumon, de beaucoup les plus fréquentes.

Après avoir fait des recherches sur 20 sujets tuberculeux, voici le procédé auquel nous nous sommes arrêtés.

Notons d'abord : 1° que le premier espace intercostal a une moyenne de 2 centimètres ($22^{mm}4$) et qu'il est un peu plus haut du côté gauche que du côté droit; 2° que le tiers interne de la clavicule, seule, est thoracique, les tiers externes étant scapulaires; et que c'est au-dessous du tiers interne qu'il faut opérer, à distance des vaisseaux et nerfs sous-claviers.

Il faut reconnaître l'articulation sterno-claviculaire, dont l'interligne se creuse lorsque les épaules sont rejetées en arrière, et immédiatement au-dessous de la saillie, très manifeste, formée par le cartilage de la première côte.

L'incision commence sur le milieu du sternum, à deux travers de doigt (4 centimètres) au-dessous de l'interligne sterno-claviculaire ; elle suit le premier espace intercostal, si large sur une longueur de 9 centimètres ; faite au thermocautère, elle comprend la peau et le tissu sous-cutané. Le grand pectoral apparaît, très mince en cette région ; une sonde cannelée choisit et agrandit un interstice de ce muscle, dans l'écartement duquel on voit alors l'espace intercostal avec ses muscles.

Dans l'angle externe de la plaie, on peut quelquefois apercevoir la veine et l'artère thoracique antérieure, et, plus rarement, le bord supérieur du petit pectoral ; — dans l'angle interne, l'artère et la veine mammaire interne traversent l'espace à 1 centimètre du sternum sous les intercostaux ; — la partie moyenne de la plaie est libre sur une longueur de 6 centimètres environ.

Les muscles intercostaux étant divisés avec prudence par une incision parallèle à l'espace, la plèvre pariétale est à nu dans une large étendue.

Alors, le chirurgien se comporte différemment, suivant que les plèvres sont ou ne sont pas adhérentes.

Il est très facile de se renseigner à cet égard : dans le cas d'adhérence, la plèvre costale épaissie, rénitente, de couleur blanc mat, ne permet pas d'apercevoir le poumon sous-jacent ; dans le cas contraire, la transparence de la plèvre pariétale laisse voir les mouvements du poumon. D'ailleurs, en cas de doute, une aiguille fine et aseptique peut être enfoncée : le mouvement, l'immobilité de son extrémité libre prononce pour ou contre l'adhérence.

S'il y a adhérence, et c'est l'ordinaire en cas de caverne tuberculeuse, le thermocautère ouvre largement la caverne. Quelquefois, on sera obligé de traverser une épaisseur notable de tissu pulmonaire farci de tubercules, avant d'arriver à l'excavation ; on devra alors diriger l'instrument un peu en arrière et en haut, parallèlement à la face inférieure de la première côte, pour gagner l'extrême sommet du poumon, lieu d'élection.

S'il n'y a point d'adhérences, on provoquera leur formation et l'ouverture de la caverne sera remise à quelques jours, à moins que l'on ne préfère suturer les deux plèvres pour ouvrir immédiatement.

L'opération ne demande que quelques minutes, elle paraît d'une simplicité qui étonne, elle n'offre aucun danger. Sur vingt sujets, elle nous a conduit vingt fois dans les cavernes.

L'analyse des observations publiées et nos recherches personnelles nous ayant appris que les cavernes apparaissent fréquemment à l'extrême sommet du poumon, dont la pointe vient affleurer le col de la première côte, nous avons voulu déterminer un procédé qui permît d'accéder à ces cavernes, que l'auscultation localise dans le tiers interne de la fosse sus-épineuse.

Cette voie postérieure est moins facile et moins ménagère que l'antérieure. L'incision qui va de l'apophyse épineuse de la septième cervicale (proéminente) à l'angle supérieur et interne de l'omoplate comprend la peau et le trapèze adhérent. Les bords étant rejetés de côté, il suffit alors d'écarter les fibres du rhomboïde pour apercevoir le tiers postérieur de la deuxième côte, qu'il est utile de réséquer sur une longueur de 4 centimètres. C'est l'affaire de deux coups d'une pince bien coupante, après toutefois que l'on aura détaché le nerf et l'artère intercostaux sous-jacents. La plèvre apparaît. Dans notre esprit, cette voie postérieure doit être réservée à certains cas spéciaux. La voie antérieure, courte et facile, permet d'ailleurs un meilleur drainage.

Nous n'avons point parlé de résection costale : c'est que cette manœuvre nous paraît compliquer sans avantages le manuel opératoire d'une intervention qui est et doit rester simple et économe. C'est un drainage qui permet l'évacuation, la désinfection des cavernes et l'introduction d'agents modificateurs.

Dans ces conditions, l'opération peut être pratiquée par tous et il n'en peut résulter, semble-t-il, que des avantages.

Nous avons relevé 25 cas d'ouverture de cavernes tuberculeuses : les résultats sont : 15 améliorations de l'état local et général ; 4 guérisons ; 9 sans résultat ; 1 dont le résultat n'est pas indiqué. Encore faut-il dire que, dans la plupart de ces cas, le chirurgien avait eu recours à une opération compliquée avec résection costale.

Nous concluons seulement ceci : on peut, par une opération facile, n'offrant aucun danger, évacuer le contenu des cavernes tuberculeuses, les désinfecter et donner un accès direct aux agents modificateurs. »

M. CH. SABOURIN (de Vernet-les-Bains) a eu l'occasion de traiter un certain nombre de malades du sanatorium du Canigou par la cure d'air des montagnes.

Malgré les conditions défectueuses de l'hiver dernier, il peut affirmer que les neuf dixièmes des tuberculeux se trouvent mieux par le temps froid, dans un climat sec, que par les temps doux.

A Vernet-les-Bains, les malades vivent, comme partout, de la vie d'hôtel ; à part les heures de repas, la journée se passe complètement dehors, quelque temps qu'il fasse.

Le matin, vers neuf heures, les malades s'installent à la cure. Celle-ci se fait dans des vérandas munies de vitrages. Les patients passent le jour couchés sur des chaises longues, avec des boules d'eau chaude aux pieds, et des couvertures sur les épaules. Jamais ils ne reçoivent directement les rayons du soleil ; la cure se fait donc à l'ombre.

Dans la chambre, la fenêtre, qui n'a pas été fermée le jour, reste ouverte la nuit plus ou moins largement.

Ce genre de vie est imposé aux malades pendant trois, quatre, cinq et six mois ; la cure a été maintenue pendant les jours où la température descendait à 6 ou 7 degrés au-dessous de 0. La fièvre vespérale n'est pas une contre-indication.

Sous l'influence du traitement, l'agitation disparaît, l'appétit revient ; le besoin de régurgitation s'atténue. La fièvre persiste chez les fébricitants, mais on note la disparition de tous les malaises qui accompagnent ordinairement l'accès de fièvre.

Ces faits ne sont pas nouveaux ; en les vulgarisant, M. Sabourin voudrait convaincre et persuader les hésitants ou les timides.

M. DUBRANDY (d'Hyères) dit que l'aération continue, c'est-à-dire vie à l'air libre, le jour, ventilation permanente de la chambre à coucher, la nuit, ne saurait prétendre à constituer le traitement unique et spécifique de la tuberculose, mais il constitue un auxiliaire très important des diverses médications, la meilleure ne saurait s'en passer.

L'application systématique de cette méthode était en germe dans l'emploi de ce moyen hygiénique dans diverses autres maladies ; ainsi Chambret, en 1814, guérissait ses typhiques en les plaçant dans des salles dépourvues de croisées ; pendant la guerre de Crimée, Félix Jacquot et Cambray brisaient les carreaux de vitre de l'insalubre hôpital de Péra, qu'encombraient nos soldats atteints de typhus ; et si les stations hibernales sont justement recommandées aux poitrinaires depuis des siècles, c'est uniquement parce qu'elles offrent les meilleures conditions pour la cure d'air.

Il est juste, cependant, de reconnaître que, jusqu'à ces dernières années, on n'y appliquait pas la méthode de l'aération permanente, c'est-à-dire à la fois diurne (grand air), nocturne (croisées entr'ouvertes), et je ne m'empresserai pas moins de reconnaître que les établissements spéciaux de l'Engadine, Davos, Falkenstein, etc., ont engagé les médecins français à poursuivre cette voie féconde.

Les essais entrepris dans le Midi par MM. Nicaise et Onimus (à Nice), à Paris, par MM. Debove, Dujardin-Beaumetz, Oulmont, Constantin Paul, Moizart, etc., ont d'abord établi ce fait d'une importance capitale, que l'emploi de la méthode (en ce qui concerne la ventilation nocturne) n'exigeait pas de toute nécessité des dispositions architecturales toutes particulières ; des fenêtres-

balcons suffisent, telles que la plupart de nos maisons modernes en possèdent, et elles ne seraient pas difficiles à installer dans les anciennes. Ce qu'il faut encore, c'est le lit convenablement placé par rapport à la croisée ; un feu doux, l'hiver.

Dans mes observations, le thermomètre n'a jamais été au-dessous de 11 degrés, alors que la température extérieure atteignait 1 et 2 degrés au-dessous de 0, etc.

M. Dubrandy ajoute quelques considérations sur la supériorité des stations hibernales maritimes sur les stations d'altitude, comme répondant davantage aux principales indications des formes les plus ordinaires de la phthisie.

La séance est levée.

Séance du 30 juillet (soir). — Présidence de M. Verneuil.

COMMUNICATIONS

Action de certaines substances chimiques produites par le bacille de la tuberculose. — M. BABÈS croit que l'action du bacille de la tuberculose repose surtout sur la production des substances toxiques. Il a essayé de les isoler en même temps que des substances vaccinales, et a suivi la voie ouverte par Cristmas, MM. Roux et Yersin, Brieger et Frænkel, qui ont réussi à obtenir, par la précipitation dans l'alcool, des cultures filtrées, ou, par dialyse, des substances toxiques et, en partie, vaccinales, et il a répété ces recherches en appliquant les méthodes très simples indiquées pour d'autres microbes.

Les produits que l'on obtient par ces méthodes sont évidemment complexes, et renferment une grande proportion d'albuminoses provenant des milieux de culture qui ont servi pour obtenir la précipitation des vraies substances actives sur la nature desquelles nous ne savons rien, et que nous pouvons seulement classer, d'après leur action, parmi les ferments solubles, sans rien préjuger de leur composition. Il en est de même des substances actives que l'on peut tirer des tissus tuberculeux ou des cultures de bacilles.

M. Babès a cherché, avant même la communication de Koch, à tirer des cultures de la tuberculose des substances analogues à celles qu'on peut obtenir par la culture d'autres microbes. Son procédé a été essentiellement le même que celui de Koch. Il a essayé de vacciner et de traiter des cobayes et des lapins avec des substances de provenance aviaire et ses tentatives ont été en partie encourageantes.

En poursuivant ces recherches, il a constaté une grande analogie entre la tuberculine aviaire et la tuberculine d'origine humaine. Il est, en effet, à remarquer que des microbes d'espèces assez différentes produisent des substances solubles analogues, tandis que, dans d'autres cas, une variété peu stable d'un microbe donne souvent des produits tout différents.

Il serait donc prématuré de profiter de l'analogie de certaines substances solubles tirées des cultures de la tuberculose aviaire avec les substances tirées de la tuberculose humaine, pour identifier les deux microbes, malgré les propriétés communes que présentent ces deux espèces, telles que leur résistance à l'action des décolorants et la faculté de produire des tubercules.

Leurs cultures, en effet, possèdent des caractères tout à fait distincts, et il faudrait pouvoir comparer tout l'ensemble de nos connaissances sur le microbe de la tuberculose pour conclure à l'unité des deux tuberculoses. Cette tendance à confondre, en s'appuyant sur des bases insuffisantes, des microbes différents, ne peut que produire de la confusion et a toujours empêché les progrès de la bactériologie. MM. Cornil et Babès ont signalé, les premiers, les différences assez grandes qui existent entre ces deux microbes, et ces faits ont été confirmés et précisés par Koch et, dernièrement, par MM. Straus et Gamaleïa.

L'extrait concentré glycériné ou bien le précipité alcoolique des cultures de ce microbe ont, en effet, la même action thermogène, sur les cobayes et les lapins, que la tuberculine de Koch.

De même que pour la tuberculine, M. Babès a pu constater une faible atténuation de l'effet thermique et toxique par le précipité dans l'alcool. Cette atténuation s'accentue encore plus si on purifie le précipité alcoolique avec le chloroforme et l'éther, et l'on obtient ainsi, comme l'avait montré Klebs pour la tuberculine humaine, une substance peu nuisible même à doses assez fortes, tandis que la substance soluble dans le chloroforme est souvent très toxique et peut, dans quelques cas, même à doses faibles, tuer avec des convulsions les cobayes inoculés.

Il est à remarquer que les oiseaux (poules et pigeons) supportent une quantité remarquable du remède sans élévation constante ou appréciable de température. Il signale ce fait que, chez deux poules sur vingt-six, il s'est développé une tuberculose aviaire aiguë après l'inoculation répétée de petites doses de tuberculine de Koch, ce qui s'explique vraisemblablement par la recrudescence de petits foyers calcaires qui existaient dans leur foie.

La tuberculine humaine et la tuberculine aviaire agissent souvent d'une façon énergique sur les bovidés sains ou tuberculeux ; on ne peut donc pas employer cette réaction pour le diagnostic de la tuberculose. Chez l'homme, au contraire, l'action de la tuberculine peut donner des renseignements sur l'existence d'une tuberculose, mais ce procédé n'est, d'ailleurs, pas inoffensif.

M. Babès a également pratiqué le traitement de Koch sur des malades atteints de tuberculose, mais avec des doses très faibles, et il a vérifié l'action thermogène et la production d'une réaction locale.

En comparant cette fièvre et la réaction locale avec celles qui sont produites chez les lépreux, il a constaté une différence essentielle chez les lépreux : la réaction fébrile est ordinairement retardée de douze à vingt-quatre heures et la réaction locale, quoique souvent extrêmement violente, se produit seulement plusieurs jours après la réaction fébrile.

En employant des doses faibles dans le traitement de la tuberculose humaine, il a pu éviter la fièvre, tandis que la réaction locale se produisait encore.

De ces essais se dégage ce fait, que la réaction fébrile n'est pas strictement liée à l'action locale et à l'action sur le système nerveux, produites par la tuberculine.

En poursuivant les recherches pour isoler des substances thermogènes de la substance spécifique phlogogène, il faut espérer qu'on arrivera à isoler, des cultures de la tuberculose, les substances nuisibles et d'autres substances thérapeutiques ou vaccinales.

Tuberculose spontanée du chien. — MM. CHANTEMESSE et LE DANTEC présentent les pièces anatomiques d'un chien qui a succombé à l'évolution spontanée de la tuberculose. La face, les reins, les différents organes abdominaux étaient remplis de tumeurs mollasses d'apparence sarcomateuse. L'examen bactériologique et l'inoculation démontrèrent que ces masses étaient de matière tuberculeuse, elles étaient formées de cellules embryonnaires vivantes et étaient très riches en bacilles de la tuberculose.

Il est donc inexact de dire que le chien possède un sérum qui lui donne l'immunité contre la tuberculose. Non seulement le chien peut devenir tuberculeux à la suite des inoculations de laboratoire, mais il peut contracter spontanément cette maladie. M. Chantemesse se demande en terminant si ce n'est pas l'apparence sarcomateuse des lésions qui a jusqu'ici égaré l'opinion scientifique.

Recherches expérimentales sur l'inoculation des produits scrofulo-tuberculeux et en particulier du lupus vulgaire. — M. LELOIR dit que c'est à la pathologie expérimentale que nous devons la première démonstration de la nature tuberculeuse du lupus vulgaire, que les recherches cliniques et anatomo-pathologiques de Volkmann, de M. Besnier, Friedlander, Köster, MM. Leloir, Cornil, Renaut, etc., avaient fait supposer sans pouvoir l'établir d'une façon absolue.

En 1881, M. Leloir obtint des inoculations positives et il put

affirmer que le lupus vulgaire doit être considéré comme une des variétés de la tuberculose cutanée.

Il faut, lorsqu'on inocule des produits scrofulo-tuberculeux, en particulier le lupus, employer le cobaye et inoculer cet animal d'après la méthode intra-péritonéale ou d'après sa méthode mixte (hypodermo-épiploïque), qui permet tout d'abord d'obtenir une tuberculose locale hypodermique se généralisant ultérieurement. Si l'on veut employer le lapin, il faut inoculer cet animal dans la chambre antérieure de l'œil. Enfin, il faut avoir soin d'inoculer non pas de petits, mais de gros morceaux.

M. Leloir a en effet constaté que les résultats négatifs, obtenus en inoculant des portions de tissu lupeux, provenaient de ce que le morceau était trop petit. Le fait n'a rien qui doive surprendre si l'on tient compte de la minime quantité de bacilles qui se trouve d'ordinaire dans le lupus vulgaire.

La tuberculose de la chambre antérieure de l'œil du lapin est, en général, évidente au bout d'une quinzaine de jours.

En général, lorsque l'inoculation intra-péritonéale du cobaye est bien faite, l'animal est nettement tuberculeux au bout de six semaines à deux mois; il l'est certainement au bout de deux à quatre mois, sauf dans des cas exceptionnels où il faut attendre de deux à six mois.

Certains lupus peuvent produire rapidement (en 3 à 4 semaines) une tuberculose étendue chez le cobaye (inoculation intra-péritonéale). Ils peuvent déterminer la tuberculose du lapin et du cobaye par inoculation sous-cutanée (2 cas sur 200 cas). Ces lupus sont anormalement riches en bacilles et se rapprochent des tuberculoses franches du tégument.

Une série d'expériences ont démontré que la tuberculose viscérale du cobaye résultant de l'inoculation du lupus dans le péritoine de cet animal ne prend pas à la première série, même malgré une attente prolongée de sept à huit mois, quand on l'inocule dans l'hypoderme du lapin.

Cela tient évidemment, d'une part, à ce que le lapin est plus réfractaire à l'inoculation tuberculeuse que le cobaye, comme y a, à juste raison, insisté M. Arloing, mais cela tient surtout à ce que l'hypoderme en général constitue un mauvais milieu de culture pour le virus scrofulo-tuberculeux. Mais, ces mêmes produits lupeux, inoculés chez le lapin dans un milieu de culture favorable (la chambre antérieure de l'œil du lapin), donnent la tuberculose à cet animal. D'autre part, le lupus inoculé dans l'hypoderme du cobaye ne donne pas la tuberculose à cet animal, tandis qu'inoculé dans le péritoine, bon milieu de culture, il produit presque infailliblement la tuberculose. Mais chose importante, des morceaux de viscère tuberculeux du cobaye (première série), rendu tuberculeux par inoculation intrapéritonéale de lupus, ne donnent pas la tuberculose, si on les inocule sous la peau d'un autre cobaye, malgré une attente de plusieurs mois (10 cas).

Cette tuberculose lupeuse est peu virulente, puisqu'elle ne peut prendre ni chez le lapin ni chez le cobaye, dans un milieu où prend d'ordinaire la tuberculose franche, c'est-à-dire dans l'hypoderme.

Bien plus, malgré son passage dans l'animal (péritoine du cobaye), cette tuberculose n'accroît que très difficilement sa virulence.

Il existe donc, entre la tuberculose franche et la scrofulo-tuberculose du lupus, une différence très prononcée. La tuberculose franche prend partout en général, comme l'ont démontré les travaux de MM. Villemin, Chauveau, Conheim, Arloing, Koch, Cornil, Verneuil, Babès, etc., le lupus ne prend que dans certains milieux appropriés.

Le lupus est donc une tuberculose locale.

Mais cette variété de tuberculose présente quelque chose de spécial. En effet elle n'arrive pas à tuberculiser le lapin, à moins que l'on inocule cet animal dans la chambre antérieure de l'œil. Elle n'arrive pas à tuberculiser le cobaye, à moins que l'on inocule cet animal dans le péritoine ou d'après la méthode dermo-épiploïque.

En outre pour réussir il faut inoculer de gros morceaux de lupus.

Enfin cette tuberculose consécutive à l'inoculation de produits lupeux évolue lentement.

Le lupus doit donc être considéré comme une tuberculose tégumentaire peu virulente, peu riche en agents pathogènes, en général distincte de la tuberculose vulgaire classique par ses caractères spéciaux qui peuvent se résumer ainsi :

Petit nombre de bacilles ; nécessité d'inoculer dans un milieu favorable ; nécessité d'inoculer un animal favorable; lenteur de l'infection de l'animal.

Ces caractères spéciaux, ce peu de virulence de la variété de tuberculose tégumentaire désignée sous le nom de lupus vulgaire dépendent-ils, seulement, de ce que le lupus renferme peu de bacilles? Faut-il au contraire admettre, comme M. Arloing semble vouloir le supposer, que la scrofulo-tuberculose, dont le lupus est une des branches, est occasionnée par un virus spécial ou tout au moins distinct du virus tuberculeux ordinaire par les qualités de sa virulence ?

Les faits observés portent plutôt à admettre que le lupus doit être considéré comme une tuberculose peu virulente, mais en somme comme une tuberculose.

La question semble se réduire à une affaire de quantité de virus et non à une affaire de qualité, de virulence moindre du bacille de Koch. Toutefois il n'est pas absolument certain, dans l'état actuel de la science, qu'il n'y ait pas aussi une différence de qualité, de virulence moindre.

Quelques expériences entreprises il y a plusieurs années semblent démontrer qu'avec le même produit tuberculeux l'on peut, par inoculation, obtenir des effets dissemblables, suivant que le produit virulent est dilué ou non.

Ici les résultats obtenus rappellent — par la lenteur de l'évolution de la tuberculose, la nécessité d'inoculer de grandes quantités de substance, de les inoculer à un animal de choix, dans un milieu approprié — ceux que l'on obtient en inoculant des produits scrofulo-tuberculeux. Là au contraire, le même produit tuberculeux inoculé à l'état pur donne lieu aux phénomènes que l'on observe lorsqu'on inocule la tuberculose vulgaire classique.

La tuberculose tégumentaire pourrait, au point de vue de la virulence, se classer ainsi, en suivant une progression croissante dont le lupus serait le terme le moins virulent et la tuberculose franche des muqueuses et de la peau le terme le plus virulent : lupus, gommes scrofulo-tuberculeuses, tuberculose cutanée des téguments.

M. NOCARD. Dans les scrofuloses du porc, on trouve, comme dans le lupus, des tissus extrêmement pauvres en microbes, et l'on ne tue que très lentement le cobaye avec ces produits scrofuleux; ce n'est qu'après avoir fait des passages des cobayes aux lapins qu'on arrive à tuer rapidement ceux-ci. Ce fait constitue un argument à l'appui de ce que vient de dire M. Leloir au sujet du rôle que joue la quantité de microbes dans la question de virulence.

M. ARLOING n'a pas étudié le lupus d'une façon spéciale, mais il a déjà fait une longue série d'expériences se rapportant aux différentes formes de tuberculose chirurgicale qui, dans les inoculations faites par la voie sous-cutanée, lui a toujours montré des différences essentielles avec la tuberculose viscérale. Pourquoi, en présence des effets différents produits par le microbe, ne parler que de la question de quantité, et ne pas faire intervenir la question de qualité, en admettant que le bacille de la tuberculose s'atténue, puisqu'on admet que tous les autres microbes s'atténuent? Pour son compte, il croit qu'il existe toute une gamme de tuberculoses chirurgicales de virulences différentes ; il y en a qui ne tueront pas tout d'abord le lapin, et qui sont susceptibles d'acquérir une virulence plus grande, laquelle leur permettra de tuer le lapin, après deux ou trois passages sur le cobaye.

M. VERNEUIL pense que les différences d'effets des inoculations des produits tucerculeux peuvent être attribuées à la quantité des microbes et à l'intensité du poison. Il ne croit pas qu'on puisse invoquer la quantité seule, puisque, dans les abcès froids

ou dans les fongosités articulaires, par exemple, il ne se trouve pour ainsi dire jamais de bacilles, et cependant, tous les cobayes inoculés deviennent également tuberculeux, sans qu'on puisse établir aucune distinction entre les résultats d'inoculations de pus sans bacilles ou de pus avec bacilles.

M. **LELOIR** fait observer que non seulement le lupus ne prend ni sous l'hypoderme du lapin, ni même sous celui du cobaye, mais que la tuberculose du cobaye, consécutive à une inoculation de lupus (première série), ne prend ni sous l'hypoderme du lapin ni même sous celui du cobaye. Enfin, les tubercules du cobaye rendu tuberculeux par inoculation du lupus renferment très peu de bacilles.

Donc, en ce qui concerne le lupus, l'on ne peut pas dire que l'on distingue la scrofulo-tuberculose de la tuberculose franche, par ce fait que la scrofulo-tuberculose n'est pas inoculable au lapin (elle l'est dans la chambre extérieure de l'œil de cet animal), qu'elle est inoculable dans l'hypoderme du cobaye, tandis que la tuberculose franche est inoculable aux deux animaux.

En ce qui concerne le lupus, une des variétés de la scrofulo-tuberculose tégumentaire, cette opinion n'est pas acceptable.

Tous ceux qui ont étudié le lupus savent combien il faut pratiquer et examiner minutieusement de coupes avant d'arriver à trouver quelques très rares bacilles tuberculeux.

Il faut parfois pratiquer jusqu'à quarante, cinquante, voire même quatre-vingts coupes pour trouver un seul bacille.

M. Verneuil a-t-il pratiqué des coupes aussi nombreuses dans les parois de ses abcès froids et y a-t-il, après un examen histologique minutieux, constaté l'absence de bacilles?

M. **CORNIL** croit devoir faire observer que l'on ne peut pas dire toujours si un liquide renferme ou non des bacilles de la tuberculose, car il peut y avoir des spores, s'il n'y a pas de bacilles; tout ce que l'on peut dire, après un examen microscopique de liquides tuberculeux, c'est qu'on n'a rien pu y trouver; mais on ne peut affirmer qu'il ne s'y trouvait rien.

Traitement chirurgical de la tuberculose du testicule. — M. **HUMBERT** préconise, au sujet du traitement des tuberculoses testiculaires, une méthode complètement opposée à celle que paraissent avoir adoptée la plupart des chirurgiens; il la résume ainsi : Ne jamais attendre pour intervenir chirurgicalement; ne jamais pratiquer d'opérations partielles, et surtout éviter la castration, soit précoce, soit tardive. Indépendamment de l'action que la castration peut avoir sur la généralisation de la tuberculose, il faut songer que, bien souvent, pour ne pas dire dans la généralité des cas, après l'ablation d'un testicule, l'autre se prend, et alors on en arrive à une castration double. A la castration, il préfère de beaucoup, dans les cas où l'épididyme et le testicule sont entièrement pris, la destruction complète à la curette, après incision de la tumeur au thermocautère. On conserve la gangue cellulaire péri-épididymaire, la tunique vaginale épaissie, et il reste, après la cicatrisation, un noyau qui suffit à donner l'illusion d'un testicule, ce que M. Verneuil a si ingénieusement appelé un « testicule moral ».

M. **VERNEUIL**, depuis vingt ans, a condamné la castration comme une opération détestable, et il n'en est plus à compter les faits où l'ablation du testicule détermine une généralisation tuberculeuse. D'ailleurs, en enlevant un testicule tuberculeux, on n'a pas la prétention d'enlever un foyer bacillaire unique; puisque, 80 fois sur 100, lorsque l'on pratique le toucher rectal, on trouve la prostate ou les vésicules séminales atteintes par la tuberculose.

Pseudo-tuberculose du lièvre. — MM. **MÉGNIN** et **MOSNY** ont eu l'occasion d'étudier des lésions tuberculeuses, disséminées dans tous les organes, chez des lièvres décimés par une épidémie de nature indéterminée. Il ne s'agissait pas, à proprement parler, de tubercules, mais plutôt de nodules purement inflammatoires, sans cellules géantes et sans cellules épithélioïdes. Les colorations habituelles n'ont jamais réussi à déceler la présence de bacilles dans les coupes. En revanche, il a été possible de cultiver un bacille qui, par des inoculations chez des cobayes, a toujours reproduit chez ces animaux une maladie identique à celle des lièvres dont il provenait. Ce bacille, dont les extrémités se colorent très bien sur les préparations, tandis que le centre se colore très mal, est un aérobie pur qui se cultive très bien sur agar, sur gélatine et sur bouillon peptonisé.

L'estomac des phthisiques. — M. **MARFAN.** La nécessité d'assurer une bonne nutrition, chez les tuberculeux, donne un grand intérêt à la connaissance des troubles gastriques de la phthisie. Il faut étudier successivement : 1° la dyspepsie commune des phthisiques; 2° les formes initiales de cette dyspepsie; 3° la gastrite terminale.

1° La dyspepsie commune est caractérisée par la diminution de l'appétit, par divers malaises gastriques qui suivent l'ingestion alimentaire, par des éructations et des régurgitations fétides ou acides, par la toux gastrique (c'est-à-dire celle qui suit le contact des aliments avec la muqueuse de l'estomac), par les vomissements qui succèdent à la toux gastrique. Ces deux derniers symptômes, toux gastrique et vomissement, sont sous la dépendance de l'irritabilité anormale du nerf vague qui a, sur son trajet, deux organes qui souffrent, le poumon et l'estomac.

Quant aux autres troubles gastriques, ils sont sous la dépendance d'un affaiblissement de la motricité stomacale (dilatation) et de la sécrétion du suc gastrique (hypopepsie avec ou sans fermentations putrides).

Ces deux modifications, insuffisance motrice et insuffisance sécrétoire, ne sont pas l'effet d'une lésion stomacale; elles sont indépendantes de la fièvre. Il est probable que c'est l'empoisonnement par les toxines de la tuberculose qui trouble et affaiblit les fonctions stomacales et que la dyspepsie des phthisiques est une dyspepsie toxique.

2° Dans la plupart des cas, la dyspepsie commune s'établit d'emblée; elle se développe, soit en même temps que les phénomènes qui annoncent la localisation pulmonaire, soit un peu après.

Mais, dans d'autres cas, son apparition est précédée de troubles gastriques d'une nature différente, caractérisés cliniquement par une gastralgie plus ou moins vive, et chimiquement par l'hyperpepsie de MM. Hayem et Winter (hyperchlorhydrie de M. Germain Sée; hyperacidité des Allemands). Ce syndrome gastrique hyperpeptique est très souvent antérieur au développement de la lésion pulmonaire; c'est lui qui correspond à la dyspepsie prétuberculeuse de Bourdon. Cette hyperpepsie prodromique, notée par l'auteur, a été observée avant lui par M. Klemperer et MM. Hayem et Winter. Elle s'accompagne toujours de dilatation gastrique. Elle est d'ailleurs inconstante, ne dure pas très longtemps après les débuts des lésions pulmonaires et fait place à l'hypopepsie de la dyspepsie commune. On peut interpréter cette phase gastrique prodromique de deux manières. On peut considérer la dilatation avec hyperpepsie comme la conséquence du processus tuberculeux, processus commençant avant l'éclosion des granulations pulmonaires; ou bien admettre qu'il n'y a entre les troubles gastriques et le début de la phthisie qu'une simple coïncidence. Dans cette dernière hypothèse, les dilatés hyperpeptiques seraient surpris par la phthisie, appelée peut-être, comme le pense M. Bouchard, par le trouble nutritif qui résulte du trouble de la digestion stomacale.

3° A la dernière période de la maladie, lorsqu'il existe de grosses lésions cavitaires du poumon, on voit parfois les phthisiques dyspeptiques présenter, du côté des voies digestives, des phénomènes nouveaux qui indiquent le développement d'une gastrite. Parmi ces phénomènes, il en est trois auxquels l'auteur attache une valeur diagnostique considérable : une langue rouge vif, d'apparence vernissée, dépouillée comme à la suite d'une scarlatine; une anorexie profonde; une diarrhée persistante qui s'explique par la coexistence habituelle de la gastrite et des lésions intestinales.

Quant à l'histologie de cette gastrite, l'auteur n'ajoute presque

rien à la description qu'il en a donnée en 1887, description qui a été vérifiée, dans ses points essentiels, par Schwalbe (de Berlin) et Rousseff (de Genève). Cette gastrite est vraisemblablement, comme la dyspepsie commune dont elle constitue, en quelque sorte, l'expression la plus élevée, la conséquence de l'intoxication tuberculeuse, à laquelle s'ajoute peut-être l'action des toxi-infections, si fréquentes à la dernière période de la phthisie.

On ne peut fixer à l'avance ni le régime, ni les remèdes qui conviennent à l'estomac des phthisiques. Chaque malade a sa formule gastrique qui peut varier suivant la période du mal. C'est tantôt le traitement de l'hyperpepsie, tantôt celui de l'hypopepsie, tantôt celui de la dilatation de l'estomac, tantôt celui des fermentations putrides, qu'il faut mettre en œuvre. La suralimentation n'est légitime que lorsque le suc gastrique n'est pas trop insuffisant.

La seule indication thérapeutique spéciale à la dyspepsie des phthisiques, c'est celle qui découle de la fréquence des vomissements; celle-ci nécessite l'emploi des anesthésiques de l'estomac parmi lesquels l'auteur place la créosote en solution faible, le menthol et l'eau chloroformée.

Contagiosité de la tuberculose par les aliments des phthisiques.— M. SCHOULL (de Tunis), frappé de faits de contagion de la tuberculose, observés chez les animaux, a entrepris les expériences suivantes : il nourrit, depuis deux mois, deux jeunes chats (de six semaines, au début de l'expérience) avec des restes d'aliments de tuberculeux à la période de ramollissement; un troisième chat, du même âge (chat témoin), reçoit une alimentation ordinaire; des deux chats en expérience, l'un est pris de diarrhée depuis dix jours environ et maigrit beaucoup, il est triste, son poil se pique (1); le deuxième n'a pas encore de diarrhée, mais devient maigre aussi; le troisième est fort bien portant et gagne du poids.

La contagion par les aliments est facile à expliquer : les tuberculeux crachent, et leur salive retient au passage bon nombre de bacilles qui se logent un peu partout dans la bouche, et peuvent se fixer sur les aliments auxquels goûte le malade. Son collègue, M. Arnaud, voulut bien rechercher le bacille dans la salive des phthisiques et, sur cinq recherches, il l'a trouvée toujours en quantité assez notable, même chez une malade à qui M. Schoull avait fait rincer soigneusement la bouche avant de recueillir la salive, et qui ne présentait pas la moindre carie dentaire.

Or, qu'arrive-t-il dans la vie courante? Chez les familles pauvres surtout, où la tuberculose est si fréquente, on sert au malade des aliments choisis; le tuberculeux n'a pas d'appétit, en général : il goûte aux mets qu'on lui présente, et est rassasié. Pour ne pas perdre des aliments « si fortifiants », on donne les restes aux personnes de la famille, aux enfants : il n'en faut pas davantage, et c'est là peut-être qu'on doit chercher l'explication de cette extension toujours croissante de la tuberculose humaine, malgré les progrès de l'hygiène, malgré les précautions prises contre l'infection par les crachats, à qui la contagiosité par les aliments vient peut-être terriblement en aide.

La séance est levée.

DE QUELQUES NOUVELLES RECHERCHES

SUR LA TUBERCULOSE EXPÉRIMENTALE

Par M. le docteur I. BRUHL, ancien interne des hôpitaux.

Le problème de la tuberculose, si complexe jadis, devenu si simple grâce à la découverte du bacille pathogène, semble, depuis quelques années, se compliquer de nouveau. Des expérimentateurs de haute valeur sont arrivés à des conclusions discordantes : ces divergences ont amené un certain malaise scientifique, d'autant plus justifié, que, il faut bien le reconnaître, la lumière n'est pas encore complètement faite sur l'interprétation de ces divergences. MM. Nocard et Roux, en conseillant l'addition de glycérine aux milieux nutritifs, nous ont enseigné une précieuse méthode pour la culture du bacille de Koch. M. Yersin a étudié les effets pathogènes des cultures obtenues par ce procédé et a observé que l'injection intra-veineuse du produit de ces cultures déterminait, chez le lapin, une forme spéciale de tuberculose, caractérisée par l'absence de tout tubercule apparent. Nous sommes loin des altérations classiques de la tuberculose, telles que nous les connaissons depuis les recherches de M. Villemin, confirmées et corroborées par les travaux de Koch.

A quoi pouvaient tenir ces divergences? Devait-on incriminer une exaltation de la virulence du microbe, due peut-être à l'addition de glycérine au milieu de culture? Nous verrons qu'il n'en est rien. Il importe de rappeler ici les intéressantes recherches entreprises depuis deux ans par des savants italiens, Rivolta et Maffucci, qui, les premiers, ont appelé l'attention sur les différences profondes qui existent entre la tuberculose de l'homme et des mammifères, d'une part, et celle des oiseaux, d'autre part. On sait que Koch, au récent Congrès de Berlin, a adhéré à cette manière de voir. On devait donc se demander si les divergences constatées par les expérimentateurs ne tenaient pas précisément à cette différence d'origine des produits tuberculeux; cette question paraissait d'autant plus naturelle que la culture initiale, obtenue par M. Nocard, provenait justement d'un faisan tuberculeux.

Le mémoire que MM. Straus et Gamaleïa viennent de publier, dans le numéro de juillet des *Archives de médecine expérimentale*, plaide énergiquement en faveur de la dualité des deux tuberculoses; il est destiné à faire époque dans l'histoire de nos connaissances sur la tuberculose expérimentale, et nous croyons être utile aux lecteurs en leur en offrant un résumé succinct.

Les expériences, sur lesquelles MM. Straus et Gamaleïa se sont fondés pour arriver à leurs conclusions, ont porté sur 82 cobayes, 75 lapins, 15 chiens, 20 oiseaux (poules et pigeons). La première partie de leur mémoire est consacrée à l'étude comparative des cultures de tuberculose humaine et aviaire; la seconde partie est un parallèle entre les effets pathogènes de ces deux cultures.

On ne peut guère cultiver *au début* la tuberculose humaine que sur sérum simple ou sucré; les cultures initiales poussent d'une façon discrète par colonies isolées, sèches, écailleuses, ternes et dures. A partir de la quatrième génération, la culture devient abondante; il devient facile alors de transplanter le microbe sur gélose glycérinée; ici encore les premières cultures poussent difficilement; il faut une sorte d'acclimatement du parasite à son nouveau milieu. Les cultures sur gélose reproduisent tous les caractères des cultures sur sérum.

La tuberculose des oiseaux se cultive d'emblée et beaucoup plus facilement sur sérum, sur gélose simple, glycérinée ou sucrée; dès le deuxième ou troisième ensemencement, on obtient une culture en couche continue, d'aspect humide, luisant et gras; au bout de quelques jours, cette couche continue est surmontée de *plis* et non de saillies verruqueuses. L'aspect des cultures est tellement différent, qu'il suffit d'une simple inspection pour les distinguer.

Les deux bacilles, ainsi cultivés, sont d'ailleurs morphologiquement semblables et présentent les mêmes réactions vis-à-vis des matières colorantes. Ajoutons toutefois que, tandis que le bacille de la tuberculose aviaire se cultive fort bien à 43 degrés, le bacille humain ne se développe plus à cette température.

L'étude comparative des effets pathogènes de ces deux micro-organismes révèle des différences encore plus accusées. Tout d'abord, certains animaux sont réfractaires à l'un de ces bacilles et très réceptifs pour l'autre : c'est ainsi que le chien jouit d'une très grande immunité pour la tuberculose aviaire et prend facilement la tuberculose humaine. S'il en est ainsi, l'emploi thérapeutique du sérum de chien ne reposerait que sur des erreurs

(1) Cet animal a été sacrifié le 19 juin et, à l'autopsie, on a trouvé des lésions tuberculeuses dans l'intestin grêle, les ganglions mésentériques et la rate; aucune dans les poumons.

d'expériences. Les poules sont réfractaires à la tuberculose humaine.

Certains animaux sont réceptifs pour l'un et l'autre de ces bacilles, tels sont les lapins et les cobayes : c'est donc chez ces animaux qu'il convenait d'étudier surtout l'évolution comparative de ces deux infections. Or, sans entrer dans le détail des expériences si précises et si concises de MM. Straus et Gamaleïa, qu'il nous suffise de rappeler que les résultats auxquels ces auteurs sont arrivés, se sont vérifiés d'une façon presque constante.

La tuberculose humaine produit toujours, au point d'inoculation, une lésion caséeuse avec adénopathie de même nature et une éruption de granulations tuberculeuses siégeant dans le foie, les poumons et surtout dans la rate, qui devient énorme, jaunâtre, remplie de granulations jaunes et de foyers caséeux. L'évolution des lésions varie sans doute avec le mode d'inoculation ; mais ce qui ne fait jamais défaut dans la tuberculose expérimentale d'origine humaine, c'est l'éruption granuleuse.

Le bacille aviaire détermine, au point d'inoculation, une légère lésion, qui, dans le poumon, par exemple, se traduit par un noyau hyperhémique, qui, sous la peau, forme un abcès qui ne s'ouvre pas et qui provoque secondairement une adénopathie légère et non caséeuse. A l'autopsie, on constate souvent une tuméfaction de la rate qui est hyperhémiée et non jaunâtre. MM. Straus et Gamaleïa n'ont observé que de très rares tubercules apparents, surtout lorsqu'ils ont pratiqué l'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil du lapin.

La tuberculose aviaire ne détermine donc pas d'éruption tuberculeuse ; seule la rate est grosse et rouge ; parfois même la mort survient sans aucune lésion macroscopique. Cependant, la plupart des viscères renferment des bacilles, ainsi qu'on peut s'en assurer en faisant des frottis avec la pulpe des organes. Il est à peine besoin de faire remarquer combien ces altérations ressemblent à celles que M. Yersin a décrites.

Il semble donc bien avéré, d'après les travaux de MM. Straus et Gamaleïa, que la tuberculose aviaire se distingue de la tuberculose humaine par les caractères de ses cultures et par ses effets pathogènes. Les expériences, qu'elles aient été faites avec des produits tuberculeux, avec des cultures sur sérum ou avec des cultures sur milieux glycérinés, ont toujours donné des résultats identiques. La différence des résultats ne tient donc pas au milieu de culture, mais bien à l'agent pathogène lui-même.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 juillet 1891. — Présidence de M. TERRIER.

COMMUNICATIONS

De la laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen par coups de couteau. — **M. RECLUS**, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Terrier, communique les deux faits suivants :

Le premier concerne un lutteur qui reçut dans l'abdomen un coup de couteau à droite et au-dessus de l'ombilic. Une frange épiploïque s'échappait à l'extérieur entre les lèvres de la plaie : elle fut sectionnée ; après désinfection, le pédicule fut réduit. Le malade guérit avec l'aide du traitement diététique et opiacé.

Le deuxième a trait à un couvreur de trente-cinq ans, qui reçut un coup de couteau dans le huitième espace intercostal du côté gauche, au tiers antérieur. La plaie était bien pénétrante, puisqu'il y avait hernie d'une frange épiploïque ; le traitement suivi fut identique, la guérison survint sans incident.

On sait que les plaies pénétrantes par instruments tranchants n'ont pas la gravité des plaies par armes à feu : sur 45 cas traités par l'abstention, on compte 40 guérisons et 5 morts.

M. Quénu a vu un malade qui avait reçu trente coups de couteau dans l'abdomen. Par vingt ouvertures s'échappait de l'épiploon. M. Quénu se borna à réséquer les portions herniées, et cependant la guérison survint.

Il est bon d'opposer ces faits d'abstention à celui que M. Terrier a communiqué à la dernière séance, à l'appui de la laparotomie immédiate.

M. ROUTIER a observé un malade qui avait reçu un coup de couteau entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure. Ce malade était dans un mutisme complet, on n'en pouvait tirer aucun renseignement. Par la plaie s'échappait une frange épiploïque, qui avait été réduite par l'interne de garde ; la pression faisait sourdre de la plaie quelques gouttes de sang. C'est ce qui décida M. Routier à opérer. Il agrandit les lèvres de la plaie, le péritoine avait été déchiqueté sur une étendue de 10 à 12 centimètres ; il y avait dans l'épaisseur du muscle droit un gros caillot ; un autre se trouvait dans l'abdomen au-devant des intestins. Il enleva ces caillots, fit la suture, et la guérison fut prompte.

M. TERRIER communique deux nouvelles observations, analogues à celle qu'il a communiquée à la dernière séance.

Un jeune homme de vingt-cinq ans entre, dans son service, avec une plaie de l'abdomen siégeant à gauche, à un travers de doigt de la ligne médiane et au-dessous de l'ombilic. Les bords de la plaie étaient soulevés par un caillot : celui-ci enlevé, l'interne de garde trouva hernié un fragment d'épiploon. La plaie fut agrandie et l'épiploon réséqué ; le doigt, introduit dans l'abdomen, ne trouva rien de particulier. La plaie fut refermée.

Dans l'après-midi apparurent des vomissements fécaloïdes ; le facies se grippa, la température s'éleva. Le lendemain, le malade mourait.

A l'autopsie, on trouve : pas de traces de suppuration ; les sutures ont bien tenu ; les anses intestinales sont agglutinées par des adhérences récentes, mais il n'y a pas de matières épanchées. En incisant l'intestin grêle suivant sa longueur, on trouve une perforation rectiligne, ayant à peine 1 milimètre de largeur sur 7 à 8 de longueur. La perforation est complète, atteint toute l'épaisseur des parois.

L'autre malade est une femme de soixante-deux ans qui, le matin vers neuf heures, a tenté de se suicider en se donnant un coup de couteau de cuisine dans le bas-ventre. M. Hartmann, appelé par l'interne de service, trouve sur la ligne médiane une plaie siégeant au-dessous de l'ombilic et qui, par un trajet long, semblait se diriger en haut et à gauche.

La malade avait eu deux vomissements dans la matinée. Son pouls était à 104, irrégulier ; le facies coloré, l'haleine fétide, le ventre un peu ballonné et sensible.

La laparotomie fut faite. La plaie fut agrandie ; on y trouva une hernie épiploïque, qui fut réséquée. Les intestins examinés ne présentèrent rien de particulier. On régularisa les bords de la déchirure péritonéale et musculaire et la suture fut faite. L'opération avait duré quarante minutes.

Le lendemain, la température était normale ; il n'y avait pas eu de vomissements. Les suites furent simples. Trois semaines après, la malade quittait l'hôpital guérie. En résumé, dans le premier cas, opération incomplète et résultat fatal ; dans le second, opération complète et guérison.

M. JALAGUIER a opéré un malade qui, dans une rixe, avait été blessé dans le flanc droit. Il y avait eu une hémorrhagie assez forte ; quatre heures après l'accident, il ne constatait plus rien d'anormal. Malgré cela, il pensa à une plaie pénétrante et opéra. Il trouva dans la fosse iliaque droite une hémorrhagie abondante, et une vaste plaie du cæcum. Tout autour il y avait déjà de la péritonite très accusée, bien que le traumatisme ait eu lieu quatre heures seulement auparavant, et qu'il n'y eût eu aucun symptôme. Il fit la suture du cæcum, draina et ferma le ventre.

Le malade mourut au bout de quarante-huit heures ; l'autopsie montra que la suture avait bien tenu ; mais dans le cæcum, il y avait un épanchement abondant de sang, causé par une plaie de la face postérieure de l'intestin.

Il conclut qu'il faut intervenir toujours dans les plaies pénétrantes par coups de couteau.

M. RECLUS dit que les plaies de l'abdomen par instruments

tranchants sont moins graves que les autres; c'est là une assertion admise par tous; qu'à côté de cette loi générale, il y ait des cas aussi graves, plus graves même qu'une plaie d'arme à feu, le fait est certain. Mais, en général, les plaies par instruments tranchants guérissent beaucoup plus facilement que les autres.

Dans la première observation de M. Terrier, on peut se demander si, au cours de cette opération incomplète, il n'y a pas eu décollement d'adhérences récentes et protectrices de la plaie intestinale.

Chez le second malade, il n'y avait pas de perforation; après l'intervention, le malade a guéri. Mais rien ne dit qu'il serait mort, s'il y avait eu abstention; tout au contraire, M. Reclus pense que non seulement les cas sans perforation guérissent seuls, mais qu'il en est de même des cas avec perforation.

C'est pourquoi il s'abstient toutes les fois qu'il n'y a pas de symptômes, ni hémorrhagie, ni ballonnement du ventre ou autres signes d'intolérance. La laparotomie n'est pas grave, c'est possible; mais pour ces cas, elle donne encore une mortalité de 50 p. 100.

Influence curative de certaines laparotomies exploratrices. — **M. RICHELOT** communique plusieurs faits concernant des lésions ovaro-salpingiennes anciennes, graves, et qui ont été guéries ou améliorées par la simple incision abdominale.

Si pour certaines de ces lésions on peut faire l'ablation, pour d'autres toute opération radicale serait imprudente. Dans ces cas inopérables, la laparotomie simplement exploratrice donne de bons résultats.

Le premier cas a trait à une femme de quarante ans, souffrant depuis six ans de métrite, de pelvipéritonite à répétition, de douleurs continues et d'hémorrhagies. M. Richelot pratiqua une petite incision de 3 centimètres, mit le doigt dans le ventre pour explorer, et, devant l'impossibilité de toute autre intervention, referma le ventre. La fièvre tomba; les douleurs disparurent, ainsi que l'albumine des urines. L'appétit reparut. La malade était complètement transformée.

Dans un second cas il s'agissait d'une jeune fille atteinte de rétroflexion utérine avec adhérences. Elle a été guérie à la suite d'une incision exploratrice.

Une autre femme, âgée de trente-cinq ans, avait des douleurs depuis quatre ans, par suite d'une masse d'adhérences inextricables; il trouva un cylindre qu'il sépara, croyant que c'était la trompe, des adhérences qui l'engainaient. Il s'aperçut que ce n'était que l'intestin grêle. Il referma le ventre. A la suite de l'opération, la malade cessa de souffrir.

Enfin, il cite l'exemple d'une jeune fille guérie dans les mêmes conditions.

M. POZZI croit que, dans ces cas, la laparotomie agit en exerçant une révulsion sur les lésions anciennes. La conclusion à tirer de ces faits, c'est que la laparotomie non seulement ne fait pas de mal, mais peut faire grand bien. Il faut donc augmenter le cadre de ses indications.

Dans les tumeurs abdominales inopérables compliquées d'ascite, l'incision est de beaucoup supérieure à la ponction. Deux fois dans ces circonstances, la laparotomie a donné à M. Pozzi des résultats surprenants.

M. RECLUS voulant faire, dans deux cas, la castration pour des fibromes inopérables, fut forcé de se contenter de l'ablation d'un petit fibrome pédiculé dont il fixa le pédicule à la paroi. Ces opérations remontent à sept et neuf mois; depuis ce temps les malades sont guéries, les douleurs et les hémorrhagies ont totalement disparu et les grosses tumeurs ont beaucoup diminué.

M. MONOD rapporte l'observation d'une malade à qui il avait pratiqué l'ablation des annexes. Ultérieurement, cette malade fut reprise de douleurs violentes; M. Périer supposa des adhérences de l'épiploon à la paroi.

L'opération fut faite et les adhérences se rencontrèrent absolument comme l'avait pensé M. Périer. Les adhérences furent détachées et la guérison resta parfaite.

M. ROUTIER a vu une jeune femme atteinte d'ascite, qui avait, en outre, dans tout le bassin, des tumeurs cancéreuses généralisées. Il a fait une laparotomie exploratrice; la malade a été très bien, mais depuis l'ascite a reparu.

M. TERRIER croit qu'il faut distinguer dans ces cas les inflammations, les tumeurs cancéreuses et les tumeurs fibreuses. Un point domine : c'est la présence ou l'absence de l'ascite. Quand il y a ascite, on éponge le péritoine, on le lave et il y a certainement là une action directe qui a bien son importance.

M. MARCHAND a opéré deux malades pour des salpingites suppurées tellement adhérentes, qu'il dut se contenter de drainer sans tenter l'ablation. Les malades ont guéri de leurs douleurs; l'induration a également disparu.

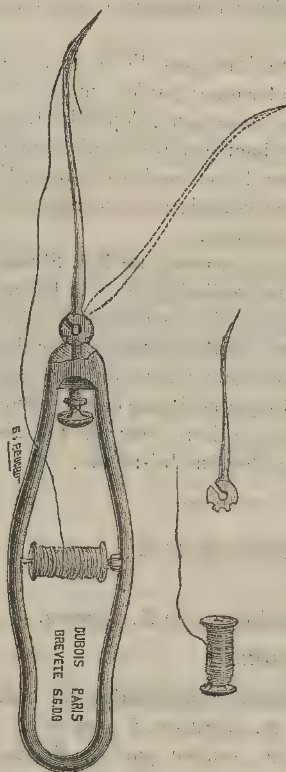
M. TILLAUX croit aussi, comme M. Monod, que les adhérences ont dû être détruites et que l'amélioration obtenue n'a souvent pas d'autre cause. Il en cite un nouvel exemple.

M. RICHELOT dit qu'en ce qui concerne les cancers, on a toujours une amélioration, mais elle n'est que temporaire.

Pour les cas avec ascite, il faut aussi tenir compte des phénomènes de compression.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

Aiguille articulée. — **M. MONOD** présente une nouvelle aiguille imaginée par un de ses internes, M. Artus, et construite par M. Dubois.



Cette aiguille est articulée et toujours enfilée. Elle a, en outre, l'avantage d'être très facile à nettoyer et à stériliser; elle est bien en main et d'un prix très modique.

L'instrument se compose de deux parties : les aiguilles et le manche ou porte-aiguilles.

Les aiguilles sont de différentes grandeurs et de différentes formes. Le chas est situé à l'extrémité antérieure. A l'extrémité opposée, se trouve le talon qui s'articule avec le manche.

Le porte-aiguilles est un cadre à jour, en métal, supportant une bobine de fil pour les sutures. D'un côté, il se termine par une mortaise traversée par un pivot sur lequel s'accroche l'aiguille, que l'on fixe ensuite par quelques tours de vis. De cette façon, l'aiguille est maintenue par un double point d'appui.

L'aiguille peut s'incliner sur le manche dans différentes directions, et servir ainsi d'aiguille droite et d'aiguille courbe.

Des lames de bistouri ou de couteau, des tenaculums, des aiguilles de Cooper ou de Deschamps, peuvent également se monter sur ce manche.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

320. M. DUBRUEIL. Étude critique sur les fractures spontanées.— 321. M. VIDAL. De l'extirpation des adénites tuberculeuses non suppurées. — 322. M. PARMENTIER. Étude sur la marche des abcès froids de la région trochantérienne. — 323. M. VILLARD. Kystes hydatiques de la région sacro-lombaire. — 324. M. ROUFFINET. Essai clinique sur les troubles oculaires dans la maladie de Friedreich et sur le rétrécissement du champ visuel dans la syringomyélie et la

maladie de Morvan. — 325. M. CARTIER. Glycosuries toxiques et, en particulier, intoxication par le nitrate d'urane. — 326. M. MOMONT. Action de la dessiccation de l'air et de la lumière sur la bactéridie charbonneuse. — 327. M. ROUBLEFF. Contribution à l'étude de la syphilis des poumons et du larynx. — 328. M. ARTIÈRES. Étude des névralgies hystériques, en particulier de la névralgie faciale. — 329. M. GLOVER. Étude sur l'influence des maladies infectieuses aiguës sur le développement de la folie. — 330. M. HAMON. Injections hypodermiques d'huile créosotée (d'après le procédé de M. Burlureaux); leurs effets physiologiques. — 331. M. BAZIN. De la pneumonie, de la pleurésie et de la phthisie chez les médecins de la période gréco-romaine. — 332. M. BOUESSÉE. Étude sur le pouls lent permanent, ou maladie de Stokes-Adams. — 333. M. PLACET. Etude historique sur les traités d'accouchement de Viardel, Portal et Mauquest de la Moste. — 334. M. POILLOT. Contribution à l'étude de la néphrite artérielle chez les jeunes gens. — 335. M. ARNOULD. Contribution à l'étude de l'hydronéphrose. — 336. M. ROUX. Étude anatomo-pathologique et clinique du cancer et des kystes du pancréas. — 337. M. ROY. Des rapports de l'endométrite avec la grossesse et l'accouchement. — 338. M. PROUVOST. Étude sur les bassins viciés par boiterie. — 339. M. OSKIERKO. Quelques considérations sur la vision droite. — 340. M. SUREAU. Contribution à l'étude des luxations spontanées du cristallin. — 341. M. CHATELOT. Contribution à l'étude de l'iritis séreuse. — 342. M. MORNEAU. Des accidents consécutifs à la cautérisation intra-utérine par le crayon de pâte de Canquoin et de leur traitement. — 343. M. ÉGRET. Étude critique sur les résultats fournis par les injections antiseptiques dans le cours de la blennorrhagie aiguë chez l'homme. — 344. M. NOMMES. Etude sur le pancréas et sur le diabète pancréatique. — 345. M. RÉMY-NÉRIS. Contribution à l'étude des paralysies totales du plexus brachial. — 346. M. MOITIER. Étude sur la bronchite putride. Sa terminaison possible par gangrène pulmonaire. — 347. M. LARGER. De la polymyosite primitive infectieuse aiguë. — 348. M. LEMARIE. Étude sur le traité d'accouchement de Philippe Peu. — 349. M. JANOWICZ. Tic convulsif des enfants, paramyoclonus multiples et « chorée électrique ». Étude critique et comparative. — 350. M. DUPREY. Considérations sur l'impétigo et certaines de ses localisations chez l'enfant. — 351. M. MANDELSTAMM. Contribution à l'étude des abcès rétro-laryngés primitifs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 31 juillet 1891, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe : M. le docteur Estrade, médecin auxiliaire de deuxième classe.

— Par décret en date du 1er août 1891, M. Forgue, agrégé, est nommé, à partir du 1er novembre 1891, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Par décret, en date du 1er août 1891, la chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine de Montpellier est transformée en chaire de clinique ophthalmologique. M. Truc, agrégé des Facultés de médecine, est nommé, à partir du 1er novembre 1891, professeur de clinique ophthalmologique à ladite Faculté (chaire nouvelle).

— Par application de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin inspecteur Papillon, directeur du service de santé du 15e corps d'armée, sera placé, à dater du 3 août 1891, dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs du corps de santé militaire.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE. Discussion de la quatrième question : « Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale » ; — Discussion de la cinquième question : « Des agents capables de détruire le bacille de Koch, non nuisibles pour l'organisme, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose humaine et animale ». — CORRESPONDANCE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le Congrès pour l'étude de la tuberculose ayant occupé toute la semaine, nous nous trouvons avoir à rendre compte aujourd'hui de deux séances de l'Académie.

La séance de la semaine dernière a été particulièrement chargée ; signalons, tout d'abord, parmi les pièces de la correspondance, une lettre de protestation de MM. les professeurs Gayon et Blarez (de Bordeaux), qui se déclarent absolument étrangers au procédé de déplâtrage des vins par les sels de strontium, incriminé par M. Gautier. Un membre de l'Académie, M. Riche, a appuyé cette protestation en insistant sur la parfaite honorabilité de ses auteurs. Nous sommes heureux d'avoir à constater que l'accusation formulée par M. Gautier porte à faux.

Toujours à propos des sels de strontium, MM. Germain Sée et Constantin Paul ont confirmé cliniquement les résultats expérimentaux de M. Laborde, sur la parfaite innocuité de ces sels.

Suivent une série de communications dont on trouvera le résumé au compte rendu. Nous appellerons, plus spécialement, l'attention sur un important rapport de M. Proust, relatif aux épidémies de choléra, en 1890, dans l'empire ottoman et en Perse ; il résulte de ce rapport que la Turquie est, en ce moment, seule chargée de la surveillance de deux passes périlleuses, le golfe Persique et la mer Rouge, qu'elle n'est pas en mesure de les garder efficacement et qu'il importe de lui venir en aide.

La discussion continue entre M. Germain Sée et M. Dujardin-Beaumetz sur la thérapeutique cardiaque et, en particulier, sur l'action de la digitaline.

Après cette courte discussion, l'Académie a entendu une lecture intéressante de M. Nicaise, sur la physiologie de la voix et la dilatation de la trachée chez les chanteurs ; une observation de M. Le Dentu dans laquelle il s'agit d'une entérotomie et d'une entérorrhaphie pour tumeur du côlon ascendant, suivies immédiatement de l'extirpation des annexes de l'utérus, chez une femme de trente-deux ans qui a parfaitement guéri ; la relation d'un cas d'hypertrophie mammaire considérable, opérée, avec succès, par M. Labbé, sur une jeune fille de quatorze ans ; une courte communication de M. Guéniot sur l'autopsie d'un enfant atteint de microcéphalie qu'il a présenté en décembre 1889, autopsie qui a montré que, dans ce cas particulier, la craniectomie n'eût donné aucun résultat. Enfin, il a été procédé à l'élection de deux membres associés étrangers, sir Joseph Fayrer (de Londres) et M. Bateman (de Norwich). Comme, on le voit, l'Académie, dans cette séance, n'a pas perdu son temps.

Quant à la séance d'hier, elle a été occupée par plusieurs présentations et plusieurs communications intéressantes : M. Terrier a présenté une femme à laquelle il a enlevé une vaste portion du crâne et des méninges pour un épithéliome et qui, malgré cette énorme perte de substance osseuse et cérébrale, va aussi bien que possible. N'aurait-ce pas été le cas d'imiter ici la conduite qu'a tenue M. Ricard, dans l'observation que nous avons publiée (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 785), et de recouvrir cette vaste brèche par un os de chien ou de tout autre animal ?

M. Polaillon a montré un jeune homme, également privé de la plus grande partie de son os frontal ; ce malheureux, dans une rixe, s'était si bien enfoncé son parapluie dans l'œil, qu'on eut toutes les peines du monde à l'en arracher. M. Poirier, qui fut appelé auprès de ce malade, dans le service de M. Polaillon, en présence de l'hémorrhagie et des graves accidents cérébraux qu'il présentait, l'extrémité du parapluie ayant pénétré dans le cerveau, résolut d'intervenir et, après lui avoir réséqué une portion du frontal, arrêta l'hémorrhagie et enleva du fond de la plaie l'œil écrasé et cinq esquilles.

Nous avons ensuite entendu une curieuse communication de M. Semmola (de Naples), sur la toxicité des urines. Prenant pour point de départ les travaux de M. Bouchard, M. Semmola a eu l'idée de compléter l'analyse chimique des urines par l'analyse bactériologique. Il injecte les urines provenant de malades brightiques à des cobayes ou à des lapins et détermine ainsi, chez ces animaux, des intoxications spéciales qui peuvent jeter un grand jour sur le diagnostic et le pronostic de la maladie. L'exemple donné par M. Semmola nous paraît bon à suivre.

La parole a été ensuite aux ophthalmologistes : M. Valude a lu une note sur la prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés. Il propose d'insuffler de la poudre d'iodoforme dans les yeux des nouveau-nés. C'est là un moyen simple,

facile, inoffensif, et qui mérite d'autant plus d'être vulgarisé, qu'il est appelé à prévenir l'une des plus redoutables affections de l'enfance.

M. Abadie s'est, à son tour, attaqué à une maladie oculaire qui fait, bien souvent aussi, des aveugles : la conjonctivite granuleuse. Il propose de traiter cette affection par le renversement de la paupière, de façon à mettre à nu le cul-de-sac supérieur, et par le brossage de la muqueuse et du cul-de-sac avec une brosse imprégnée d'une solution de sublimé à 2 p. 1000.

Enfin, M. Dumontpallier a donné lecture d'un travail sur le traitement de l'endométrite, non plus par le crayon de chlorure de zinc, mais bien par le crayon de sulfate de cuivre. Ce travail de M. Dumontpallier repose sur 100 observations dans lesquelles il n'a eu que 4 insuccès. Toutefois il y a, dit-il, des cas qui restent tributaires du traitement par le chlorure de zinc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juillet 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de MM. V. Gayon, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux, et Ch. Blarez, professeur à la Faculté de médecine de la même ville, qui protestent contre les paroles prononcées par M. Gautier dans la dernière séance, et affirment n'être pour rien dans l'emploi des sels de strontiane pour le déplâtrage des vins.

M. RICHE appuie cette protestation.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Hypertrophie mammaire simple. — M. LABBÉ montre deux seins provenant d'une jeune fille de quatorze ans qui, tout à coup, a présenté une hypertrophie considérable des seins sans fièvre; puis pendant huit mois arrêt, puis nouvelle poussée. Les deux seins tombaient sur l'abdomen, mesurant 70 centimètres de tour et pesant l'un 3500 grammes, l'autre 3900 grammes. Les deux seins furent enlevés à huit jours d'intervalle. Il s'agirait, d'après M. Cornil, d'un fibrome.

COMMUNICATIONS

Des médicaments régulateurs du cœur. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ rappelle qu'à l'avant-dernière séance, M. G. Sée a répondu aux observations qu'il avait présentées. Sur le premier point, c'est-à-dire l'élasticité du cœur, l'accord est aujourd'hui aussi parfait que possible, car, en ajoutant le mot de contraction à celui d'élasticité, M. G. Sée montre bien qu'il ne sépare pas l'élasticité de la contractilité et qu'il accepte les données des travaux de MM. Chauveau, Ch. Richet et Mathias-Duval, si confirmatifs sur ce point.

Appliquant ces considérations à l'étude des médicaments cardiaques, M. Dujardin-Beaumetz reconnaît avec son contradicteur qu'aujourd'hui le mot « tonique » est bien difficile à définir en thérapeutique et il est prêt à accepter, comme lui, le nom de régulateurs du cœur appliqués aux médicaments cardiaques que l'on rangeait sous la rubrique toniques du cœur.

L'action tonique de la digitale est très proche de son action thérapeutique et les physiologistes ont souvent confondu l'une avec l'autre. Mais ceux-ci opèrent sur des cœurs sains et nous n'intervenons que sur des cœurs malades. Pour M. G. Sée, la digitale augmenterait la diastole. S'il en était ainsi, nous devrions la repousser de la thérapeutique; mais c'est, au contraire, pour vider le cœur qui se contracte incomplètement, que nous faisons intervenir la digitale.

Quant à l'action de la digitaline agissant plus sur un cœur que sur un autre, il reconnaît que, dans les maladies du cœur, le synchronisme dans la contraction des deux ventricules est réduit et qu'il en résulte un dédoublement dans les bruits du cœur.

Dans bon nombre de cas, la digitale rétablit le synchronisme, mais en ayant une action élective sur le cœur tout entier. D'ailleurs, c'est dans l'état du muscle cardiaque que réside tout le problème.

Quant à l'iodure de potassium, M. Beaumetz ne le considère pas comme un médicament cardiaque proprement dit, mais il croit que c'est un agent précieux pour modifier non seulement la nutrition, mais surtout l'artério-sclérose du système artériel et du système capillaire.

M. Sée dit aussi que la spartéine et la strophantine ne sont pas diurétiques. M. Dujardin-Beaumetz n'a pas d'expérience du premier de ces médicaments, mais il peut affirmer que, pour la strophantine, ou plutôt le strophantus, il a toujours observé une augmentation dans la diurèse.

M. G. SÉE répond que la digitaline n'est pas un médicament qui augmente la tonicité du cœur; elle met en œuvre l'élasticité du muscle cardiaque et exagère la diastole du ventricule gauche qui reçoit, dès lors, plus de sang et en déverse une plus grande quantité dans les artères qu'à l'état préalable, ce qui élève la pression et facilite la circulation dans tous les organes.

Si la digitaline constitue ainsi un moyen régulateur typique dans les incompensations du cœur, c'est qu'elle agit plus sur le cœur droit, sur la circulation pulmonaire, que sur le cœur gauche; c'est, en effet, cette petite circulation qui est d'abord atteinte dans l'asystolie, sous l'aspect de la dyspnée de travail.

Vient ensuite tout le système veineux où il se fait des stases du sang; de là des hydropisies, des stases rénales, avec anurie, des congestions hépatiques. La digitaline, en activant l'entrée du sang dans les artères et jusque dans les capillaires et les veines, favorise le retour du sang veineux vers le cœur et rétablit l'équilibre.

L'iodure de potassium, qui paraît si éloigné de la digitaline, agit, cependant, dans le même sens en élevant d'abord la pression vasculaire de par le potassium, en élargissant ensuite la cavité des artères par la vaso-dilatation provenant de l'iode. De là, une singulière facilité pour le cheminement du sang dans les artères, artérioles et veines, lors des incompensations; de là surtout une progression active du sang dans les vaisseaux pulmonaires, ce qui explique la supériorité incontestée de l'iodure dans toutes les dyspnées chimiques, nervo-pulmonaires ou asthmatiques, enfin, dans les dyspnées d'origine cardiaque, avec stase de sang dans les vaisseaux pulmonaires. L'iodure constitue ainsi un nouveau type régulateur dans les incompensations respiratoires qui sont pour ainsi dire constantes.

L'iodure, par son pouvoir vaso-moteur, surtout vaso-dilatateur, prévient les accès d'angine de poitrine dans les cas de rétrécissement ou d'oblitération des artères; il favorise, en outre, mais non toujours, la réintégration du myocarde.

Les sels de strontiane. — M. G. SÉE, grâce à l'obligeance de M. Laborde, a expérimenté, depuis quelque temps, les sels de strontiane. Il confirme ce que M. Laborde a dit, dans la dernière séance, au sujet de l'innocuité de ces sels. Cette innocuité avait, du reste, été déjà constatée par Vulpian et consignée dans la thèse d'un de ses élèves. M. G. Sée a obtenu de très bons résultats avec le bromure de strontiane dans le rhumatisme noueux; mais il ne veut pas insister aujourd'hui sur ces faits, il se borne à les signaler, se proposant d'y revenir ultérieurement.

M. CONSTANTIN PAUL, depuis deux mois, a employé, en thérapeutique, le lactate de strontiane. Il se porte garant de son innocuité. La dose quotidienne de 8 à 10 grammes par jour est très bien supportée.

Il a essayé le lactate de strontiane, d'abord dans la pléthore abdominale où il réussit très bien, et ensuite dans la maladie de Bright. Le lactate de strontiane n'est pas diurétique, mais il diminue notablement la quantité d'albumine et détermine une amélioration notable des autres symptômes.

Si l'on vient à supprimer la strontiane, l'albumine reparaît dès le lendemain pour disparaître de nouveau avec la reprise du médicament.

M. G. Sée a également obtenu une grande amélioration dans la maladie de Bright.

Physiologie de la voix et dilatation de la trachée chez les chanteurs. — M. NICAISE, ayant étudié la physiologie de la voix, fut amené à étudier ce point spécial. Dans le chant, le cri, la trachée se déplisse, elle cesse d'être un simple vecteur de l'air, elle se rétrécit et se raccourcit pendant l'inspiration, se dilate et s'allonge pendant l'expiration. Dans l'inspiration, la pression dans la trachée est négative; elle est positive dans l'expiration. Dans le cri, la pression intra-trachéale monte considérablement. Les muscles expirateurs apportent une aide à la contraction trachéale. Il faut donc, pour que le son soit parfait, qu'il y ait rapport régulier entre la contraction des muscles respiratoires, celle des muscles du larynx et la contractilité et l'élasticité de la trachée. Tout ce qui agit exagérément sur l'élasticité et la contractilité de la trachée peut modifier à la longue les parois trachéales; il peut se produire alors des trachéocèles ainsi que Larrey en a signalé, en Égypte, chez les crieurs des minarets et qui nécessitaient la compression du cou au moment où le malade commençait à crier, sans cela il se formait au cou une tumeur gazeuse saillante, vrai anévrysme trachéal. Il peut arriver parfois que des altérations analogues des parois trachéales donnent lieu à des symptômes qui font croire à une lésion laryngée. Il y a donc intérêt à signaler ces faits d'altération des parois trachéales.

Le choléra en Orient en 1890. — M. PROUST lit un rapport sur la marche du choléra en Orient, pendant l'année 1890; il résume les résultats fournis par les différentes enquêtes dans les conclusions suivantes :

Il est bien difficile d'admettre que le choléra de l'Irak-Arabi, source certaine des épidémies qui ont successivement, et en dix-huit mois, envahi la Mésopotamie, la Perse occidentale, la Syrie et les régions limitrophes de l'Anatolie, puisse être attribué à une renaissance des épidémies anciennes, puisque les dernières apparitions du choléra en Irak-Arabi remontent à la fin de l'année 1871 et que les pays envahis en 1889, sauf la Syrie en 1875, ont été constamment indemnes de choléra durant ce long intervalle de plus de dix-huit années.

Si cette supposition doit être écartée, force est bien d'admettre l'importation, et de quelque côté qu'on se retourne, il n'est possible d'admettre qu'une porte d'entrée, le golfe Persique, et qu'une source, l'Inde et notamment Bombay et ses environs. Nous avons vu, d'un autre côté, que, durant et avant l'époque de l'apparition du choléra en Irak-Arabi, la mortalité cholérique de la grande ville de Bombay et des environs allait jusqu'au chiffre énorme de 600 personnes et plus par semaine.

L'état de plusieurs des navires de la *British India C°*, qui, seuls, fréquentent régulièrement le golfe et Bassorah et y apportent des passagers et fréquemment des pèlerins de l'Inde, a été constaté au moins comme suspect. Tout porte donc à admettre avec toute vraisemblance que, si le choléra a pénétré par les bouches du Chat-el-Arab dans l'Irak-Arabi, cette importation a eu lieu par des navires de la Compagnie anglaise, bien plus probablement que par d'autres voies.

Si, d'autre part, nous nous reportons à la mer Rouge, nous ne voyons, comme source analogue l'importation, soit par le Dekkan et Camaran, chose infiniment probable, le Dekkan étant l'importateur, Camaran la première étape et la Mecque la seconde, soit, à la rigueur, par quelque autre navire à pèlerins venant des Indes. Car, pour l'Irak-Arabi, ou pour le Hedjaz, il est difficile d'admettre une renaissance du choléra après un intervalle de près de sept années, de 1888, date de la dernière épidémie, à 1890. Notons que pas un cas de choléra n'a été signalé pendant ce laps considérable de temps, ni pendant, ni en dehors de l'époque du pèlerinage au Hedjaz.

Mais si, lors des épidémies du pèlerinage, en 1881 et 1882, il n'existait nulle part dans l'Asie antérieure (Perse, Turquie d'Asie, Arabie), ni en Égypte, ni même en Europe, et que force était d'admettre l'importation des Indes, il n'en était pas de même en 1890, où la maladie sévissait et avait sévi en 1889 en Mésopotamie. On a même supposé qu'elle existait en Arabie. Suivant toute probabilité, l'importation du choléra au Hedjaz par les caravanes est fort difficile, sinon impossible à admettre, et, par conséquent, il est beaucoup plus vraisemblable d'accepter l'importation par la voie de la mer Rouge.

En fait, l'origine demeurerait toujours la même, que le choléra ait pénétré au Hedjaz indirectement par le golfe Persique ou directement par la mer Rouge, l'Inde étant le foyer d'émission plus ou moins direct ou indirect.

En dernière conclusion, c'est toujours à l'origine indienne que nous sommes forcés de remonter. Mais désormais, plus encore que par le passé, l'attention de l'Europe doit être appelée sur le danger permanent que pourront lui faire courir ces deux grands prolongements de l'océan Indien qui, à l'Orient (golfe Persique) et à l'Occident (mer Rouge), s'avancent jusqu'aux portes de la Méditerranée, où ils permettent aux rapides steamers d'apporter de Bombay et de tout l'empire anglo-indien, avec une vitesse remarquable, des germes de redoutables épidémies.

En ce moment, seule, la Turquie est chargée de la surveillance des deux passes périlleuses. On sait qu'elle n'est pas en mesure de garder efficacement les deux détroits maritimes. Elle ne possède ni le matériel, ni le personnel, ni les moyens de police maritime nécessaires pour atteindre ce but. Elle pourra, avec l'aide des puissances intéressées, améliorer ses mesures et ses dispositifs de prophylaxie, et c'est peut-être là ce qu'il faut chercher à obtenir pour le moment.

Microcéphalie. — M. GUÉNIOT rappelle qu'au mois de novembre 1889, il a présenté un enfant microcéphale âgé de huit jours. C'est à ce moment qu'il avait émis l'idée qu'on pourrait pratiquer une fenêtre sur le crâne pour remédier à la soudure précoce des sutures. Malgré des accidents syphilitiques, cet enfant vécut jusqu'à dix-neuf mois et mourut de pneumonie. Il ne présenta tout le temps de sa vie ni mouvements, ni sensibilité générale ou spéciale; c'était, disaient les nourrices, un enfant de bois; les membres étaient contracturés, surtout les supérieurs.

A l'ouverture du crâne, il s'écoula 120 grammes de liquide céphalo-rachidien occupant un espace cloisonné entre la pie-mère et la dure-mère. Le cerveau était extrêmement réduit, lisse. Il pesait 47 grammes. Celui d'un enfant normal, ayant cinq semaines de moins que le premier, pesait 470 grammes. Le cervelet, au contraire, était normal : il pesait autant que celui de l'autre enfant.

Entérectomie et entérorrhaphie pour tumeur du côlon ascendant, suivies immédiatement de l'extirpation des annexes de l'utérus. Guérison. — M. LE DENTU communique l'observation d'une malade entrée à l'hôpital Necker pour des lésions des annexes de l'utérus. Elle portait en même temps dans le côté droit de l'abdomen, à la limite du flanc et de la fosse iliaque, une tumeur que l'on aurait pu prendre pour un rein déplacé, car elle s'accompagnait du signe que M. Le Dentu regardait jusqu'alors comme caractéristique de cette affection : la diminution de largeur de la masse sacro-lombaire; mais elle n'avait pas la réductibilité franche d'un rein mobile; d'un autre côté, il n'existait aucun symptôme fonctionnel pouvant se rattacher à un néoplasme de l'intestin. Dans ces conditions, la laparotomie médiane fut pratiquée le 16 juillet pour remédier à la lésion des annexes et s'assurer de la véritable nature de la tumeur. Celle-ci, une fois séparée des adhérences qui l'unissaient à une anse d'intestin, fut reconnue formée par le gros intestin transformé en une masse dure et le mésocôlon épaissi.

Les deux feuillets du mésocôlon furent successivement détachés de l'intestin sur une quinzaine de centimètres de longueur, les artères pincées et liées chemin faisant; quelques ganglions qui se trouvaient dans son épaisseur furent extirpés, puis le

côlon réséqué au delà des limites de la partie malade, entre deux pinces droites, à longs mors garnis de caoutchouc. Les deux bouts du côlon furent ensuite réunis à l'aide de deux étages de sutures à la soie, à points séparés, le premier de dix-neuf points sur la muqueuse, le deuxième de vingt-six sur la séreuse, à l'aide de la fine aiguille de Reverdin.

Dans un second temps, les annexes furent rapidement extirpées. Les trompes étaient distendues, adhérentes à l'ovaire et contenaient du pus. Les suites opératoires furent des plus simples et la malade, actuellement, peut être considérée comme guérie.

La portion d'intestin réséquée mesure 22 centimètres de long. Elle est constituée par un épaississement circonférentiel de l'intestin ayant déterminé un rétrécissement d'un demi-centimètre de diamètre. La muqueuse est saine en amont de ce rétrécissement, tandis que, en aval, il existe une ulcération circulaire. L'examen histologique de cette néoplasie a montré qu'en aucun point, il n'existait de dégénérescence épithéliale. Il n'existe que des lésions d'inflammation au niveau de l'ulcération ; la couche des fibres musculaires circulaires est plus que doublée de volume et le tissu sous-séreux épaissi. Partout, on remarque des éléments embryonnaires, soit sous forme de traînées irrégulières, soit sous forme de nodules, mais l'apparence de ces nodules ne permet pas d'affirmer que l'on se trouve là en présence de follicules tuberculeux, les ganglions lymphatiques sont sains, et, en somme, cette néoplasie intestinale paraît n'être constituée que par des altérations de nature inflammatoire.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voix du scrutin, à l'élection de deux associés étrangers. M. Fayrer (de Londres) est élu par 39 voix sur 40 votants, et M. Bateman (de Norwick) par 38 voix sur 38 votants.

La séance est levée.

Séance du 4 août 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une note de M. le docteur E. Maurin, médecin de la marine, sur les piqûres du Myrmica exotique importé à Marseille ;

2° Un travail intitulé : « Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques d'aristol », par M. le docteur Nadaud (de Larochefoucauld) ;

3° Un mémoire sur le traitement du furoncle et de l'anthrax, par l'acide borique à l'intérieur et à l'extérieur, par M. le docteur Alison (de Baccarat).

PRÉSENTATION DE MALADES

Épithélioma de l'os frontal de la dure-mère sous-jacente et de la faux du cerveau; ablation des parties atteintes; guérison. — M. TERRIER présente une femme de cinquante-deux ans, qui vit apparaître, sur la cicatrice de deux ulcérations anciennes, une tuméfaction du frontal.

Après un examen attentif de la tumeur, M. Terrier pensa à une néoformation sarcomateuse.

La ponction exploratrice, faite dans un point fluctuant, vint encore consolider son diagnostic de tumeur maligne. L'opération démontra qu'il s'agissait, non d'un sarcome, mais d'un épithélioma, ayant envahi les os frontaux en grande partie, et avec l'os la dure-mère sous-jacente, voire même la partie antérieure de la faux du cerveau qu'il dut réséquer.

L'opération donna du sang, fourni par les os qu'il sectionna, par le sinus longitudinal supérieur qu'il lia aux deux extrémités réséquées, et enfin par quelques veines de la pie-mère, qui adhéraient par points à la dure-mère. M. Terrier ne vit jamais, chez le vivant, une pareille étendue de cerveau mise à nu.

Les sinus frontaux gauches étaient envahis par la tumeur. Il dut les réséquer ; mais, en outre, pour éviter toute contamination venant de ces cavités muqueuses, il bourra la plaie du sinus frontal de gaze iodoformée.

Le résultat fut excellent, la réunion immédiate des lambeaux du cuir chevelu et du front fut parfaite. Lorsqu'elle fut complète, M. Terrier se décida à enlever le tampon de gaze iodoformée placé dans le sinus frontal.

Cette malade est actuellement parfaitement guérie. Il est évident que la nature même de la lésion doit faire craindre pour l'avenir, mais rien ne s'opposerait à une nouvelle intervention, si elle devenait nécessaire.

Plaie pénétrante de la face supérieure de l'orbite. — M. POLAILLON présente, en son nom et au nom de M. Poirier, un jeune malade de dix-huit ans, qui fut atteint de plaie pénétrante du crâne dans les circonstances suivantes : Le 10 juillet dernier, il reçut un coup sur la nuque, au moment où il tenait un parapluie de la main gauche, l'extrémité inférieure dirigée du côté de l'œil gauche ; il tomba sur le parapluie qui pénétra obliquement dans l'orbite gauche ; au moment où il fut admis à l'hôpital, il présentait une hémorrhagie abondante, et dans les efforts qui furent faits pour retirer le parapluie, on sentit très nettement des craquements déterminés par des esquilles osseuses ; le parapluie avait pénétré à une profondeur de 5 centimètres.

M. Poirier, appelé dans ces circonstances et tenant compte du coma dans lequel se trouvait le malade, de la respiration stertoreuse, de l'existence d'un ralentissement et d'intermittences du pouls, diagnostiqua une plaie pénétrante de la voûte orbitaire.

Sur-le-champ, il tailla un grand lambeau frontal à base sourcilière, réséqua une partie de l'os frontal fracturé avec ablation d'esquilles, puis, la dure-mère incisée, il souleva le cerveau qui proéminait dans la plaie osseuse et aperçut alors très nettement la perforation de la voûte orbitaire qui siégeait près de la partie sphénoïdale ; il retira encore cinq esquilles osseuses, lia une artère qui donnait du sang, enleva les débris restants du globe oculaire, sutura la plaie cutanée et plaça un drain dans l'orbite. Dans les heures qui suivirent, le malade reprit connaissance et quelques jours après il était guéri.

Cette observation est intéressante, d'abord parce qu'elle est la première dans laquelle la voie frontale a été suivie dans le but d'explorer le fond de l'orbite, et ensuite parce que tous les accidents cérébraux ont disparu sans laisser aucune suite après eux.

COMMUNICATIONS

De la toxicité des urines au point de vue du diagnostic et du traitement. — M. SEMMOLA (de Naples) rappelle que la toxicité des urines, mise en lumière par les recherches de M. Bouchard, est due à l'élimination par les reins de nombreux produits toxiques qui se fabriquent dans l'organisme à l'état normal et dont la production augmente considérablement dans les maladies, et surtout dans les maladies aiguës infectieuses, et qui changent souvent d'un jour à l'autre sous des conditions biologiques qui, jusqu'ici, nous échappent.

Persuadé qu'un grand nombre des symptômes graves qui caractérisent ces maladies étaient dus à des empoisonnements produits par ces toxines, toxines que l'analyse chimique ne peut révéler, M. Semmola a pensé, pour les découvrir, à utiliser les résultats de l'analyse biologique, sur les animaux, des urines dans le courant des maladies. Pour cette analyse, il se sert du cobaye et du lapin ; pour obtenir des résultats concluants, il commence toujours l'injection par de petites doses d'urine et il répète simultanément ces injections à doses progressives sur plusieurs animaux, pour avoir une idée exacte des graduations de la forme toxique expérimentale.

Il est évident que le rapprochement plus ou moins complet entre le nosographisme clinique et le nosographisme toxique expérimental constituera, pour le clinicien, un indice important lui permettant de conclure que tels ou tels symptômes graves, observés chez le malade, peuvent être en rapport avec telle ou

telle autre action toxique de son urine sur les animaux en expérience.

C'est ainsi que, dans un cas de pneumonie infectieuse très grave à la suite de l'influenza, comme le quatrième jour on constatait des phénomènes éclamptiques et tétaniques, on dut songer à la probabilité d'une méningite cérébro-spinale. Or, l'analyse biologique des urines que le malade avait rendues pendant les premières douze heures de l'apparition de ces symptômes si alarmants, ayant reproduit chez les animaux les mêmes symptômes permit à M. Semmola de déclarer péremptoirement qu'il y avait simplement là un tableau toxique et non une méningite. Vingt-quatre heures plus tard la forme convulsive a disparu.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un vaste phlegmon du bras droit avec un état septicémique très grave. Non seulement l'analyse biologique des urines permit de reproduire sur les animaux la même forme clinique grave, mais lorsque le malade ne semblait pas s'améliorer, parce qu'il était dans un état général de prostration, dû à une diarrhée intercurrente, l'analyse biologique des urines n'ayant pas reproduit chez les animaux la précédente forme clinique d'empoisonnement, M. Semmola put annoncer une amélioration prochaine. L'événement lui donna raison.

Prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés. — M. VALUDE. L'introduction en obstétrique de la méthode de Crédé, c'est-à-dire l'instillation, au moment de la naissance, dans les yeux de l'enfant nouveau-né, d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100 a fait tomber considérablement la proportion des ophthalmies. Toutefois l'application de cette méthode n'est pas toujours parfaitement réalisable parce que la solution de nitrate d'argent, même conservée dans les meilleures conditions, s'altère et devient inactive et d'autre part les sages-femmes n'ont pas qualité pour prescrire une solution d'un sel aussi caustique; et c'est chez les sages-femmes des grandes villes que se produit la majeure partie des ophthalmies des nouveau-nés qui aboutissent aux pires conséquences.

Il serait donc intéressant de vulgariser l'emploi d'une méthode facile à mettre en pratique, innocente dans ses conséquences immédiates, et en même temps sûre.

La poudre d'iodoforme insufflée au moment de la naissance dans les yeux des nouveau-nés semble répondre à ces désidérata sans présenter les quelques inconvénients du nitrate d'argent. La poudre d'iodoforme en effet peut se conserver longtemps sans altération; elle ne peut être confondue avec aucune autre substance et l'usage peut en être permis aux sages-femmes. L'insufflation de la poudre d'iodoforme est aussi facile que l'instillation d'une solution de nitrate d'argent et l'on ne constate pas après l'iodoforme la petite réaction conjonctivale qui marque l'usage du nitrate d'argent ou du simple jus de citron employé avec succès par M. le professeur Pinard.

En raison de ces quelques avantages de commodité, il y aurait donc un motif d'adopter le mode de désinfection des yeux des nouveau-nés par la poudre d'iodoforme, s'il était démontré que par ce moyen la prophylaxie de l'ophthalmie est aussi bien assurée que par le nitrate d'argent.

Or, les statistiques recueillies dans le service de M. le professeur Tarnier et de M. Bar, portant sur un chiffre de plus de 500 enfants, ont montré que, toutes choses égales d'ailleurs, désinfection maternelle et hygiène nosocomiale, la proportion des ophthalmies était *deux fois moindre* avec l'insufflation de l'iodoforme qu'avec l'applicaiion de la méthode de Crédé.

La poudre d'iodoforme finement porphyrisée se loge dans les culs-de-sac conjonctivaux, s'y maintient pendant plusieurs jours en assurant l'asepsie du champ oculaire. La désinfection de l'œil est ainsi assurée sans qu'on ait rien à redouter du côté de la cornée que l'iodoforme ne peut attaquer. De plus il semble que les ophthalmies qui se déclarent malgré cette prophylaxie aient perdu une partie de leur virulence, la cornée est rarement attaquée et surtout compromise après la désinfection par la poudre d'iodoforme.

La nouvelle méthode peut se formuler ainsi : Aussitôt après la naissance, pendant le court instant d'arrêt qui précède la section du cordon, on essuiera les yeux du nouveau-né avec une boulette de coton hydrophile imbibée d'un liquide antiseptique quelconque et on insufflera entre les paupières entr'ouvertes une petite quantité de poudre d'iodoforme finement pulvérisé.

Cette insufflation ne sera pas répétée.

D'une nouvelle méthode de traitement de la conjonctivite granuleuse. — M. ABADIE rappelle que l'ancien traitement de la conjonctivite granuleuse consistait à retourner les paupières avec les doigts et à cautériser la portion de conjonctive ainsi mise à nu avec des caustiques, de préférence le sulfate de cuivre.

Ces cautérisations journalières, pénibles et douloureuses, ne procuraient la guérison qu'au bout d'un temps fort long et quelquefois, malgré tout, après de cruelles souffrances, la cécité survenait.

Le traitement actuel qu'il préconise consiste d'abord dans le renversement complet des paupières, surtout la supérieure, avec mise à nu du cul-de-sac conjonctival supérieur, chose qu'on ne faisait jamais auparavant.

C'est, en effet, dans la partie du cul-de-sac supérieur inaccessible par le simple renversement ordinaire que se trouve le véritable foyer infectieux, qu'il faut attaquer vigoureusement et qui était toujours épargné jadis.

Le renversement doit donc être complet, et, pour cela, il faut des instruments spéciaux et le chloroforme, en raison de la douleur violente que provoque cette manœuvre.

Une fois la paupière saisie avec des pinces analogues aux pinces à forcipressure de M. Péan, puis renversée deux fois sur elle-même, ou, pour mieux dire, complètement enroulée autour de la pince, jusqu'à ce que le cul-de-sac supérieur conjonctival apparaisse, complètement à nu, avec un petit bistouri bien tranchant, on fait de larges scarifications dans la muqueuse. A travers ces boutonnières, on voit saillir le tissu sous-muqueux.

On prend alors une brosse à dents assez dure; on la trempe dans une solution de sublimé à 1 p. 500 et on brosse assez vigoureusement la surface cruentée, tantôt dans un sens, tantôt dans un autre. Les jours suivants, on retourne simplement les paupières et on touche la surface conjonctivale avec une solution de sublimé à 1 p. 500. Ce traitement s'applique indistinctement à tous les cas, quelle que soit la complication existante, et son efficacité est, pour ainsi dire, d'autant plus grande que la complication est plus sérieuse.

A qui revient le mérite d'une conquête thérapeutique aussi importante? Elle n'est pas l'œuvre d'un seul : Guaita a recommandé le sublimé à doses fortes; Sattler a surtout insisté sur l'efficacité des scarifications combinées au curetage du tissu granuleux; l'idée du brossage revient à Manolescu.

Mais en somme, la valeur du procédé consiste dans l'application simultanée de ces divers moyens qui, employés isolément, sont insuffisants. C'est ce que MM. A. Darier et Abadie se sont efforcés de mettre en lumière et de vulgariser. Les résultats qu'ils obtiennent ainsi depuis un an sont des plus satisfaisants.

Traitement local de l'endométrite chronique par les crayons de sulfate de cuivre. — M. DUMONTPALLIER lit une note sur ce sujet. Il rappelle que, malgré les critiques qui ont été faites au traitement de l'endométrite par les crayons de chlorure de zinc, à l'étranger cette méthode jouit d'une certaine faveur et l'on a pu dire que le crayon de chlorure de zinc est le seul traitement pratique des endométrites purulentes tenaces, des métrorrhagies de la ménopause, de certaines hémorrhagies symptomatiques des fibromyomes de l'utérus.

Mais il n'avait pas attendu la critique de M. le professeur Le Dentu, pour rechercher si d'autres préparations que le chlorure de zinc ne pourraient pas être utilement mises en usage dans le traitement local de l'endométrite chronique.

Le sulfate de cuivre n'a point d'action toxique et, de plus, il est considéré comme un antiseptique de premier ordre.

M. Dumontpallier expérimenta en premier lieu les lavages intra-utérins, mais ils n'avaient qu'une action trop superficielle, et il eut recours aux crayons de sulfate de cuivre, qui devaient être laissés à demeure. Après plusieurs essais, il ne tarda pas à reconnaître que, pour avoir un effet utile, le sulfate de cuivre devait être maintenu en contact avec les parties malades un temps nécessaire, afin d'agir comme cathérétique et comme modificateur de la sécrétion glandulaire de la muqueuse utérine.

Il introduit et laisse à demeure dans la matrice un crayon composé d'une partie de sulfate de cuivre pour une partie de farine de seigle. La longueur du crayon à introduire dans la matrice est égale à la longueur du canal cervico-utérin. Un crayon de 7 centimètres et demi pèse 1 gramme, il renferme donc 50 centigrammes de sulfate de cuivre. Cette dose de médicament actif est suffisante pour déterminer une cautérisation superficielle de la muqueuse et, par son maintien dans la cavité utérine pendant plusieurs heures, le sulfate de cuivre pénètre dans les culs-de-sac glandulaires dont il détruit les éléments septiques.

Le séjour du crayon dans la matrice peut ne déterminer aucune douleur ; si la douleur se manifeste, elle est négligeable et n'est suivie d'aucune complication grave. Cette absence de complication est due très vraisemblablement aux propriétés antiseptiques du sulfate de cuivre.

Après l'application du crayon M. Dumontpallier introduit dans le vagin de la gaze iodoformée pour protéger la muqueuse vaginale. Le quatrième ou le cinquième jour, il procède au premier pansement ; on constate que le tampon iodoformé est imprégné d'une sérosité purulente ou sanguinolente, sérosité de couleur verdâtre ou noirâtre. Un grand lavage vaginal est pratiqué avec l'eau phéniquée au centième et il place à nouveau dans le vagin de la gaze iodoformée.

L'application du crayon de sulfate de cuivre est indiquée et donne des résultats satisfaisants dans toute endométrite chronique, que celle-ci reconnaisse pour cause un accouchement plus ou moins éloigné, un avortement, ou la blennorrhagie. L'endométrite hémorrhagique est de même justiciable du même mode de traitement et, sur cent observations, l'orateur n'a constaté d'inflammation péri-utérine passagère, sans gravité, que trois fois. Est-ce à dire que toujours le sulfate de cuivre guérit l'endométrite ? Non, car, quatre fois l'auteur a dû avoir recours au chlorure de zinc pour compléter la guérison. Mais, en somme, il résulte que sur cent observations d'endométrites chroniques, quelles qu'en fussent la forme clinique et la nature étiologique, quatre fois seulement le sulfate de cuivre n'a pas donné de résultat complet.

M. Dumontpallier déclare n'avoir jamais observé d'atrésie par bourgeonnement ni de sténose par rétraction du tissu cicatriciel, parce que le sulfate de cuivre est seulement cathérétique ; la fonction menstruelle avait lieu aux époques régulières.

La conclusion pratique qui découle de cette communication est qu'il faut commencer le traitement de l'endométrite chronique avec le sulfate de cuivre, qui n'offre aucun inconvénient, et réserver le chlorure de zinc pour les cas rebelles.

La séance est levée.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

(SESSION DE 1891)

Séance du 31 juillet (soir). — Présidence de M. VILLEMIN.

QUATRIÈME QUESTION

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE ET ANIMALE.

M. ARLOING. On a élevé, contre la prohibition des viandes provenant d'animaux tuberculeux, un certain nombre d'objections qu'il convient de réfuter.

Une des principales objections qui ont été faites à ce sujet reposait sur ce fait que l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose bovine n'était pas encore démontrée. Or, cette identité est actuellement prouvée suffisamment, non seulement par les expériences de M. Chauveau, qui a rendu tuberculeux des bœufs auxquels il faisait ingérer des produits de tuberculose pulmonaire de l'homme, mais encore par les faits, déjà nombreux, de tuberculoses locales ou viscérales contractées par des vétérinaires qui s'étaient blessés en pratiquant des autopsies de vaches pommelières.

D'autre part, on nous objecte que la virulence des viandes provenant de bêtes tuberculeuses et livrées à la consommation, est déjà contestable ou bien minime, lorsqu'on injecte leur sérum dans le tissu conjonctif, de sorte qu'on peut la considérer comme tout à fait négligeable lorsqu'elle ne peut s'exercer que dans l'intestin. La voie digestive est cependant encore très favorable à la tuberculisation, bien qu'elle le soit évidemment moins que la voie péritonéale ou conjonctive qui, sur 100 cobayes, a donné 20 cobayes tuberculeux, par inoculation de chair de bêtes tuberculeuses, et cependant exemptes de lésions musculaires. Il faut d'ailleurs ne considérer ce chiffre que comme un minimum, attendu que le virus est distribué d'une façon inégale et irrégulière dans les tissus, que l'on inocule seulement de très petits fragments de tissus et qu'enfin les muscles sont évidemment moins virulents que les ganglions lymphatiques, lesquels, sans présenter de lésions tuberculeuses apparentes, renferment souvent des bacilles faciles à mettre en évidence.

Les adversaires de la prohibition de la chair des animaux tuberculeux soutiennent que la cuisson suffit, en tout cas, à faire disparaître les faibles dangers que présente l'utilisation des viandes de bêtes tuberculeuses. Il est, en effet, exact que la cuisson, comme l'ont montré les expériences de Johne, fait disparaître les chances de tuberculisation, à condition qu'elle soit parfaite ; mais elle ne fait que diminuer ces chances, lorsqu'elle n'aboutit pas à la coagulation de l'albumine du suc dans toutes les parties du muscle.

D'après les chiffres fournis par les nombreuses expériences qui ont été faites à ce sujet, on peut calculer que, par l'ingestion de la viande des bœufs reconnus tuberculeux, cuite dans les conditions ordinaires, on pourrait tuberculiser chaque année 163300 cobayes à Bade, 156700 à Paris et 23000 à Lyon. On peut ainsi se faire une idée des conséquences qui ont pu résulter de la consommation de ces viandes.

Enfin, dit-on dans une quatrième objection, ne risque-t-on pas, même si quelques dangers subsistent après la cuisson de la viande des bêtes tuberculeuses, de causer plus de tort à l'humanité, à la classe pauvre surtout, en la privant de ces viandes qu'en les lui laissant consommer ?

En évaluant à 5 p. 100 le nombre des animaux tuberculeux, et en considérant que le citadin consomme par an en moyenne 64 k. 600, l'habitant de la campagne 21 k. 890, il en résulte que la saisie totale des bêtes tuberculeuses priverait seulement, par année, le premier de 323 grammes de viande et le second de 109 grammes.

Il est facile de répondre à la dernière objection qu'on a faite et qui a trait aux pertes de l'agriculture et aux entraves dans les négociations commerciales, qui pourraient résulter des mesures énergiques prises en vue de parer à un danger minime. Ce danger n'est nullement minime, ainsi que cela a été suffisamment établi, et, d'autre part, on ne saurait accuser les mesures prohibitives de causer une perte considérable à l'agriculture et d'augmenter le prix de la viande dans de notables proportions, puisque, pour 820415847 francs de viande de bœuf consommée en France, la destruction totale des viandes d'animaux tuberculeux occasionnerait seulement une perte de 1230615 francs.

Le Congrès de 1888 a émis la déclaration suivante : « Il y a lieu de poursuivre par tous les moyens, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totale, pour toutes les viandes provenant

d'animaux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux. » L'arrêté ministériel n'a admis ni la saisie totale ni l'indemnisation, et il s'est contenté d'interdire la consommation des viandes d'animaux tuberculeux, à la condition que les lésions fussent généralisées, c'est-à-dire non localisées dans les organes viscéraux, ou que les lésions, quoique localisées, aient envahi la plus grande partie d'un viscère ou produit une éruption sur les parois de la poitrine ou de la cavité abdominale. Cet arrêté ne nous donne satisfaction, ni au point de vue scientifique, ni même au point de vue pratique, en raison des divergences d'interprétation possibles suivant les inspecteurs.

Il n'est pas nécessaire de détruire les viandes prohibées, et il suffit de les stériliser par la cuisson, la transformation en conserves et en extraits de viande, ou encore par la salaison, de façon à les rendre bonnes pour la consommation. De cette manière on diminuerait de moitié le chiffre des indemnités. Celles-ci n'atteindraient d'ailleurs que 1 439 178 francs pour les viandes de bœuf, de veau et de porc, et il suffirait, pour obtenir chaque année plus de 2 millions, d'imposer une taxe de 0 fr. 50 par bœuf, 0 fr. 25 par veau et 0 fr. 20 par porc, au moment où on les sacrifie pour les livrer à la consommation. Les produits de ces taxes permettraient donc d'assurer le paiement des indemnités et le fonctionnement des services d'inspection.

M. Arloing demande au Congrès qu'il veuille bien persister dans ses précédentes déclarations, sauf en ce qui regarde la destruction des viandes saisies, et attirer l'attention des pouvoirs publics sur les mesures indispensables :

1° Pour organiser un service d'inspection des viandes sur toute l'étendue du territoire français;

2° Pour pratiquer la saisie totale des viandes tuberculeuses;

3° Pour rendre les viandes saisies propres à la consommation;

4° Pour indemniser les producteurs de la perte entraînée par l'application des règlements.

M. NOCARD pense que la quantité de viande qu'il faudrait détruire serait beaucoup plus considérable que ne le suppose M. Arloing en basant ses calculs sur les statistiques fournies par les abattoirs; il faut bien se rendre compte, en effet, qu'un propriétaire qui a une bête suspecte se gardera bien de la mener à l'abattoir et qu'il la fera tuer dans la banlieue, d'où elle reviendra à la ville sous forme de viande de boucherie. M. Arloing évaluait tout à l'heure à 5 p. 1 000 le nombre des animaux tuberculeux et c'est cette évaluation qui lui a servi de point de départ pour établir les chiffres qu'il a donnés ensuite; or, pour donner une idée de la façon dont peuvent varier ces évaluations, il suffira de rappeler un fait communiqué par M. Vincent (de Bucharest) : une première évaluation avait permis de fixer à 3 ou 4 p. 1 000 le nombre des bêtes tuberculeuses; on décida de donner à chaque propriétaire des animaux saisis une indemnité égale au quart de leur valeur et immédiatement la proportion des animaux tuberculeux s'éleva à 30 p. 1 000.

Il est évidemment très important de chercher à donner des chiffres plus exacts, et les pouvoirs publics s'effraieraient des conséquences possibles des mesures à prendre si, après enquête, on trouvait des chiffres bien supérieurs à ceux qui auraient été donnés, car il pourrait en résulter une augmentation considérable du montant prévu des indemnités.

M. TRASBOT dit que, pour avoir une inspection sévère, il faut supprimer tous les abattoirs particuliers, qui, pour le département de la Seine seulement, sont au nombre de six à sept cents, et qu'on ne peut faire visiter pour cette raison par des inspecteurs suffisamment nombreux; il est donc utile de chercher à les remplacer, dans le voisinage des villes, par un ou plusieurs abattoirs publics, dans lesquels l'inspection des viandes peut être faite d'une façon efficace. On a objecté à cette idée les frais que pourrait entraîner cette substitution des abattoirs particuliers; or, il est prouvé que les frais, dans les abattoirs particuliers, sont plus élevés que dans les abattoirs publics; dans ceux-ci, en effet, les frais d'abatage ne s'élèvent, pour un bœuf, qu'à 14 ou 15 francs, tandis que, dans les boucheries particulières, ils atteignent 35 à 45 francs.

M. Trasbot demande donc au Congrès d'émettre un vœu pour que, dans la banlieue de Paris, tous les abattoirs particuliers soient supprimés et remplacés par un ou plusieurs abattoirs publics.

M. BUTEL dit que l'on ne peut espérer la réalisation immédiate de ces mesures au sujet des viandes d'animaux tuberculeux; mais, en attendant, le Congrès doit chercher à employer des moyens palliatifs pour combattre le mal.

La loi veut que, partout où il existe un abattoir public ou particulier, il y ait un service d'inspection des viandes; or, la loi reste illusoire, car, dans la grande majorité des cas, il n'y a pas d'inspecteurs, soit dans des villes de moyenne importance, soit même dans de grandes villes.

Il propose au Congrès d'adresser à l'autorité compétente un vœu destiné à combler cette lacune, et, par ce moyen, on obtiendrait déjà une amélioration immédiate.

Pour ce qui est des dangers d'infection par le lait, M. Butel pense qu'il serait également utile de demander la création d'une surveillance sanitaire de toutes les vacheries industrielles, de façon à faire écarter les bêtes suspectes.

M. DEGIVE (de Bruxelles) croit avec M. Arloing qu'il faut absolument pouvoir réaliser la *saisie totale* des animaux tuberculeux; c'est là la seule façon d'arriver à une prophylaxie sérieuse de la tuberculose. Mais il faut pouvoir indemniser le propriétaire de la bête saisie. Il suffit de transformer par la cuisson les viandes saisies, de façon à les livrer sans danger à la consommation, en les vendant bon marché, ainsi que cela se fait en Allemagne pour la ladrerie. Il est, en outre, un moyen très pratique, c'est l'assurance, couverte par le montant des taxes payées par les propriétaires. En Belgique, dans la province de Liège, on a pu donner au propriétaire les deux tiers de la valeur de la bête saisie, à l'aide d'une caisse provinciale alimentée par les taxes imposées aux propriétaires, et il espère voir décréter l'assurance obligatoire, comme on a déjà l'inspection obligatoire des viandes de boucherie.

M. LAQUERRIÈRE a déjà demandé et demande encore que les vacheries industrielles soient l'objet d'une surveillance sérieuse et suivie.

Pour les viandes il tient à signaler l'insuffisance de l'article 13 de la loi sanitaire et la nécessité d'y ajouter un paragraphe additionnel conçu dans ce sens : la vente de l'animal atteint de maladie contagieuse, de tuberculose notamment, est nulle, à moins qu'il ne soit prouvé que la bête a contracté la maladie chez l'acquéreur.

Il lui reste à émettre un troisième vœu concernant l'organisation, dans toute l'étendue de la France, d'un service d'inspection des foires et marchés, des abattoirs et des tueries particulières, comme le veut la législation sanitaire.

M. ROBCIS, appartenant au service des épizooties de la Seine, a cherché au moyen de statistiques s'il existait, chez l'espèce bovine, une corrélation entre l'aptitude à la lactation et l'aptitude à la tuberculose. En 1889, il a examiné à ce point de vue 3 516 têtes de bétail; en 1890, il a pu en examiner un chiffre à peu près égal, et dans ces deux années il a trouvé 7 cas de tuberculose, soit 2 p. 100 en 1889, et 17 cas, soit 5 p. 100 en 1890; et il s'est trouvé que, parmi les 24 cas de tuberculose, c'étaient les espèces donnant le plus de lait qui constituaient le plus fort contingent.

M. ESPINA Y CAPO (de Madrid) lit une communication dont voici les conclusions :

1° La prophylaxie de la tuberculose humaine et animale doit être générale et individuelle.

2° La prophylaxie doit s'exercer aussi bien sur les personnes que sur les animaux; principalement sur les animaux domestiques et ceux destinés à l'abatage.

3° Elle doit s'exercer également sur les boissons alimentaires,

et, d'une manière spéciale, sur le lait et le sang provenant des animaux tuberculeux.

4° La prophylaxie générale doit être à la charge de l'État.

5° La prophylaxie individuelle pour les personnes devra être conseillée par les médecins et doit être obligatoire quant aux animaux, au moyen d'une loi ou d'ordonnances édictées d'accord avec les conclusions de ce Congrès.

6° La prophylaxie générale chez les personnes consistera :

A. Isolement des tuberculeux pauvres dans les établissements organisés à ce sujet, hôpitaux, etc.

B. Autant que possible, isolement des tuberculeux et grands soins dans la famille.

C. Destruction par le feu des produits des tuberculeux, particulièrement des matières d'expectoration (crachats) et stercorales (déjections).

D. Destruction par le feu aussi des effets, linges et lits des tuberculeux riches et désinfection, au moyen de la vapeur d'eau ou de la chaleur sèche, du matériel des hôpitaux des tuberculeux; désinfection des habitations au moyen de la chaux et du sublimé, et, si c'est possible, par des fumigations sulfureuses.

E. Éviter autant que l'on pourra les mariages entre tuberculeux ou entre une personne saine et une tuberculeuse, et si, malgré tout, cette liaison se réalisait, empêcher la lactation maternelle, surveillant avec soin l'élection de la nourrice et isolant autant que cela se pourra le contact des parents avec le nouveau-né.

F. Développer aussi, autant que cela sera possible, les cavités splanchniques et ordonner la gymnastique respiratoire aux sujets prédisposés, ou nés de parents tuberculeux, ou père et mère de tuberculeux.

7° La prophylaxie individuelle pour les personnes s'effectuera en conseillant l'adoption dans l'intérieur de la famille des moyens énoncés ci-dessus et aussi par la propagande dans les réunions ou athénées scientifiques et populaires, avec le concours de la presse et enfin avec tous les moyens de propagande dont disposent nos sociétés modernes.

8° La prophylaxie chez les animaux doit s'exercer au moyen de la destruction par le feu (crémation) des animaux tuberculeux et de leurs produits, avec ou sans indemnités.

9° Il doit être créé une inspection spéciale dans les abattoirs ainsi que partout où se trouvent les animaux tuberculeux, afin de pouvoir les détruire au moyen du feu et que personne ne puisse faire usage de leurs restes.

10° On devra organiser une étude internationale de cette maladie et même des comités internationaux qui puissent surveiller l'adoption des conclusions de ce Congrès, leur donnant force de loi ou d'ordonnances, selon le caractère de chaque nation.

11° Pour éviter les possibilités de contagion, il est nécessaire de ne prendre aucune espèce de lait sans bien la faire bouillir auparavant et que les viandes supportent, pendant une demi-heure au moins, une température de leur masse centrale de 70 degrés, avant de les servir. Ne pas admettre à la vente les entrailles des animaux soupçonnés de maladie tuberculeuse et enfin ne pas permettre que, dans aucun cas, les viscères et les masses musculaires soient mêlés avec les autres pièces de l'animal dans le trajet de l'abattoir aux divers points de vente.

12° On devra former une liste par ordre corrélatif des animaux plus ou moins susceptibles d'être atteints de tuberculose et installer dans les abattoirs, places et surveillances des marchés et des halles, un contrôle microscopique pour les animaux et leurs viscères destinés à la vente, afin de pouvoir détruire sans appel ceux soupçonnés de maladie.

M. VERNEUIL. Lorsqu'on se trouve appelé à donner des soins à une femme enceinte qui est syphilitique, on institue un traitement convenable et l'on prend les mesures que comporte cette condition spéciale de la grossesse. Or, rien de semblable n'a été fait lorsque, au lieu de syphilis, il s'agit de tuberculose.

Que la femme syphilitique ne soit pas enceinte, mais qu'elle désire le devenir, on lui recommande de différer autant que possible. A-t-on jamais songé à faire prendre les mêmes précautions lorsqu'il est question de tuberculose? Et pourtant la chose en vaudrait la peine; non seulement lorsqu'il s'agit de tuberculose viscérale, mais même si l'on a simplement affaire à des tuberculoses atténuées, à des tuberculoses locales, à de simples abcès froids; il serait bien facile de conseiller à une malade, présentant un abcès froid, d'attendre, avant de s'exposer à une grossesse, que cet abcès froid soit guéri.

Enfin, un troisième cas se présente, celui d'une personne dont les manifestations tuberculeuses sont actuellement éteintes et qui veut se marier; personne n'ignore l'influence désastreuse que la grossesse peut exercer sur les tuberculoses éteintes, depuis un temps même suffisamment long. Il me semble donc que, dans ce cas, comme dans les précédents, on devrait, en songeant non seulement à la femme, mais aussi à la progéniture qu'elle peut donner, prendre certaines mesures analogues à celles que l'on a continué de prendre vis-à-vis des syphilitiques se trouvant dans les mêmes conditions.

M. TISON fait une communication sur la prophylaxie hygiénique de la tuberculose, c'est-à-dire sur la nécessité de prévenir cette maladie qu'on ne connaît aucun moyen de guérir, et contre laquelle on peut à peine concevoir un vague espoir de trouver un virus-vaccin qui agirait sur elle comme le vaccin agit sur la variole. Rappelant l'importance du milieu hygiénique dont M. Verneuil codifiait, l'autre jour, les lois, importance telle qu'il peut retarder et enrayer l'éclosion de la tuberculose et l'améliorer quand elle a commencé son évolution, M. Tison laisse de côté ce qui a trait aux logements insalubres, parce qu'il a traité cette question au dernier congrès à propos du troglodytisme moderne dans les grandes villes; il n'insiste pas davantage sur les conditions générales qui peuvent empêcher l'éclosion de la maladie chez les héréditaires, c'est-à-dire chez les descendants de parents tuberculeux, car, chez eux, la lutte est possible, mais il s'occupe plus spécialement des individus vigoureux, nés de parents sains qui contractent la tuberculose, par suite de manquements graves à l'hygiène. Chez ces derniers, la lutte peut être victorieuse.

En dehors des mauvaises conditions tenant au logement, à l'alimentation, aux excès de toutes sortes, on a fréquemment l'occasion d'observer l'influence considérable que l'usage peu modéré des boissons alcooliques exerce sur le développement de la tuberculose chez des individus forts et vigoureux, qu'on ne peut pas considérer comme des héréditaires. Cette influence est d'autant plus pernicieuse qu'on s'imagine, en prenant ces boissons, en obtenir un surcroît de force et de vigueur. C'est là un préjugé qu'il faut combattre et détruire dans le monde en général, mais surtout dans le monde des commerçants et des ouvriers. C'est une erreur physiologique de croire que, pour résister à des durs et rudes travaux, il faut prendre souvent des boissons alcooliques. Ce préjugé est d'autant plus enraciné que la quantité d'alcool suffisante pour désorganiser la nutrition, ne l'est pas assez pour produire l'ivresse.

L'homme qui boit habituellement plus d'une bouteille de vin dans les vingt-quatre heures voit ses digestions devenir plus lentes et plus pénibles; peu à peu son appétit diminue et sous prétexte de le renforcer, il absorbe ces nombreuses boissons alcooliques qui passent pour apéritives et qui ne font qu'aggraver le mal. Bientôt la gastrite s'établit avec toutes ses conséquences, mais surtout avec la pituite et le mal de cœur au réveil, qu'on combat : les hommes, par du rhum ou autre boisson renfermant beaucoup d'alcool; les femmes, par du cassis et surtout par du vulnéraire, liqueur funeste qui a la réputation de ne jamais faire de mal. En même temps, le sommeil devient moins réparateur, il est agité et troublé par des rêves pénibles et des cauchemars où dominent les visions d'animaux, les idées de mort, d'enterrement, les préoccupations professionnelles, les chutes dans des trous, des précipices, dans l'eau trouble, etc. Le repos n'est plus assuré et la réparation des forces ne se fait plus à cause de l'alimentation qui devient insuffisante par manque d'appétit. Bientôt

surviennent les crampes dans les mollets, le tremblement des mains; le caractère devient d'une émotivité exagérée qui porte les malades à rire ou à pleurer sous le moindre prétexte.

Une fois dans l'économie, l'alcool altère le tissu conjonctif qui devient d'abord scléreux pour subir ensuite la dégénérescence graisseuse. Alors, suivant les cas et suivant les individus, le mal se porte avec plus d'intensité sur un organe de préférence à un autre, le cerveau (folie alcoolique), le foie (cirrhoses), les reins (néphrites), le cœur et les vaisseaux (artério-sclérose), enfin, sur les poumons où le bacille de Koch vient s'implanter et produire la tuberculose pulmonaire. En reconnaissant la fréquence de ces diverses maladies qu'on doit légitimement attribuer à l'alcool, M. Tison soutient que la tuberculose pulmonaire de même origine est également très fréquente, car elle atteint encore, consécutivement, les malades atteints de quelques-unes des manifestations précédentes. C'est ainsi qu'on voit des cirrhotiques mourir tuberculeux et que beaucoup d'alcooliques renfermés dans les asiles d'aliénés succombent à la phthisie pulmonaire.

A l'appui de cette manière de voir, M. Tison résume rapidement un certain nombre d'observations où on voit l'abus des boissons alcooliques produire manifestement la tuberculose pulmonaire. Il montre ensuite des cas où la cirrhose du foie, la syphilis hâtent l'évolution de la tuberculose. Il cite un cas où le paludisme s'est terminé de la même façon, ce qui montre le peu de valeur qu'il faut attribuer à la théorie, d'après laquelle il y aurait incompatibilité entre ces deux maladies.

Généralement la tuberculose d'origine éthylique, comme, du reste, toutes les tuberculoses acquises, débute par le sommet du poumon droit, mais il y a, cependant, des cas beaucoup moins nombreux où le début se fait par le poumon gauche, ce qui est le mode ordinaire d'évolution de la tuberculose acquise.

Les observations rapportées ont toutes été recueillies sur des hommes parce que, chez eux, la démonstration est plus complète, on a l'aveu du malade, ce qui n'a pas lieu chez le femme.

En résumé, parmi toutes les influences fâcheuses qui font, de Paris et des grandes villes, un milieu prédisposant à la tuberculose, l'habitude de prendre chaque jour une dose plus ou moins exagérée de n'importe quelle boisson alcoolique joue un très grand rôle. C'est cette constatation qu'il faut prier la presse de répandre dans le public. M. Tison demande, en terminant, que, si le commerce ne veut pas déclarer loyalement la qualité et la provenance de la marchandise, on lui applique la loi réservée à la fabrication et à l'émission de la fausse monnaie. Il est plus criminel de nuire à la santé qu'à la bourse d'autrui.

M. ARMAINGAUD distribue, aux membres du Congrès, une petite brochure destinée à être répandue dans le public et renfermant des instructions sur l'utilité, au point de vue de la prophylaxie de la tuberculose, de conseiller la désinfection et la destruction des crachats dans toutes les maladies à expectoration.

Il annonce qu'il est chargé, par un généreux anonyme, de mettre à la disposition du Congrès une somme de 1500 francs, destinée à combler un déficit.

M. ARTHAUD établit la fréquence excessive de la tuberculisation par les locaux contaminés. Il montre, en s'appuyant sur un relevé d'observations portant sur des centaines de cas, que 80 p. 100 des tuberculoses accidentelles résultent de ce mode de transmission. En étudiant les cas récents, et au moyen d'enquêtes approfondies, il prouve que les autres modes de contagion sont négligeables.

Les conclusions résultent de deux catégories de faits : 1° l'examen détaillé de 97 observations de tuberculoses à la période d'invasion dans lesquelles l'influence du local s'est montrée absolument indiscutable dans 80 cas; 2° des enquêtes locales faites dans des locaux ouvriers, d'où il résulte que sur deux immeubles il obtient les chiffres suivants :

	1er immeuble	2e immeuble
Total des locataires.	75	25
Total des tuberculeux.	30	20
Tuberculeux contaminés par le local.	23	17

d'où l'auteur déduit les proportions de 50 p. 100 d'ouvriers tuberculeux et de 60 p. 100 de tuberculeux infectés par leur séjour dans des pièces contaminées. Il montre, en outre, par une série d'exemples :

1° Le danger de contagion résultant des agglomérations dans les ateliers ou les bureaux. Il cite, dans cet ordre d'idées, l'usine municipale d'électricité et certains locaux de l'Imprimerie nationale ;

2° Le danger, pour les personnes saines, d'aller habiter pendant plus d'un mois les stations balnéaires ou hivernales fréquentées par les tuberculeux, à cause des foyers locaux créés par le séjour antérieur de tuberculeux avancés. Il prouve, d'autre part, que la tuberculose, si elle est contagieuse par cette voie, n'est point aussi facilement transmissible qu'on pourrait le croire, puisque d'après les constations il faut séjourner en moyenne un mois dans un local infecté pour assurer l'inoculation; ce qui élimine les dangers qui pourraient résulter des déplacements journaliers et l'infection supposée dans les trains ou les hôtels de passage. Il conclut en disant que la tuberculose peut et doit, sous l'influence de mesures prophylactiques, finir par diminuer de fréquence et disparaître totalement, et il termine en soumettant au Congrès un projet de réglementation qui prévoit : 1° la déclaration obligatoire par le médecin de l'état civil, des décès de tuberculeux; 2° la désinfection obligatoire des locaux suspects après décès; 3° la surveillance spéciale des garnis à Paris et dans les villes d'eaux, et le vote de lois permettant aux autorités d'imposer la désinfection annuelle ou bisannuelle des garnis; 4° l'affichage de prescriptions hygiéniques dans les ateliers soumis à la surveillance et la désinfection de ces locaux en cas d'épidémie constatée.

M. LANDOUZY lit, au nom de M. Bouland (de Limoges), un travail sur l'influence des poussières de kaolin sur la tuberculose des porcelainiers.

On a depuis longtemps remarqué la fréquence des scléroses pulmonaires chez les ouvriers porcelainiers; il s'agit de lésions tuberculeuses nettement bacillaires. Les poussières de kaolin créent dans les poumons des lésions irritatives, qui constituent une porte d'entrée pour les bacilles. Il est intéressant de signaler la marche lente de cette affection, attendu que l'on peut voir dans la cause même de la tuberculisation la raison qui restreint les dégâts causés par l'envahissement bacillaire. Il se fait, en effet, ici, autour des poussières de kaolin, jouant le rôle de corps étrangers, une irritation à laquelle fait suite un processus sclérogène; ce processus limite l'étendue des petits foyers bacillaires.

M. Landouzy conclut de cette constatation, que tout processus sclérogène, quelle que soit son origine, peut jouer en quelque sorte un rôle protecteur, vis-à-vis d'une tuberculose greffée sur cet état scléreux; celui-ci crée une barrière contre l'envahissement bacillaire et favorise ainsi l'enkystement de la tuberculose. Il est donc très important de rechercher minutieusement les antécédents des malades atteints de tuberculose, lorsque l'on veut se rendre un compte exact des résultats que l'on peut imputer à l'action de l'un des traitements antituberculeux actuellement préconisés.

M. CAGNY. Il a été fait tout récemment, dans le grand-duché de Bade, des expériences fort intéressantes sur l'action de la tuberculine de Koch chez les bovidés, et l'on est arrivé à ce résultat, à savoir que la réaction ne manque jamais chez les animaux tuberculeux, contrairement à ce qui a été dit par d'autres observateurs.

Pour donner une idée de la minutieuse exactitude avec laquelle ces expériences ont été réalisées, il me suffira de citer cet exemple : trente animaux ont été pris au marché et ont reçu des injections de tuberculine ; leur température a été prise, d'heure en heure, par une escouade de vétérinaires, se relayant toutes les quatre heures, et, chaque fois, pour plus de certitude, la température était prise par deux personnes différentes, et l'on prenait la moyenne des deux températures notées. La réaction fébrile n'a été observée que chez quatre bêtes ; or, toutes ont été

abattues et l'on n'a constaté la tuberculose que chez les quatre animaux qui avaient présenté la réaction fébrile.

Si l'on n'a pas toujours eu la réaction, cela tient à la différence des lésions, et l'on sait parfaitement que la réaction est d'autant moins nette que les lésions sont moins prononcées, parce que les animaux ont alors des températures tout à fait irrégulières.

On a dit que, généralement, c'était de la onzième à la quatorzième heure que la réaction se produisait. Cela n'est pas exact, car on peut l'observer dès la quatrième heure.

D'autre part, il est bon de remarquer, pour expliquer les résultats contradictoires obtenus par différents observateurs sur les effets de la tuberculine, que Koch reconnaît lui-même que sa lymphe ne peut présenter une régularité absolue dans son action, en raison de l'impossibilité matérielle d'avoir, pour la préparer, des cultures toujours identiques.

M. Cagny ajoute qu'il a étudié personnellement la lymphe française, c'est-à-dire la lymphe de M. Gautrelet, et qu'elle lui a donné, comme on l'avait annoncé, des résultats tout à fait analogues à ceux de la lymphe de Koch.

M. VERNEUIL dit que l'Œuvre de la tuberculose décernera, lors du prochain Congrès, un prix de 3000 francs à l'auteur du meilleur mémoire sur « les meilleurs moyens de diagnostiquer les tuberculoses latentes ».

La séance est levée à cinq heures; les membres se rendent ensuite à l'Institut Pasteur.

Séance du 1er août (matin). — Présidence de M. Villemin.

CINQUIÈME QUESTION

DES AGENTS CAPABLES DE DÉTRUIRE LE BACILLE DE KOCH, NON NUISIBLES POUR L'ORGANISME, AU POINT DE VUE DE LA PROPHYLAXIE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE ET ANIMALE.

M. SANDRAS fait une communication sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations des vapeurs antiseptiques.

M. LANDOUZY. Il s'agit, dans les faits dont il veut parler, de tuberculose bacillaire ne présentant en rien la physionomie clinique de la tuberculose vulgaire, pas plus de la phthisie chronique que de la tuberculose rapide ou aiguë classique. Les malades dont il s'agit sont de véritables typhiques, de véritables dothiénentériques, chez lesquels il ne manque qu'un seul signe de la vraie dothiénentérie : la présence des taches rosées lenticulaires.

La plupart de ces malades étaient entrés à l'hôpital sur le diagnostic de fièvre typhoïde; quand ils mouraient, on trouvait à l'autopsie, non pas les lésions de cette maladie, mais la présence de granulations tuberculeuses jeunes. Ces malades ne meurent pas avec les lésions ordinaires de la phthisie ou de la granulie; ils succombent comme succombent les varioleux dans la période prévariolique. C'est pourquoi M. Landouzy a donné à cette affection le nom de fièvre bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde. C'est une maladie infectieuse chez des malades en puissance de bacilles, maladie qui diffère essentiellement de la granulie. C'est là une nouvelle note spéciale de la tuberculose, c'est une nouvelle typhisation, non pas éberthienne, mais par le bacille de Koch. C'est pourquoi encore, M. Landouzy lui avait primitivement donné le nom de typho-bacillose. Il a recueilli 17 observations qui ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence de cette nouvelle forme de tuberculose. Il n'en citera qu'un exemple. Un enfant de neuf ans présente le tableau symptomatique complet de la dothiénentérie, sauf les taches rosées lenticulaires; en raison de l'absence de ce signe, M. Landouzy fait des réserves sur le diagnostic et sur le pronostic. Cet enfant, guéri, part à la campagne en convalescence et revient encore un peu pâle, maigre et grognon. Cinq mois après il est atteint d'une méningite tuberculeuse, à laquelle il succombe en cinq jours. Il s'agissait donc là, comme dans les autres cas, d'un typhique malmené non par le bacille d'Eberth, mais par le bacille de Koch.

M. ARTHAUD fait une communication sur l'emploi de la médication tannique dans le traitement de la tuberculose. Ce traitement, selon M. Arthaud, doit être institué sur deux bases principales: un médicament étiologique et une médication ayant pour but de maintenir l'état général. Le tannin et la créosote, d'une part, et, d'autre part, l'alimentation régulière avec 1 kilogramme de pain et 300 grammes de viande: tels sont les moyens constituant le traitement employé par M. Arthaud sur 2000 malades tuberculeux, chez lesquels il paraît avoir obtenu de bons résultats.

M. DIAMANTBERGER, en son nom et au nom de M. Weil, fait une communication sur le traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées de gaïacol. Les nouveaux faits avancés par M. Diamantberger confirment ceux qu'il a publiés dans l'article paru dans la *Gazette des hôpitaux* (1890, p. 1230, 1317 et 1339).

Ces messieurs emploient une solution à parties égales de gaïacol dans de l'huile d'amande douce stérilisée. Ils se servent d'une simple seringue de Pravaz rendue aseptique. Sur plus de 10000 piqûres, ils n'ont jamais eu un accident. Ils injectent, en moyenne, deux seringues par jour.

M. DESPREZ lit une note sur les applications du chloroforme aux maladies épidémiques et contagieuses, et, en particulier, à la tuberculose. Il insiste sur les propriétés antibacillaires du chloroforme, employé sous forme de vapeurs ou en eau chloroformée. Il rappelle les résultats obtenus contre le choléra et il est convaincu qu'on peut en obtenir d'aussi favorables contre le bacille de la tuberculose, le chloroforme étant l'antibacillaire volatile le plus actif.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

352. M. Bouffe. Lésions anatomiques dans l'éclampsie puerpérale. — 353. M. Pégou. Contribution à l'étude du traitement de l'otite moyenne suppurée par le salol camphré. — 354. M. Le Joly Senoville. Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. Ses résultats, ses perfectionnements. — 355. M. Thomas. De l'antisepsie appliquée au traitement des affections parasitaires de la bouche et des dents.

CORRESPONDANCE

M. le docteur L. Jumon, invoquant le droit de réponse, nous demande et au besoin nous requiert d'insérer les lettres suivantes. Nous les insérons sans réflexions : nos lecteurs savent la vérité sur cet incident.

Paris 30 juillet 1891.

Monsieur le Directeur,

En apprenant l'existence dans la *Gazette des hôpitaux* d'articles parus indûment sous mon nom, je vous ai adressé pour l'insérer une lettre de protestation. Vous avez cru devoir faire vous-même une rectification dont je ne puis me contenter pour ma considération personnelle. Je vous prie donc de vouloir bien insérer ma lettre du 25 juillet à laquelle je n'ai rien à changer.

Agréez, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Dr L. Jumon.

Paris 25 juillet 1891.

Monsieur le Directeur,

Je viens seulement de prendre connaissance d'un article de réclame pharmaceutique publié sous mon nom dans les nos 58 et 59 de votre estimé journal, article dont voici le titre : « Traite-

ment intensif de la tuberculose par la méthode des injections sous-cutanées » par M. le docteur L. Jumon. Comme je ne me connais aucun homonyme, que je signe L. Jumon et que c'est sous cette signature que j'ai collaboré à des journaux de médecine, il en est naturellement résulté que cet article m'a été attribué. Or, jamais, je le déclare bien haut, je ne me suis prêté en quoi que ce fût à la rédaction de cet article dont je ne connais l'existence que grâce à la posture désagréable dans laquelle il m'a mis vis-à-vis de mes confrères. Je proteste donc de toutes mes forces contre l'abus qui a été fait de mon nom dans la circonstance. Comment se fait-il que vous ayez oublié, dans cette occasion, de contrôler l'authenticité de la signature qui vous était apportée? Ici, je dois placer un détail que vous avez bien voulu me fournir avec vos explications, et qui met votre bonne foi hors de cause. Vous m'avez, en effet, encore montré dans le nº 31 de la *Gazette des hôpitaux* de 1890 un article intitulé : « Le gaïacol », signé L. Jumon. Cet article qui est de moi et dont je n'ai nullement à rougir par-devant mes confrères avait paru six mois auparavant dans la *France médicale* nº 107, 1889. On est venu ensuite, et sans mon autorisation vous prier de faire insérer tel quel cet article qui a été ainsi détourné de sa destination scientifique pour servir les intérêts du commerce. Le fait n'a rien d'étonnant, car tous les jours nous recevons des prospectus contenant des citations de travaux absolument désintéressés avec le nom de leurs auteurs publié sans aucune autorisation. Je m'explique ainsi comment votre vigilance a été en défaut et votre bonne foi surprise : vous avez cru que l'article sur le « Traitement intensif, etc. » était de moi. Placer ainsi sans plus de façon sous le nom d'un médecin un article-réclame qu'il n'a ni produit ni autorisé, voilà qui me paraît dépasser les bornes du permis.

Vous m'excuserez, Monsieur le Directeur, d'avoir insisté : si j'ai voulu que ma protestation soit entendue, c'est que cet article m'a été sévèrement et injustement reproché.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments distingués.

Dr L. Jumon.
27, rue de Maubeuge.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Clermont. — M. le docteur Bousquet est nommé professeur de clinique obstétricale et gynécologique.

— Le bureau du Syndicat des médecins de la Seine a été reçu par la commission sénatoriale, chargée d'examiner la loi sur l'exercice de la médecine votée par la Chambre le 19 mars, et lui a exposé les vœux du syndicat relativement :

1º A l'officiat de santé ; 2º à l'obligation pour les médecins de déclarer à l'autorité les maladies épidémiques ; 3º à l'obligation de déférer à toute réquisition de justice ; 4º à l'exercice illégal de la médecine ; 5º et au brevet spécial de dentiste.

L'accueil le plus bienveillant a été fait au bureau du Syndicat, et, après avoir écouté ses observations, la commission lui a promis d'étudier attentivement les documents déposés entre ses mains.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 92. — SAMEDI 8 AOUT 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 8 AOUT 1891. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Revue générale. De l'anurie calculeuse au point de vue chirurgical, par le docteur Félix Legueu, interne médaille d'or des hôpitaux de Paris, prosecteur à la Faculté. — Congrès pour l'étude de la tuberculose. Discussion de la cinquième question : « Des agents capables de détruire le bacille de Koch, non nuisibles pour l'organisme, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose humaine et animale » ; — Séance de clôture. — Service médical de nuit dans la ville de Paris. — Thèses.

REVUE GÉNÉRALE

De l'anurie calculeuse au point de vue chirurgical.

Par le docteur Félix Legueu,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.
Prosecteur à la Faculté.

Au premier rang des complications graves et redoutées de la lithiase rénale se trouve la suppression de la sécrétion urinaire, c'est-à-dire l'anurie. Des travaux nombreux, et encore récents, ont à plusieurs reprises étudié à divers points de vue ce syndrome, commun à plusieurs maladies. Les descriptions de Roberts (1), de M. Lecorché (2), de M. Charcot (3), de M. Tennesson (4), sont connues de tous, et l'excellente thèse de M. Merklen (5), qui les résume toutes, reste encore, après dix années, le document le plus sérieux et le plus complet sur une question qui a peu changé.

L'anurie calculeuse, toutefois, vient d'entrer dans une nouvelle phase. Frappés de la gravité exceptionnelle de l'anurie et de l'impuissance, dans un grand nombre de cas, de la thérapeutique médicale, des chirurgiens osés ont essayé de faire bénéficier leurs malades des ressources nouvelles de la chirurgie rénale. Et MM. Mollière (de Lyon), Lucas-Championnière, Guermonprez (de Lille) et M. le professeur Le Dentu (6), en France ; à l'étranger, Lange, Bardenheuer, Israël, Parker, Kirkham, Ralfe et Godlee, Twynam et d'autres (7) n'ont pas hésité à pratiquer des opérations, variables suivant les circonstances, mais dont l'indication commune était l'anurie calculeuse, et le but un obstacle urétéral à lever ou une fistule lombaire à créer.

Il s'agit là, sans doute, d'interventions graves : graves, non par elles-mêmes, mais graves surtout par les conditions déplorables dans lesquelles se trouve le patient. Si, malgré cette restriction, il était prouvé que la gravité de l'opération, envisagée d'une manière générale, est inférieure à la gravité de l'anurie, abandonnée à elle-même, il y aurait avantage à vulgariser des faits peu connus, en cherchant à préciser autant que possible les conditions dans lesquelles l'intervention chirurgicale a chance de réussir, et les différents procédés applicables à chaque cas. C'est là le but et la raison de ce travail, où nous étudierons successivement l'évolution, le pronostic de l'anurie calculeuse, les conditions de sa production, son diagnostic et son traitement chirurgical.

I

Évolution clinique de l'anurie. — Au cours de la colique néphrétique, on observe souvent, sinon toujours, une diminution considérable de la sécrétion urinaire ; cette oligurie, d'ordre réflexe, n'a que la durée de la crise, elle cesse avec elle, et bien qu'elle soit parfois le premier degré de l'anurie, il y a lieu cependant d'établir entre ces deux syndromes une distinction fondée.

L'anurie est la suppression de la sécrétion urinaire ; elle se fait complète ou incomplète. Dans le premier cas, la suppression est totale, absolue, le malade ne rend pas une seule goutte d'urine, et la vessie contient tout au plus une cuillerée ou deux d'un liquide sanguinolent. Incomplète, l'anurie est intermittente ; procédant par des crises successives que séparent des débâcles, insuffisantes pour satisfaire à l'élimination, suffisantes pour retarder de quelques jours la terminaison fatale.

L'anurie débute souvent d'une façon insidieuse ; à la suite de douleurs sourdes, continues dans la région lombaire ou dans le cours d'une attaque franchement caractérisée de colique néphrétique, les urines deviennent rares, puis se suppriment complètement. D'autres fois, mais plus rarement, c'est brusquement et comme en pleine santé, que se produit l'anurie : le patient s'étonne de ne pas éprouver le besoin d'uriner et malgré les efforts qu'il tente pour chercher à évacuer sa vessie, qu'il suppose remplie, il n'évacue rien ou presque rien. Enfin, dans d'autres cas, l'anurie s'annonce pendant quelques jours par de la dysurie

(1) Roberts. *On urinary and renal diseases*, London 1876.
(2) Lecorché. *Maladies des reins*, 1875, p. 6.
(3) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. I, p. 275.
(4) Tennesson. Note sur l'anurie calculeuse, Société médicale des hôpitaux, 1879.
(5) Merklen. *Étude sur l'anurie*, Thèse de Paris, 1881.
(6) L'observation de M. Le Dentu est encore inédite.
(7) F. Legueu. *Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical*, Thèse de Paris, 1891.

ou de la polyurie, l'urine est alors pâle, de faible densité, la filtration rénale se fait déjà imparfaite.

Une fois établie, l'anurie persiste un temps variable sans amener de troubles sérieux de la santé, c'est la période de tolérance; puis surviennent des phénomènes urémiques, c'est la période de réaction, d'intoxication.

Pendant la période de tolérance, rien ne peut indiquer, le plus souvent, la gravité des accidents qui se préparent. Les douleurs, si elles ont existé, disparaissent ou s'atténuent, le malade se trouve bien ou se trouve mieux, mais les urines sont supprimées. Quelques gouttes seulement, tout au plus quelques centigrammes, sont émises dans les vingt-quatre heures : c'est une urine pâle, limpide, de faible densité, pauvre en urée, pauvre en sels, rarement albumineuse, mais contenant quelquefois du sang et des cylindres épithéliaux. Parfois se produit une rémission, une débâcle survient, on croit que tout est fini, ce n'est qu'une décharge, suffisante pour prolonger la durée de l'anurie, qui se rétablit aussitôt. Chez les malades qui présentent de ces rémissions, on voit souvent se constituer dans le flanc une tuméfaction insidieuse, une hydronéphrose; ce n'est pourtant pas la règle, et, le plus souvent, la sécrétion urinaire se tarit en même temps que se constitue l'obstacle.

Au bout de cinq, six, sept jours, à une période qui varie pour chaque malade avec la tolérance individuelle, souvent difficile à comprendre, avec le nombre et la valeur des débâcles, apparaissent des troubles digestifs, des nausées, des vomissements, une lassitude spéciale, un besoin de sommeil, qui est l'indice et l'annonce de l'urémie.

La phase urémique précède de quelques jours ou quelques heures la terminaison fatale. Elle se caractérise par des troubles circulatoires (irrégularités du pouls, épistaxis, rarement des œdèmes), par des accidents d'élimination (sueurs, vomissements), par des accidents d'empoisonnement (rétrécissement pupillaire, tressaillements musculaires). L'intelligence reste rarement pleine et entière jusqu'au dernier moment : le malade est plutôt plongé dans un demi-sommeil, où il retombe dès qu'on cesse d'exciter son attention. C'est dans ces conditions que la mort survient dans le coma ou au milieu d'une crise convulsive : d'autres fois le malade est frappé en pleine connaissance au milieu d'une conversation.

Dans les cas heureux, au contraire, l'obstacle se déplace, une polyurie abondante se produit et dure quelques jours. Le rétablissement de la santé se fait en apparence complètement, mais le malade reste exposé à toute la série des accidents qui viennent de finir.

II

Pronostic. — Abandonnée à elle-même, l'anurie calculeuse détermine la mort à une époque qui varie avec le degré de l'obstruction, la nature des lésions et la tolérance du malade. Toutefois, il importe de connaître, ne fût-ce qu'approximativement, le degré de mortalité de l'anurie, et l'époque à laquelle apparaissent les accidents urémiques.

La guérison spontanée s'observe quelquefois : sur 56 observations, recueillies au hasard parmi celles publiées qui contiennent assez de détails pour ce qui nous intéresse, nous voyons 16 fois (28,5 p. 100) se produire une heureuse terminaison et, dans ces 56 cas, ne sont comptées, bien entendu, ni les anuries post-opératoires, ni celles que les chirurgiens ont traitées par une opération.

La guérison spontanée est survenue :

1 fois au troisième jour,
2 — cinquième jour,
3 — huitième jour,
3 — neuvième jour,
2 — dixième jour,
1 — treizième jour,
1 — quinzième jour,
1 — vingtième jour,
2 à une date indéterminée.

Dans 40 cas, la mort a été la terminaison naturelle (71,5 p. 100); elle est survenue :

1 fois au quatrième jour,
3 — cinquième jour,
2 — sixième jour,
1 — septième jour,
3 — huitième jour,
2 — neuvième jour,
5 — dixième jour,
1 — onzième jour,
2 — douzième jour,
2 — treizième jour,
2 — quinzième jour,
1 — seizième jour,
1 — dix-huitième jour,
2 — vingtième jour,
1 — vingt-deuxième jour,
1 — vingt-troisième jour,
1 — vingt-cinquième jour,
9 à une date indéterminée.

En somme, au delà du cinquième et du sixième jour, les chances de mort augmentent progressivement et à peu près dans une raison proportionnelle à la prolongation de l'anurie.

III

Des conditions de l'anurie. — « L'anurie calculeuse est ordinairement le résultat de l'occlusion récente d'un uretère par un calcul, alors que, depuis un temps plus ou moins long, l'autre rein a cessé de fonctionner, soit par suite d'une oblitération persistante de même nature, soit par une altération profonde de sa structure. A l'autopsie, on constate l'atrophie de ce rein avec ou sans hydronéphrose, conséquence d'un obstacle définitif, remontant à l'époque des accidents primitifs » (Merklen).

M. Le Dentu classe, comme suit, les lésions anatomo-pathologiques qui produisent l'anurie : 1° absence congénitale du rein du côté opposé à l'obstruction; 2° sa dégénérescence occasionnée par des affections diverses; 3° ou l'obstruction simultanée des deux uretères.

Dans quelle proportion chacune de ces conditions différentes est appelée à intervenir, l'analyse des observations nous permet facilement de le savoir.

Des 40 faits auxquels nous faisons allusion, 10 sont à retrancher faute d'autopsie : les autres se répartissent ainsi :

D'un côté :

Oblitération récente d'un uretère . . . . 23 fois.
Présence dans le bassinet d'un ou de plusieurs calculs susceptibles de s'appliquer sur l'orifice de l'uretère . . . . 7 fois.

De l'autre côté :

Absence congénitale du rein	3 fois.
Atrophie ou autre altération d'origine calculeuse.	6 —
Lésions calculeuses diverses	14 —
Oblitération de l'uretère.	6 —
Rein sain	1 —

Deux conclusions importantes se dégagent de ces faits : 1° l'oblitération urétérale n'est pas une condition indispensable de l'anurie : celle-ci se produit avec des calculs restés dans le bassinet, mobiles, ne déterminant aucune oblitération urétérale, aucun obstacle mécanique, absolu ; il ne faut donc pas s'attendre à trouver nécessairement dans l'uretère un calcul arrêté ; 2° il y a toujours altération prédominante et ancienne de l'autre rein qui, cependant, malgré ses lésions, prenait part, dans un certain nombre de cas, à la dépuration urinaire avant l'anurie. Pour que celle-ci se soit produite, il a fallu un réflexe inhibitoire, parti du rein devenu principal, mais récemment aggravé dans ses lésions ou oblitéré dans ses voies d'excrétion. Ce réflexe s'exerce sur l'autre rein pour éteindre jusqu'au reste de son fonctionnement.

Ce réflexe, toutefois, ne se produit jamais sur un rein absolument sain : une altération quelconque du congénère est une condition indispensable à la production du réflexe réno ou urétéro-rénal. Dans un seul fait, de Godlee, on trouve un rein sain et, cependant, il y est noté une légère prolifération conjonctive, insignifiante sans doute, mais suffisante pour altérer son fonctionnement. On ne connaît que deux faits d'anurie mortelle, avec intégrité de l'un des reins. Ce sont ceux de MM. Bourgeois (1) et Nepveu, et encore dans l'un d'eux s'agissait-il d'une anurie traumatique.

En résumé, si on laisse de côté les cas vraisemblables, mais rares, où une oblitération s'établit simultanée sur les deux uretères, on voit que l'anurie nécessite pour sa production l'intervention de trois facteurs :

1° Une altération ancienne de l'un des reins, ayant amené la diminution sinon la suppression de son fonctionnement, ou une anomalie congénitale (absence, atrophie) ;

2° Une lésion récente ou récemment aggravée du rein principal, lésion mécanique le plus souvent;

3° Un réflexe d'inhibition amenant la suppression complète du congénère, lorsque celle-ci n'était que partielle auparavant.

Contre le premier facteur, la thérapeutique reste impuissante; contre le deuxième, l'intervention sera efficace, si le chirurgien se décide à lever l'obstacle pour rétablir les voies naturelles d'élimination et supprimer le réflexe, ou à créer une voie artificielle, une fistule urinaire.

Quel est donc le point où l'obstacle se rencontre le plus souvent? Sur les 23 cas mentionnés d'oblitération urétérale, le calcul siégeait à son extrémité supérieure 13 fois ; 6 fois à son extrémité vésicale et 4 fois en son milieu. En ajoutant aux 13 fois, où le calcul s'est arrêté dans le haut de l'uretère, les 7 cas où il est resté dans le bassinet, libre, mobile, non engagé, on trouve que 20 fois sur 30, c'est-à-dire dans la proportion des deux tiers, le chirurgien aurait eu chance de trouver l'obstacle par l'incision lombaire, au cas, bien entendu, où les signes de localisation n'auraient pas été assez vagues pour permettre d'agir autrement qu'en se basant sur de simples probabilités.

(1) Guyon et Tuffier. *Ann. des mal. gén.-urin.*, 1888.

IV

Diagnostic. — Les antécédents du malade et les conditions dans lesquelles est survenue l'anurie, permettront, dans la majorité des cas, de dire si elle est calculeuse, et c'est à l'exploration attentive et soignée du malade, que l'on devra demander de préciser, si possible, le siège de l'obstacle.

Le plus souvent l'anurie calculeuse survient dans les conditions suivantes : un malade a eu dans son passé des crises avérées de colique néphrétique. A la suite d'une crise récente, dont les caractères et la localisation sont encore très présents à l'esprit du malade, les urines se sont supprimées. Ces conditions, lorsqu'elles se trouvent réunies sur un malade, permettent à la fois de distinguer l'anurie calculeuse de l'anurie hystérique, de l'anurie goutteuse, de l'anurie des néphrites : elles distinguent en même temps le côté de l'obstacle et fournissent au chirurgien une première indication indispensable. Il en fut ainsi sur les malades opérés par M. Lucas-Championnière (1), par Ralfe et Godlee (2), par M. Mollière (3), par Kirkham (4). Le diagnostic sera d'autant confirmé, si l'on trouve dans le flanc, du côté où le malade a éprouvé les dernières douleurs, ou une douleur persistante provoquée par la pression sur le rein ou sur le trajet de l'uretère, ou une tumeur lombaire, de date et d'apparition récentes.

Mais d'autres fois l'anurie débute brusquement en pleine santé, sans aucun phénomène douloureux dans le passé ou dans le présent, dont le malade ait gardé le souvenir : dans un cas observé par M. Pousson (5), il en était ainsi, et on conçoit de quelle difficulté se trouve entouré le diagnostic de l'anurie; le malade se rappelait bien avoir autrefois éprouvé des douleurs rénales, mais il ne se rappelait plus de quel côté.

Il ne reste plus, dès lors, à la disposition du chirurgien, que l'exploration du malade, qui, dans un cas comme dans l'autre, lui donnera, grâce à certains procédés spéciaux, des indications sur le siège de l'obstacle urétéral.

1° *Le palper de l'uretère*, à travers la paroi abdominale, ne peut donner de renseignements que sur la partie du conduit qui s'étend du bassinet au détroit supérieur. La sensation d'une induration limitée, une douleur sourde et réveillée par la pression, tels sont les indices d'un calcul urétéral. Toutefois, comme le fait remarquer M. Le Dentu, il ne faut pas oublier que l'uretère enflammé est plus sensible au niveau du détroit supérieur, parce qu'on le comprime sur un plan résistant; de plus, il faut aussi savoir que la douleur urétérale de la colique néphrétique persiste pendant plusieurs jours après la descente du calcul, qu'elle s'atténue de haut en bas et persiste encore dans la portion vésicale de l'uretère, alors qu'elle a disparu à la portion supérieure.

2° *La palpation intra-pelvienne* de l'uretère sera toujours pratiquée chez l'homme comme chez la femme. Chez

(1) Lucas-Championnière. *France méd.*, 26 avril 1888.
(2) Ralfe et Godlee. Clin. Soc. of London, 22 février 1889.
(3) Mollière. *Lyon méd.*, 15 février 1885.
(4) Kirkham. *The Lancet*, 16 mars 1889,
(5) Pousson. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1889, p. 477.

l'homme, le toucher rectal, mieux que l'introduction de la main dans le rectum, par le procédé condamnable de Simon, a permis de trouver un calcul dans la dernière portion de l'uretère. Rawdon (1), sur un enfant de six ans, trouva, sur le côté gauche de la paroi rectale, un corps solide, fixe et immobilisé; il crut à un calcul et l'autopsie montra, en effet, l'uretère gauche oblitéré à ce point par un calcul entouré de masses calcaires.

Chez la femme, l'exploration par le vagin fournira les mêmes renseignements; Morris (2), de cette façon, sentit sur une de ses malades un calcul enclavé dans la partie tout à fait terminale de l'uretère : il put l'extraire par la vessie.

3° *Le cathétérisme des uretères* ne peut être employé que chez la femme ; et malgré les perfectionnements récents de son application, il semble difficile que ce procédé d'exploration soit vulgarisé. Nous en dirons autant du procédé d'aspiration urétérale, employé par Reginald Harrisson (3) dans plusieurs cas : il consiste à remplir la vessie d'eau tiède, et à maintenir celle-ci sous une forte pression à l'aide de l'un des appareils utilisés dans la lithotritie. Le liquide, d'après Harrisson, passerait dans les uretères et les bassinets et produirait une dilatation des conduits, qui faciliterait la descente du calcul oblitérant. Il s'appuie, pour poser ces affirmations, sur les sensations éprouvées par le malade pendant l'aspiration et la chute dans le réceptacle de l'aspirateur des calculs de l'uretère. L'auteur pense que dans certaines conditions la pression du liquide intra-vésical peut arriver à mettre en défaut le mode d'abouchement des uretères dans la vessie : ce serait à la fois un procédé de diagnostic et de thérapeutique. Il n'est pas besoin de faire remarquer combien ce procédé, en opposition avec tous les enseignements de la physiologie, doit être accepté avec réserve; les seules sensations des malades ne peuvent aucunement modifier une conviction, basée sur les données de l'expérimentation.

4° L'insuffisance ou la difficulté des moyens précédents pour l'exploration de l'uretère a décidé les chirurgiens à pratiquer des *opérations sanglantes* pour arriver à se rendre un compte exact de l'état de l'uretère.

La cystotomie vaginale a été pratiquée par Emmet, par Bozeman (4), pour faciliter le cathétérisme des uretères. Bozeman a vanté dans l'anurie la kolpo-urétéro-cystotomie, qu'il a préconisée comme moyen de laver l'uretère et le bassinet, dans les affections suppurées des voies urinaires.

La taille hypogastrique a été préconisée dans le même but de pouvoir chez l'homme cathétériser les uretères.

Nous croyons ces opérations inutiles dans la grande majorité des cas : dans l'anurie, l'intervention, pour être efficace, doit être précoce et hâtive, et le chirurgien perdrait un temps précieux à pratiquer quelques-unes des opérations que nous venons d'indiquer. Mieux vaut de suite avoir recours à une opération qui peut être à la fois exploratrice et curative.

S'il existe un calcul dans l'extrémité inférieure de l'uretère, ce calcul sera toujours senti au toucher vaginal ou au toucher rectal; et pour l'extraire, seront entreprises quelques-unes des opérations spéciales, que nous allons exposer. Ou bien l'exploration de la partie inférieure n'a rien révélé qui puisse faire supposer la présence d'un calcul : dans ce cas, on doit sans tarder pratiquer l'incision lombaire du côté où les douleurs anciennes ou récentes, spontanées ou provoquées, avec ou sans tuméfaction du rein, permettent une localisation même approximative. Cette incision sera exploratrice pour le rein et pour la partie supérieure de l'uretère : elle deviendra curative en rendant possible l'ablation du calcul, ou en permettant au moins de créer une fistule lombaire, et de parer ainsi à la gravité imminente des accidents.

(1) Rawdon. *Brit. Med. Journ.*, 1er février 1879.
(2) Morris. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1884, t. LXXXVII.
(3) Harrisson. Soc. méd. de Londres, 7 et 21 février 1888.
(4) N. Bozeman. *Americ. Journ. of Med. Sc.*, mars et avril 1888.

V

Thérapeutique chirurgicale. — L'histoire de l'intervention chirurgicale dans l'anurie calculeuse est de date relativement récente. La première opération remonte à 1882 : Thelen (1), au troisième jour d'une anurie complète, pratiqua sur une malade une incision lombaire, qui mit à découvert la partie initiale de l'uretère ; le calcul qui l'oblitérait fut, avec de légères pressions, ramené facilement jusque dans le bassinet et extrait. La malade guérit. La question vint à l'ordre du jour de la Clinical Society en 1885, à propos d'une observation présentée par Wilmott : Bennett May et M. Clément Lucas engagèrent formellement à intervenir au bout de quarante-huit heures pour enlever le calcul de l'uretère ou créer une fistule lombaire. M. Clément Lucas, d'ailleurs, avait eu, déjà à cette époque, l'occasion de mettre en application ses principes, en pratiquant la néphrotomie lombaire sur une malade anurique, à laquelle il avait, quelques mois auparavant, enlevé un rein. De même Morris (2) avait extrait par la vessie un calcul de l'extrémité inférieure de l'uretère.

Depuis lors, les opérations se sont multipliées ; M. Mollière (3) [de Lyon] pratiquait le premier en France, en 1885, une opération dont l'indication était l'anurie, et M. Reliquet, en 1886, communiquait au Congrès français de chirurgie trois opérations pour anurie, non calculeuse, il est vrai, suivies de guérison. A l'étranger Bardenheuer (1885), Lange (4), Parker (5), Israël (6), Ceci (1887), Bergmann (7), Ralfe et Godlee (8), et M. Lucas-Championnière (9) en France avaient également l'occasion d'intervenir. Deux opérations plus récentes appartiennent à Kirkham (10) et à Torrey (11) ; un fait tout récent de Twynam (12) marque un progrès sensible, en démontrant, contrairement à ce que disait Morris en 1884, que la portion de l'uretère intermédiaire au détroit supérieur et à la vessie n'est pas accessible au chirurgien.

Pour qu'une intervention, quelle qu'elle soit, puisse légitimer son application à l'anurie, il est nécessaire que les résultats obtenus donnent au malade des chances sérieuses de survie.

(1) Thelen. *Brit. Med. Journ.*, t. I, p. 179.
(2) Morris. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1884.
(3) Mollière. *Lyon méd.*, 1885.
(4) Lange. *Med. News*, 1886.
(5) Parker. *Royal Med. and Chir. Soc.*, 1887.
(6) Israel. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1886, p. 870, et 1888, n° 1, p. 47.
(7) Bergmann. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1887.
(8) Ralfe et Godlee. *Brit. Med. Journ.*, 1889, t. I, p. 474.
(9) Lucas-Championnière. *France méd.*, 1888.
(10) Kirkham. *The Lancet*, 1889.
(11) Torrey. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1889.
(12) Twynam. *Royal Med. and Chir. Soc.*, 1889.

La mortalité de l'anurie étant de 71,5 p. 100, il ne reste au malade que 28,5 chances p. 100 de guérison, s'il n'y a pas intervention.

Or, l'opération augmente les chances de guérison dans une notable proportion ; sur 16 cas d'anurie opérés, il y a eu 5 morts et 11 guérisons :

2 morts par anurie et urémie (Mollière, Parker);
1 mort par cause indéterminée (Israël);
1 mort par péritonite (Cullingworth);
1 mort par suite d'opération incomplète (Morris).

Les 11 guérisons se répartissent comme suit :

4 urétérotomies avec extraction de calculs, dont 2 supérieures (Ralfe, Bardenheuer), 1 moyenne (Kirkham), 1 inférieure (Ceci) ;

4 pyélotomies avec extraction du calcul à travers le bassinet (Thelen, Lucas, Bergmann, Israël);

2 néphrolithotomies avec extraction par refoulement de bas en haut du calcul urétéral (Lange, Torrey) ;

1 pyélotomie pour fistule à créer (Lucas-Championnière).

L'opération donnerait donc au malade 66,6 chances p. 100 de guérison, alors que l'anurie, abandonnée à elle-même, ne lui en donne que 28,5 p. 100.

De la conduite à tenir en cas d'anurie. — Dès que l'anurie, résistant à toutes les ressources combinées du traitement médical, menace par sa persistance la vie du malade, il y a indication d'opérer.

Pour être efficace, l'opération doit être en quelque sorte précoce et précéder la phase urémique : mais on ne sait pas la durée de la tolérance, variable suivant les sujets, et en cherchant à préciser l'époque à laquelle l'intervention doit être pratiquée, on ne peut être qu'approximatif. Toutefois, nous pensons qu'au cinquième ou au sixième jour d'une anurie complète, il serait téméraire d'attendre une évolution spontanée, et qu'à cette date au plus tard doit être pratiquée l'intervention. Mieux vaut opérer pour un calcul, qui se serait expulsé spontanément, que d'attendre en vain une terminaison heureuse et spontanée.

Israël (1) conseille d'essayer, avant d'intervenir, l'effet d'une narcose chloroformique profonde et prolongée : sur le malade qu'il a opéré, il se demande si la disparition brusque des accidents n'est pas due plutôt à la chloroformisation, qu'à l'ablation des calculs, et, fort de cette supposition, il espère que l'anesthésie pourrait à la rigueur supprimer le réflexe.

L'intervention suppose la précision dans le diagnostic : or, dans un grand nombre de cas, il est très difficile, sinon impossible, d'arriver à un degré suffisant de certitude de par les seuls signes fonctionnels et les antécédents des malades. Dans un cas, observé par M. Pousson (2), il n'y avait aucune douleur, en dehors de l'anurie, aucun signe pour guider le chirurgien : une incision d'exploration devient dès lors indispensable, comme préliminaire de toute opération définitive. L'exploration abdominale par la laparotomie médiane, ou par l'incision de Langenbuch, est préconisée par Thornton, Lawson-Tait ; elle permet d'explorer les deux reins et les deux uretères. A ce titre, elle a rendu service à Twynam, qui parvint ainsi à découvrir un calcul dans la partie supérieure de l'uretère droit, alors qu'il supposait l'obstacle à gauche. Cullingworth y a eu recours une fois, et fit à travers le péritoine l'ouverture et la suture de l'uretère après extraction du calcul. Toutefois, ces procédés, malgré les avantages qu'ils présentent et les succès qu'ils ont donnés, semblent bien dangereux : Israël les condamne formellement.

(1) Israel. Loc. cit.
(2) Pousson. Loc. cit.

La taille hypogastrique, pratiquée dans le but de permettre le cathétérisme des uretères, est tout aussi condamnable. Mieux vaudrait une double incision lombaire dans le cas où la première n'aurait pas donné le résultat désiré.

Il est exceptionnel, d'ailleurs, qu'il soit si difficile de préciser le côté et le siège de l'obstacle : le plus souvent, les accidents récents, douleur, tuméfaction, etc., sont restés localisés à un côté et le seul point incertain est celui du siège du calcul. On peut réduire aux quatre cas suivants les conditions dans lesquelles on est appelé à intervenir.

1° *Le calcul est dans la portion pelvienne de l'uretère.*

Si l'exploration attentive du petit bassin et de ses cavités, rectum, vagin, a révélé la présence d'un point induré, vraisemblablement d'un calcul, sur le trajet de l'uretère, quatre méthodes s'offrent au chirurgien pour aborder l'uretère et extraire le calcul.

M. Morris, en 1884, sur une femme à qui il avait au préalable fait la dilatation de l'urèthre, incisa la paroi vésicale sur la saillie sensible du calcul, arrêté à l'embouchure de l'uretère ; l'opération fut complète, une partie seulement du calcul fut extraite, et la mort suivit de près l'opération.

Ceci (1), en 1887, pour aborder également un calcul arrêté dans la portion tout à fait terminale de l'uretère, suivit la voie rectale : il incisa sur l'uretère la paroi du rectum et parvint à extraire un calcul de l'extrémité inférieure.

Enfin, la taille périnéale et la taille hypogastrique répondent aux mêmes indications et conduiraient à la rigueur au même but.

Le procédé de M. Morris n'est applicable que chez la femme : de plus, tout en permettant l'abord de la portion dernière de l'uretère, il ne donne pas un jour suffisant, l'opération manque de précision et de certitude. Les mêmes reproches s'adressent, à plus forte raison, à la méthode de Ceci, qui a l'inconvénient de créer une fistule urétéro-rectale.

Seules la taille hypogastrique et la taille périnéale présentent, pour ces cas complexes, le plus d'avantages réunis : et entre les deux il est encore facile de se décider plutôt en faveur de la taille hypogastrique. C'est la taille hypogastrique que conseille M. Tuffier (2), c'est elle aussi que recommande M. Le Dentu.

Tout récemment, M. Debet a préconisé, dans une communication faite à la Société anatomique, la voie sacrée pour aborder la portion terminale de l'uretère. Il suffit d'une incision en L dont la longue branche, presque verticale, est placée sur le bord sacro-coccygien, et dont la petite branche tombe verticale sur l'extrémité supérieure de la première, en restant parallèle aux fibres du grand fessier.

Après section du grand fessier, des ligaments sacro-sciatiques, du pyramidal, on arrive dans le bassin. Il faut alors raser la face latérale du rectum, pour éviter les branches vasculaires accolées à la paroi de l'excavation.

L'uretère trouvé, on peut le suivre en bas jusqu'à la vessie, en haut jusqu'à 7 ou 8 centimètres de sa terminaison.

(1) Ceci. *Riforma medica*, 1887.
(2) Tuffier. *Chirurgie des reins et des uretères*. Paris 1889, Steinheil.

2° *Le calcul est senti dans la portion moyenne de l'uretère.*

Trois incisions permettent d'aborder la partie moyenne de l'uretère.

Twynam a proposé et employé une fois l'incision de la ligature de l'iliaque primitive; l'opération reste extra-péritonéale.

M. Tuffier propose une incision de 8 centimètres, passant à trois travers de doigt en dehors du bord externe du grand droit et parallèlement à ce muscle. Section directe des muscles grand et petit oblique. Incision sur la sonde cannelée de l'aponévrose du transverse, décollement du péritoine, qui à ce niveau est facilement séparable de l'aponévrose, cheminement dans le tissu sous-péritonéal jusqu'à la rencontre du corps étranger.

Enfin, l'incision conseillée par Israël conduit également sur l'uretère : incision commençant sur le bord antérieur de la masse sacro-lombaire, à un travers de doigt au-dessous de la douzième côte, marchant parallèlement à celle-ci jusqu'à son sommet, se dirigeant ensuite dans la direction du milieu du ligament de Poupart et se recourbant enfin en dedans pour se terminer sur le bord externe du muscle droit. D'après le siège du calcul, on incisera sur le tiers moyen, le tiers postérieur ou le tiers antérieur du trajet.

C'est à cette incision que nous donnerions la préférence; elle semble la plus simple et permet une exploration aussi complète que possible de toute la longueur de l'uretère.

3° *Le calcul n'est pas senti à l'exploration.*

Si, malgré une exploration minutieuse, on ne trouve rien du côté du petit bassin, ni rien d'appréciable dans la portion moyenne de l'uretère, il reste probable que le corps étranger s'est arrêté, soit à l'orifice supérieur de l'uretère, soit dans sa portion tout initiale. Dès lors se trouve indiquée une incision, qui permettra à la fois l'exploration du rein et de l'uretère et l'ablation du calcul.

Incision. — L'incision lombaire oblique semble de beaucoup la meilleure sous ce rapport; elle met à nu le rein et la partie supérieure de l'uretère; elle sera, suivant les besoins, prolongée en bas parallèlement à la crête iliaque et permettra de poursuivre l'uretère jusque dans la portion pelvienne de son trajet.

L'incision préconisée par Israël nous paraît encore celle qui permet le mieux de se plier aux diverses circonstances : on la commence en arrière, on explore le rein et le bassinet ; suivant le cas, on la prolonge le long de la ligne indiquée et l'exploration reste extra-péritonéale.

Urétérotomie. — Le calcul une fois découvert sur le trajet de l'uretère par l'incision exploratrice, il n'y a plus qu'à l'extraire, et, pour ce, deux méthodes ou plutôt deux procédés s'offrent au chirurgien, d'application variable suivant les circonstances, la pyélotomie et l'urétérotomie.

La pyélotomie convient aux cas où le calcul est très élevé; à travers l'incision du bassinet, le calcul est extrait avec une pince; Bergmann eut l'occasion d'agir ainsi dans un cas où le calcul obstruait l'uretère à 6 centimètres au-dessous de son origine.

Au lieu de l'extraire avec une pince, mieux vaudrait exécuter une manœuvre plus simple : l'expression du calcul de bas en haut. Deux fois Thelen et Israël, comme tout récemment M. Le Dentu, ont eu recours à cette manœuvre : par des pressions légères, exercées de bas en haut, ils ont refoulé le calcul de l'uretère jusque dans le bassinet, d'où il fut facilement extrait.

Si ces manœuvres étaient rendues impossibles, ou restaient inefficaces, il ne resterait plus qu'à attirer l'uretère au bord de la plaie (Ralfe et Godlee) et à l'inciser dans le sens de sa longueur et directement sur le calcul. L'opération ne présente pas de sérieuses difficultés : on peut la compléter, comme l'a fait Lange, sur un de ses malades, par le cathétérisme rétrograde de l'uretère pour s'assurer de la perméabilité du conduit.

La *suture* de l'uretère ou du bassinet sera faite suivant les procédés préconisés par M. Tuffier, pour les sections longitudinales de l'uretère. L'opération sur le calibre plus gros de l'uretère de l'homme, offre beaucoup moins de difficultés que sur l'animal. La présence du corps étranger a toujours amené une dilatation du canal, qui facilite la suture. Le procédé est le même que celui de Lembert pour la suture de l'intestin ; on emploiera, mieux que le catgut, la soie fine, comme le conseille M. Tuffier, et comme l'employa avec succès Twynam.

Création d'une fistule lombaire. — Dans le cas où, au cours de l'exploration, aucun calcul ne serait trouvé, ou bien si, pour des raisons spéciales, le chirurgien craignait de prolonger outre mesure une opération qui tire surtout sa gravité des circonstances, il reste encore une ressource, le bassinet à ouvrir et la fistule lombaire à créer. M. Lucas-Championnière se contenta, sur sa malade, de ce premier temps opératoire, et, plus tard, le calcul méconnu fut expulsé spontanément.

Observations. — 1. Mollière (*Lyon médical*, 15 février 1885). — Femme, cinquante ans. Coliques anciennes à gauche. Anurie après coliques à droite. Au cinquième jour, ponction au thermocautère du bassinet, à travers le rein. Flots d'urine s'échappant par la plaie. Drainage. Cessation de l'anurie. Mort au troisième jour.

2. Israel (*Berl. Klin. Woch.*, 1886, p. 870). — Femme, cinquante ans. Anurie de six jours à la suite de coliques néphrétiques. Incision lombaire. Uretère contient à son arrivée au bassinet un petit calcul, qui est enlevé après incision du bassinet. Un autre calcul existe dans l'uretère au-dessous du collet : il est refoulé dans le bassinet et extrait. Drainage du bassinet. Guérison : la fistule existe encore un mois après l'opération.

3. Israel (*Deustch. med. Woch.*, 1888, n° 1, p. 47). — Homme, quarante-neuf ans. Anurie calculeuse de cinq jours, au cours d'une colique néphrétique. Incision du bassinet, qui contient un calcul oblitérant l'orifice supérieur de l'uretère. Un autre calcul est dans l'uretère à 10 centimètres plus bas : il est ramené dans le bassinet et enlevé. Pas de suture : mort au neuvième jour.

4. Ralfe et Godlee (*British Medic. Journ.*, 1889, t. I, p. 474). — Femme, vingt-six ans. Anurie de cinquante-trois heures, après coliques à gauche. Coliques anciennes à droite. Incision lombaire. Un calcul est senti dans l'uretère au-dessous du rein. Incision de l'uretère attiré dans la plaie. Écoulement d'urine par la plaie. Quelques semaines après, incision du rein droit, qui contient quelques graviers. Rien dans l'uretère.

5. Bardenheuer, cité par Weiss (*Ann. des organes génito-urin.*, 1885). — Homme. Anurie complète. Incision lombaire. Un calcul est trouvé dans l'uretère, près du bassinet.

Ouverture de l'uretère et, extraction du calcul et, par la même incision, de trois calculs du bassinet. Suture de l'uretère. Guérison.

6. Thelen (*Centralb. f. Chir.*, 1882). — Femme, vingt-sept ans. Anurie de quarante-huit heures. Incision lombaire. On sent un calcul à l'orifice inférieur de l'uretère; il est repoussé par pression dans le bassinet et extrait par une incision du bassinet. Suture du bassinet. Guérison.

7. Clément-Lucas (Thèse de M. Brodeur, p. 384). — Femme. Anurie de cinq jours, survenant six mois après une néphrectomie. Incision lombaire. Extraction d'un calcul du bassinet. Écoulement d'urine par la plaie. Guérison.

8. Lange (*Medical News*, 1886). — Anurie par obstruction de l'uretère droit, deux mois après une néphrolithotomie à gauche pour calculs. A travers le rein, introduction du doigt jusqu'à l'entrée de l'uretère : ablation d'un calcul et cathétérisme rétrograde de l'uretère. Guérison.

9. Lucas-Championnière (*France médicale*, 1888). — Femme, quarante-deux ans. Anurie de treize jours par obstruction d'uretère gauche. Incision du rein au thermocautère. Pas de calculs. Drainage du rein. Plus tard, expulsion spontanée d'un calcul. Guérison.

10. Parker (*Royal med. and surg. Soc.*, Lond. 1887). — Homme, treize ans. Anurie complète. Incision lombaire droite. Mort d'urémie. Rein gauche désorganisé. Rein droit calculeux : un petit gravier dans l'uretère droit.

11. Kirkham (*The Lancet*, 1889). — Homme, cinquante-huit ans. Anurie de cinq jours. On sent un calcul dans l'uretère, un peu au-dessous du point où celui-ci croise l'iliaque externe. Incision de l'uretère et extraction du calcul. Suture de l'uretère; drainage de la plaie; émission régulière d'urine. Guérison.

12. Torrey (*Americ. J. of the med Sc.*, 1889). — Femme, quarante-trois ans. Signes d'urémie au cours d'une pyonéphrose à gauche. Incision du rein : on sent un calcul à l'embouchure de l'uretère. Extraction par déchirure. Drainage du rein et du bassinet. Pas de fistule. Guérison.

13. Morris (*Americ. J. of the med. Sc.*, 1884). — Femme, cinquante-cinq ans. Coliques rénales gauches. Anurie incomplète, fièvre complète. Incision à travers la vessie, au niveau du point induré, et extraction incomplète d'un calcul. Mort d'anurie persistante au bout de trois jours.

14. Bergmann (*Berl. Klin. Woch.*, 1887). — Anurie complète. Incision du bassinet. Calcul à 6 centimètres. Dans l'uretère, extraction par refoulement jusque dans le bassinet. Guérison.

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

(session de 1891)

Séance du 1er août (matin). — Présidence de M. Villemin.

CINQUIÈME QUESTION (*fin*)

DES AGENTS CAPABLES DE DÉTRUIRE LE BACILLE DE KOCH, NON NUISIBLES POUR L'ORGANISME, AU POINT DE VUE DE LA PROPHYLAXIE ET DE LA THÉRAPEUTIQUE DE LA TUBERCULOSE HUMAINE ET ANIMALE.

M. Picot (de Bordeaux) vient donner les résultats de son traitement de la tuberculose, par les injections de gaïacol iodoformé en dissolution dans l'huile stérilisée et la vaseline liquide, suivant la formule qu'il a publiée. Il rappelle que déjà, à l'Académie de médecine, il a fait des réserves au point de vue de la guérison définitive des malades traités, et dit qu'en fait de thérapeutique de la tuberculose, le clinicien doit être modeste et s'en tenir à la plus loyale exposition des résultats.

Il montre d'abord que les injections faites suivant sa méthode n'ont aucun inconvénient, soit au point de vue local, soit au point de vue général, et que, si parfois des accidents locaux se sont produits, ils doivent être attribués, soit à une fausse manœuvre dans le manuel opératoire, soit à l'incomplète asepticité du médicament employé.

M. Picot a fait des injections dans les cas de tuberculose pulmonaire, de pleurésie tuberculeuse, de péritonite tuberculeuse.

Dans la tuberculose pulmonaire, arrivée à la troisième période avec état cachectique des malades, les résultats ont été nuls.

Dans la tuberculose pulmonaire arrivée au troisième degré, mais sans cachexie, chez certains malades il est parvenu à dessécher les cavernes et les cavernules et à faire disparaître tous les râles humides; chez d'autres, il a pu constater la diminution du volume des cavernes; chez d'autres, enfin, il a vu les cavernes se combler. Par contre, chez quelques sujets, les résultats ont été absolument négatifs.

Dans la tuberculose pulmonaire au deuxième degré, même variété dans les résultats. Chez les uns, dessèchement du poumon, disparition des craquements humides; chez les autres, état stationnaire. M. Picot n'affirme pas que les premiers soient guéris. Il a vu des récidives, mais il a vu aussi les bons effets obtenus se maintenir pendant trois et quatre mois. Ces malades avaient repris leurs forces et gagné en poids.

M. Picot cite trois observations dans lesquelles il a pu obtenir avec deux, trois séries de vingt injections, la transformation de la tuberculose à marche rapide en tuberculose à marche chronique. Ces observations sont des plus intéressantes et particulièrement probantes.

Dans le traitement de la pleurésie d'origine tuberculeuse, la plupart du temps, les injections de M. Picot ont fait disparaître l'épanchement sans autre médication.

Dans un cas de péritonite tuberculeuse, avec épanchement séro-sanguinolent, M. Picot a fait des injections intra-péritonéales de sa solution; le liquide ne s'est pas reproduit, comme l'a prouvé l'autopsie.

Partant de ce fait, l'auteur a fait de semblables injections, chez une jeune fille atteinte de péritonite tuberculeuse, après avoir évacué le liquide abdominal. L'épanchement ne s'est pas reproduit.

Comme conclusions, M. Picot dit que, si les injections de gaïacol iodoformé ne constituent pas le spécifique de la tuberculose, elles sont cependant de la plus grande utilité dans la tuberculose pulmonaire, la pleurésie et la péritonite tuberculeuse.

M. A Hénocque lit un travail dont voici le résumé et les conclusions :

Ses recherches sur l'analyse spectroscopique du sang et la mesure de l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine, ont été faites chez 58 malades atteints de tuberculose, soit dans sa pratique, soit dans le service de M. le professeur Cornil, à l'hôpital Laënnec, puis à la Charité.

Elles comprennent plus de trois cents examens spectroscopiques, dont les résultats et les conclusions se résument ainsi qu'il suit :

1° Chez 34 malades atteints de la tuberculose pulmonaire, la quantité d'oxyhémoglobine reste au-dessus de 11 p. 100 chez 15; elle oscille entre 9, 10 et 11 p. 100 chez 7; entre 7 et 9 p. 100 chez 7; entre 5, 6 et 7 p. 100 chez 5.

En général, la diminution de l'oxyhémoglobine est en rapport avec le degré de la phthisie, la gravité des lésions, les complications d'hémoptysie, mais elle semble plus particulièrement liée à l'état d'anémie ou même de chlorose antérieur à l'infection tuberculeuse.

2° C'est dans la tuberculose des os qu'il a trouvé les degrés les plus faibles de la quantité d'oxyhémoglobine.

En effet, chez un jeune enfant de quatre ans, atteint de coxalgie, avec suppurations multiples, il a observé des oscillations entre 3,2, 3,7 et 4 p. 100.

Le maximum, en deux années, a été de 4,3 et passagèrement, il ne connaît pas de fait analogue de prolongation de l'existence pendant plusieurs années, avec une si faible quantité d'oxyhémoglobine.

3° La scrofulo-tuberculose ganglionnaire a présenté une diminution de la quantité d'oxyhémoglobine de 8 à 11 p. 100.

4° La tuberculose du testicule et de l'épididyme dans deux cas a présenté une diminution de 8 à 11,5 p. 100.

5° Dans les tuberculoses cutanées (chez 9 malades, atteints de lupus, considérés comme tuberculeux et qui s'étaient soumis au traitement par la « tuberculine ») la quantité d'oxyhémoglobine était normale avant les injections.

Les manifestations cutanées de la tuberculose, le lupus, ne s'accompagnent pas nécessairement de diminution de la quantité d'oxyhémoglobine; au contraire, dans les périodes de poussée congestive, la quantité d'oxyhémoglobine s'élève plus souvent qu'elle ne s'abaisse.

6° *Activité de la réduction de l'oxyhémoglobine.* — L'activité de la réduction qui exprime le rapport entre la quantité d'oxyhémoglobine et la durée de la réduction observée au spectroscope dans le pouce ligaturé, présente des variations très étendues, suivant le siège de la tuberculose.

Sur 36 phthisiques (tuberculose pulmonaire), l'activité s'est maintenue à la normale, chez 18, dans les périodes d'amélioration ou d'atténuation des réactions locales, elle l'a même dépassée à des moments de recrudescence de l'infection.

Dans les tuberculoses osseuses graves, la dépression de l'activité peut être considérable (de 0,3 à 0,2 dans le cas de coxalgie déjà cité).

Il n'en est plus de même dans la tuberculose cutanée, car dans les 9 cas observés, il y a eu une activité normale, ou même exagérée.

7° En résumé, les modifications de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité des échanges dans la tuberculose sont de trois ordres, les unes au début, quelquefois même prémonitoires, telles que l'anémie et le ralentissement des échanges influencent ou même déterminent la marche de l'infection ou plutôt de la résistance à l'infection. C'est principalement dans les tuberculoses osseuses, ganglionnaires, génitales et cutanées qu'elles sont importantes à bien apprécier; elles consistent surtout en diminution de l'oxyhémoglobine avec ralentissement des échanges, c'est-à-dire dans la production d'anémie, avec ralentissement de l'activité de la nutrition générale, conditions qui créent une prédisposition ou au moins une diminution de résistance à l'infection tuberculeuse.

Ces troubles primitifs sont surtout prononcés dans les tuberculoses de l'appareil respiratoire et du système osseux.

Plus tard, les modifications hématologiques secondaires varient suivant le siège de l'infection et leur étendue. La quantité d'oxyhémoglobine et l'activité des échanges peuvent être influencées en sens inverses et alternatifs et il semble que les poussées nouvelles, les complications, aient quelquefois pour résultat une diminution de l'anémie et une élévation de l'activité des échanges qui ne sont que temporaires.

Applications à la thérapeutique. — L'hématoscopie donne des indications générales importantes, et c'est principalement dans les cas si nombreux où les symptômes locaux ne présentent pas de variations rapides ou accentuées, soit au début de la phthisie ou dans les périodes d'atténuation, que les données hématologiques sont utiles à connaître.

En effet, nous pouvons ainsi déterminer l'utilité de lutter contre l'anémie, sans crainte d'augmenter une activité des échanges que nous trouvons ralentie, et alors la médication martiale, l'association du fer à l'arsenic, la strychnine et les excitants généraux de l'activité des échanges, ainsi que les médicaments anti-déperditeurs, l'arsenic, au premier rang, peuvent être employés avec précision, à condition qu'on en suive les effets régulièrement et à courts intervalles. En résumé, dans cette triple série d'indications, augmenter la richesse du sang en oxyhémoglobine, c'est-à-dire aussi en globules, augmenter ou régulariser l'activité des échanges; tout praticien trouvera facilement des indications plus spéciales.

Les études faites par l'auteur dans le service de M. le professeur Cornil, à l'hôpital Laënnec, puis à la Charité, sont des exemples des résultats qu'on peut obtenir dans cette voie.

Il a suivi, chez chacun des malades, l'influence des injections de la tuberculine sur la quantité d'oxyhémoglobine, non seulement pour connaître ses effets, mais pour ajouter un moyen d'appréciation de la nutrition générale.

Au point de vue de la quantité d'oxyhémoglobine, les premiers résultats publiés ont été sensiblement modifiés.

La diminution s'est accentuée chez la plupart, soit à la suite de nouvelles injections, soit même par l'évolution de la tuberculose, de sorte que, dans la tuberculose pulmonaire, l'anémie s'est accentuée pendant que l'activité des échanges diminuait.

Cet effet, en quelque sorte paradoxal, de l'excitation de l'activité et d'une augmentation de l'oxyhémoglobine, doit être logiquement attribué à la réaction produite par le liquide de Koch dans les premières injections. Il a d'ailleurs observé, chez un singe, dont l'histoire a été publiée dans les *Archives de physiologie*, l'augmentation de l'oxyhémoglobine.

Dans une autre série d'observations où M. Cornil a fait des injections de liquide testiculaire, préparé suivant la méthode de M. Brown-Séquard, il a trouvé des résultats très différents; sur 4 malades observés, l'un, atteint de phthisie laryngée, est mort, les 3 autres ont été certainement améliorés, c'est-à-dire que ces malades sont sortis de l'hôpital de la Charité. Chez un, les injections n'ont produit aucune réaction fébrile, au contraire, il y a eu diminution de la fièvre, l'augmentation d'oxyhémoglobine a été progressive, mais très nette.

Le contraste était évident et d'autant plus que l'un de ces malades (G...) a, sur sa demande, été traité successivement par les injections du liquide de Koch, de cantharidine, suivant la méthode de Librecht, par les inhalations de nitrate d'argent et de cyanure d'argent, et enfin par les injections du liquide testiculaire.

Chacun de ces traitements a amené une amélioration passagère dans l'état général, et l'état local n'a pas été sensiblement modifié, mais l'évolution de la tuberculose est retardée chez lui.

La médication arsénicale, sous ses diverses formes, lui a montré l'influence très importante de cet agent thérapeutique sur la marche de la tuberculose pulmonaire. Sept observations démontrent que la quantité d'oxy-hémoglobine est augmentée en même temps que l'activité des échanges se rapproche de la normale.

M. Hénocque n'insiste pas sur ces observations; il voulait signaler l'utilité de constater les effets différents de trois médications: la tuberculine, qui produit des phénomènes de réaction violente, sinon d'une nouvelle infection; le liquide testiculaire, qui n'agit que comme dynamogénique et non comme spécifique; et l'arsenic, qui est un modificateur de la nutrition générale et de l'hématose.

M. COUDRAY dit que l'accord existe, ou peu s'en faut, pour reconnaître que les diverses méthodes que l'on oppose actuellement à la tuberculose externe, présentent quelques desiderata. Ainsi, en prenant surtout pour objectif les tumeurs blanches, on voit que les principaux moyens de transformation des fongosités en usage, tels que les injections iodoformées et l'ignipuncture, sont trop souvent décevants par l'inconstance et la lenteur de leurs effets, surtout les injections iodoformées. Si, en revanche, les injections iodoformées, comme l'a montré M. Verneuil, font presque merveille dans les abcès, et encore seulement au bout d'un temps assez long parfois, il ne paraît pas du tout certain que ce médicament exerce une action décisive sur l'évolution des lésions osseuses, qui ont donné naissance à l'abcès, quand il s'agit d'un

abcès ossifluent ou relié à une synoviale fongueuse. La résection, qui donne actuellement de si brillants résultats immédiats, n'est pas dépourvue du petit danger des auto-inoculations à distance, ou des généralisations ; il en est de même du grattage des ganglions tuberculeux, etc. Tous les médecins ont, en plus ou moins grand nombre, des observations qui justifient ces remarques générales.

Peut-on espérer, de l'adoption de la nouvelle méthode, un changement complet et des résultats tout à fait différents de ceux connus jusqu'ici ? A cette question, les faits apportés par M. Lannelongue, vus par un grand nombre de médecins, et que M. Coudray connaît presque tous par le menu, semblent donner une réponse affirmative et sans restriction ; chaque semaine écoulée ajoute quelque chose à leur valeur démonstrative.

Ces faits sont présents à la mémoire de tous. Le nombre des observations s'est notablement accru ; dans son mémoire présenté à l'Académie le 7 juillet, M. Lannelongue a indiqué le chiffre de 22 ; et dans sa conférence faite à l'hôpital Trousseau, le jour de l'ouverture du Congrès, il a annoncé avoir près de 40 observations.

Les observations personnelles de l'orateur sont au nombre de 9. Quelques-unes commencent le 9 juillet, quelques autres datent seulement de quelques jours ; 4 sont relatives à des tumeurs du genou non suppurées ; 2 à des tumeurs blanches du cou-de-pied, une suppurée et très grave, 1 non suppurée ; 2 à des adénites tuberculeuses ; 1 à des gommes multiples de la peau.

Il ne dira qu'un mot, au point de vue de la technique, de l'injection dans le mal de Pott ; ce matin même, il a eu l'occasion de la pratiquer sur un garçon de treize ans, atteint d'un mal de Pott lombaire, portant sur les dernières vertèbres et présentant un gonflement marqué et un peu douloureux sur les côtés des apophyses épineuses, sans abcès appréciable, ni dans la fosse ilio-lombaire, ni dans le bassin. Avec l'assistance de M. Poirier, il s'était assuré préalablement sur le cadavre et sur le squelette de la direction exacte qu'il convenait de donner à l'aiguille dans la région lombaire. Il faut prendre pour repère le sommet de l'apophyse transverse de la vertèbre qu'on veut injecter sur l'adulte. Le sommet de cette apophyse se trouve à 4 centimètres et demi ou 5 centimètres en dehors de l'apophyse épineuse de la vertèbre correspondante et sur un plan supérieur à celui du sommet de l'apophyse épineuse elle-même.

Il en résulte qu'après avoir reconnu avec le doigt et l'aiguille le sommet de l'apophyse transverse, il suffit de se porter immédiatement au-dessous ; en dirigeant l'aiguille perpendiculairement à la direction de l'apophyse épineuse, on arrive directement sur la face latérale de la vertèbre. Il faut se munir d'aiguilles longues d'environ 10 centimètres et peu flexibles.

En procédant ainsi, M. Coudray a injecté de chaque côté, sur les deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires, en tout douze gouttes de la solution à 1/10ᵉ, en six piqûres, à la surface du tissu osseux lui-même. Il est vraisemblable que l'irritation provoquée par le liquide sera susceptible, entre autres effets, d'amener, comme on le voit sur le fémur, une ostéite productive favorable à une guérison plus prompte et à la surface du périoste des densifications contribuant pour leur part à limiter et à arrêter les lésions en évolution.

Il pourrait borner ses réflexions à une seule qui est celle-ci : tous ces faits sont identiques à ceux de M. Lannelongue ; bien que trop jeunes, ces observations présentent la physionomie, la marche qu'il a tracées ; les mêmes phénomènes se déroulent successivement avec une précision pour ainsi dire mathématique. La transformation, complète en dix-huit jours, obtenue des fongosités du genou, dans l'Observation II, concorde avec les dates indiquées par lui pour la sclérose ; elle peut être complète à partir de quinze jours.

L'orateur a noté, comme M. Lannelongue, les modifications osseuses et il y a lieu d'y insister. Au point de vue de la sensibilité d'abord, on voit un changement complet s'opérer en trois jours dans un cas ; on peut toucher un fémur sans réveiller de douleur, alors qu'il était très douloureux avant l'injection. Est-ce là une auto-suggestion chez un malade nerveux ? Quoi qu'il en soit, le fait est à noter. Moins extraordinaire est l'absence de douleur des os chez une malade au bout de dix-huit jours, alors qu'elle présentait une grande sensibilité du squelette avant le traitement ; M. Lannelongue a plusieurs fois observé cette particularité.

M. Coudray a aussi trouvé et très manifestement, dès les premiers jours du traitement, l'augmentation de volume du fémur sur trois malades.

Les quelques remarques par lesquelles il termine lui sont inspirées bien plus par la connaissance des faits de M. Lannelongue et par ses recommandations dernières que par ses propres faits ; on les peut résumer dans les quelques points suivants :

1° Il faut se bien pénétrer de la nécessité des injections dans les parties profondes et non pas dans les fongosités, ni dans les abcès, ni dans les trajets fistuleux.

2° Lorsqu'on est amené à une intervention quelconque : grattage, ablation du séquestre, etc., il faut avoir pratiqué un certain temps auparavant des injections sclérogènes, qui permettent de séparer le mort du vif et créent une barrière contre l'auto-inoculation : une des observations de M. Coudray est, à ce sujet, excessivement probante.

3° Il faut, dès que la sensibilité de la région est devenue moindre, en général du deuxième au quatrième jour, établir une compression rigoureuse et longtemps prolongée ; elle prévient les épanchements sanguins ou les fait disparaître rapidement ; elle hâte considérablement le dégonflement des tissus.

4° Enfin, quand la sclérose est complète, les malades sont laissés au repos, s'exerçant lentement, progressivement, aux mouvements normaux qui reviennent d'eux-mêmes, dans une mesure variable toutefois ; ne permettre la marche qu'avec réserve et pas avant six semaines ou deux mois après l'apparente guérison.

De la virulence du liquide de l'hydrocèle symptomatique de la tuberculose testiculaire. — M. TUFFIER dit que les épanchements séreux symptomatiques de la tuberculose des viscères sous-jacents sont en général virulents et provoquent la tuberculose par inoculation. Le fait est vrai pour les pleurésies et les péritonites. Il cherchera à prouver qu'il en est de même pour les épanchements de la tunique vaginale symptomatiques de la tuberculose de l'épididyme.

Les hydrocèles tuberculeuses sont de deux ordres : la vaginalite tuberculeuse primitive, dont Sigmunds de Hambourg a, d'après lui, exagéré la fréquence, et la vaginalite secondaire.

M. Tuffier ne s'occupe ici que de l'hydrocèle symptomatique, sans envahissement appréciable de la vaginale.

Le liquide épanché est en quantité variable, il est jaune citrin et ne diffère en rien de celui que nous trouvons dans l'hydrocèle vulgaire. Cet épanchement est souvent bilatéral.

Il a étudié six cas d'hydrocèle symptomatique. Dans cinq d'entre eux, l'affection avait une marche chronique ; dans un cas, il s'agissait de la forme aiguë. Dans quatre cas, le testicule et la vaginale furent enlevés sans ouverture de la séreuse, l'anatomie pathologique put donc être faite complètement et la séreuse fut reconnue intacte. Dans ces quatre cas, l'examen bactériologique du liquide et les inoculations furent faits avec le concours de MM. Gilbert Wurtz et Toupet. Les examens sur lamelles furent constamment négatifs au point de vue du bacille de Koch. Les inoculations au péritoine du cobaye donnèrent, dans tous les cas, des résultats positifs.

Le liquide de l'hydrocèle symptomatique d'une tuberculose épididymaire est virulent, qu'il s'agisse de la forme aiguë ou chronique de l'affection.

En cas d'incertitude sur la nature de l'hydrocèle, l'inoculation peut lever les doutes.

La ponction avec injection bactéricide est indiquée dans ces cas.

Si l'on recourt à une intervention radicale, il faut enlever en même temps le testicule et la séreuse pour éviter une autre inoculation.

La séance est levée.

SÉANCE DE CLOTURE

La prochaine session aura lieu à Paris, en 1893, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Le Congrès, qui vient de se terminer, a voté plusieurs résolutions résumant les divers *desiderata* qui ont été formulés au cours des discussions. En voici le texte :

1° Il serait nécessaire de voir tous les gouvernements inscrire dans leurs règlements sanitaires les mesures les plus efficaces pour empêcher l'extension de la tuberculose bovine.

2° Il y a urgence d'établir un service d'inspection des viandes dans toutes les villes, sans exception, pourvues d'un abattoir public.

3° Il y a lieu également de supprimer tous les abattoirs privés dans les agglomérations de plus de 5000 habitants et de les remplacer, dans le plus bref délai possible, par des abattoirs publics, communaux ou cantonaux.

(L'existence d'innombrables tueries particulières dans les banlieues de Paris et de plusieurs grandes villes rend impossible, au double point de vue de la police sanitaire et de l'hygiène publique, toute surveillance réellement effective.)

4° Comme en 1888, le Congrès pense qu'il y a lieu de poursuivre, par tous les moyens possibles, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totales, pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux.

(A ce sujet, M. le professeur Arloing a indiqué les moyens suivants, comme capables de permettre aux pouvoirs publics d'arriver à la solution de la question :

a. La viande des animaux tuberculeux, dans tous les cas indistinctement, ne sera jamais livrée à la consommation à l'état frais;

b. Lorsque la qualité de cette viande légitimera son utilisation, celle-ci sera précédée de la stérilisation ou d'une transformation par une application suffisante de la chaleur, ou bien salée, suivant les lieux et les circonstances, avant de servir à l'alimentation;

c. La moins-value résultant de ces transformations ou modifications sera compensée par une indemnité;

d. L'indemnité proviendra d'une légère taxe prélevée sur toutes les têtes de bétail sacrifiées sur le territoire et soumises à l'inspection;

e. Les communes surveilleront, comme cela a lieu déjà dans plusieurs pays, la Belgique et le grand-duché de Bade entre autres.)

5° Comme en 1888, le Congrès insiste sur la nécessité de soumettre à une surveillance spéciale les vacheries consacrées à la production industrielle du lait destiné à être consommé en nature, pour s'assurer que les vaches ne sont pas atteintes de maladies contagieuses — la tuberculose entre autres — susceptibles de se communiquer à l'homme.

6° Les locaux dans lesquels ont habité ou sont morts des tuberculeux doivent être désinfectés par mesure administrative.

7° Il y a lieu d'introduire, dans les nouvelles instructions du Congrès de la tuberculose, un paragraphe concernant la désinfection des crachats dans toutes les maladies à expectoration.

8° Le Congrès, considérant les excellents résultats donnés par le séjour des tuberculeux au bord de la mer, donne son complet assentiment à l'Œuvre des hôpitaux marins.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Par M. le docteur PASSANT.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1891.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	12	13	3	28
2e	11	12	5	28
3e	19	41	9	69
4e	34	57	22	113
5e	19	44	7	70
6e	16	23	2	41
7e	13	22	14	49
8e	8	15	8	31
9e	16	27	6	49
10e	24	43	9	76
11e	70	137	61	268
12e	28	49	20	97
13e	47	85	34	166
14e	36	66	32	134
15e	33	76	27	136
16e	12	9	5	26
17e	49	56	21	126
18e	60	85	54	199
19e	66	74	36	176
20e	65	124	89	278
	638	958	464	2060

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	156
Croup	38
Coqueluche	5
Corps étranger de l'œsophage	2
Otite	2
Ophthalmie	1
B. Asthme	52
Affections du cœur	69
Bronchites aiguës et chroniques	124
Pleuro-pneumonie	105
Congestion pulmonaire	27
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	144
Cholérine	47
Dysentérie	4
Athrepsie	64
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	78
Hernie étranglée	30
Rétention d'urine	12
Rupture de l'urèthre	1
Orchite	5
Vulvite	1
D. Métrite, métro-péritonite	62
Métrorrhagie	45
Fausse couche	61
Accouchement, délivrance	163
Accouchements non terminés	24
E. Affections cérébrales	83
Convulsions, éclampsies	83
Névralgie	22
Névroses	88
Epilepsie	18
Aliénation mentale	6
Alcoolisme, delirium tremens	23
F. Rhumatisme	22
Affections éruptives	89
Fièvre intermittente	5
Fièvre typhoïde	15
Hémorrhagies de causes internes et externes	89
G. Plaies, contusions	96
Fractures, luxations, entorses	27
Brûlures	3
Empoisonnements	19
Asphyxie par le charbon	8
— par submersion	1
Suicide	3
H. Mort à l'arrivée du médecin	47
Total	2060

La moyenne des visites par nuit est de 22,80. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 23,20.

Les hommes entrent dans la proportion de 33 p. 100.
Les femmes — — 53 —
Les enfants au-dessous de trois ans 14 —

Visites du premier trimestre de 1890	....	2 111
Visites du premier trimestre de 1891	....	2 060
Différence en moins	....	51

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

33. M. Boulin. De l'allaitement régulier. Quelques résultats fournis par la méthode des pesées chez des enfants régulièrement nourris. — 34. M. Grellety. Du traitement actuel du cancer de la langue. — 35. M. Delpont. De la cystite chez les enfants. — 36. M. Lacaze. Suites et résultats de l'ablation dans l'inflammation des annexes. — 37. M. Giudicelli. Des kystes de la partie vaginale du col dans les métrites. — 38. M. Cousin. Étude sur les suites de couches des syphilitiques. — 39. M. Gardette. Des ruptures spontanées de l'aorte dans le péricarde. — 40. M. Vaucel. Contribution à l'étude de l'étiologie de l'héméralopie épidémique et de ses rapports avec le scorbut. — 41. M. Huguet. Étude sur le dosage de l'urée. — 42. M. Delpierre. De l'amputation de la jambe au lieu d'élection par le procédé bordelais de M. le docteur Dudon. — 43. M. Daraignez. De l'arthrodèse. — 44. M. Doucet. De la dacryocystite chronique. Son traitement dans les cas rebelles par la cautérisation ignée au thermocautère. — 45. M. Margouty. Du rôle des matières animales dans la nocivité de l'air expiré. — 46. Woolonghan. Recherches de topographie cranio-cérébrale. Détermination des rapports du sillon de Rolando et de la scissure de Sylvius avec la boîte cranienne.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 93. — MARDI 10 AOUT 1891. 64e ANNÉE. MARDI 10 AOUT 1891. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE LANGUE FRANÇAISE. Première question : « Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. » — La question du cancer : Le cancer est-il contagieux ? — THÈSES DE PARIS ET DE BORDEAUX. — Nouvelles.

Paris, le 10 août 1891.

Comme les médecins, comme les chirurgiens, les accoucheurs des hôpitaux ont été consultés par le Directeur de l'Assistance publique, sur les réformes à apporter dans l'enseignement clinique des hôpitaux.

M. Budin vient de publier un remarquable rapport dont nous extrayons les principaux passages.

Après avoir rappelé le règlement qui fut publié à la fin du mois de mars dernier, par la Faculté de médecine de Paris, et qui rend le stage obstétrical obligatoire dans l'une des cliniques de la Faculté, M. Budin continue ainsi :

Tous les accoucheurs des hôpitaux avaient des élèves, la plupart d'entre eux s'occupaient très activement et avec succès de l'instruction des étudiants. Le nouveau règlement ne reconnaissait plus aucune valeur à leur enseignement, leurs externes même étaient obligés de se rendre chez l'un des deux professeurs de la Faculté.

Nous croyons inutile d'insister sur l'émotion que produisit la publication de ce règlement. Les étudiants durent quitter les services de leur choix pour se rendre obligatoirement dans une des deux cliniques et y passer un mois.

Les accoucheurs des hôpitaux, agrégés de la Faculté de médecine, chargés par cette dernière de l'enseignement théorique (cours professoral, conférences, cours aux élèves sages-femmes) et désignés par l'État pour faire passer les examens de doctorat, n'étaient pas admis plus que les autres à donner un enseignement clinique qui, aux yeux de la Faculté, pût avoir quelque valeur pour l'étudiant et lui être compté.

Comme vous avez été avertis dans votre dernière réunion que les résolutions relatives au stage ne devaient pas être maintenues, un des membres de votre Commission a été délégué près de l'éminent doyen de la Faculté de médecine. Il a déclaré à M. Brouardel que tous les accoucheurs des hôpitaux désiraient avoir, comme par le passé, des élèves dans leur service et continuer à faire leur instruction ; ils acceptent, volontiers, que la Faculté prenne les mesures nécessaires pour constater l'authenticité et la sincérité du stage.

Il a été parlé d'un enseignement nouveau pour lequel la Faculté s'annexerait des membres appartenant au corps médical des hôpitaux. Les accoucheurs, quelles que soient les mesures prises par la Faculté pour son enseignement personnel, désirent être considérés comme pouvant avoir tous des stagiaires : ils ne demandent pour cela ni titre, ni rétribution.

Voici quelle a été la réponse de M. le doyen.

La Faculté de médecine a décidé qu'un stage obstétrical serait fait ; or, le stage, tel qu'il est actuellement organisé dans les services de médecine et de chirurgie, lui paraît être souvent absolument illusoire, elle voudrait en avoir la surveillance. Aucun traité ne la liant avec l'Assistance publique pour les services d'accouchement qui n'existent que depuis neuf années, elle a voulu pouvoir surveiller efficacement le stage obstétrical de ses élèves ; c'est pourquoi elle a commencé par décider qu'il serait exclusivement fait dans ses deux Cliniques.

Ce premier point résolu et même mis en pratique, le Conseil de la Faculté a voté la proposition suivante : « Les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux participeront, dans la mesure nécessaire, à l'enseignement clinique. »

M. le doyen pense que la surveillance des stagiaires se trouvant nettement réservée à la Faculté, les deux services de clinique [illegible] seront insuffisants pour l'enseignement pratique des étudiants. Il proposera donc au Conseil de la Faculté d'accepter qu'ils fassent leur stage dans les autres services d'accouchement des hôpitaux.

La Faculté n'imposera aux élèves que le stage ; elle leur permettra de le faire dans l'hôpital qu'ils préféreront, jusqu'à ce que le nombre des stagiaires que peut raisonnablement contenir un service soit complet.

Au moment de l'examen, il sera indiqué que l'étudiant a fait son stage, sans spécifier l'hôpital dans lequel il aura été admis.

Les accoucheurs des hôpitaux ne demandent pas autre chose, et ils seront certainement heureux de constater l'accord qui règne entre l'opinion de M. le doyen et la leur.

Dans ces conditions, la Faculté, qui surveille le stage, conserve la liberté d'organiser à sa guise l'enseignement dans quelques services, si elle le désire ; les accoucheurs pourront avoir des stagiaires, tout en étant libres d'en accepter ou non ; les étudiants en médecine seront libres de choisir l'hôpital et le maître qu'ils préféreront.

Le stage obstétrical s'imposait depuis longtemps.

Un rapport sur l'enseignement de l'obstétrique à l'étranger, publié en 1879, démontrait que, dans les différents pays d'Europe, les étudiants doivent, avant de passer leur examen, « prouver qu'ils ont fait personnellement un ou plusieurs accouchements ; le nombre minimum de ces accouchements est de deux en Hongrie, de quatre en Allemagne, de quatre à trente dans la Grande-Bretagne, suivant le corps examinant et suivant le titre que l'on désire obtenir, de dix à Helsingfors, etc. En Hollande, les étudiants doivent non seulement avoir assisté à dix accouchements normaux, mais encore avoir pratiqué deux accouchements laborieux.

Et plus loin, le même rapport disait : « En résumé, dans tous les pays, non seulement les élèves en médecine reçoivent un enseignement obstétrical théorique et font des manœuvres opé-

ratoires, mais on favorise autant que possible leur instruction clinique, et ils sont obligés de prouver, au moment de passer leurs examens, qu'ils ont personnellement pratiqué plusieurs accouchements simples ou laborieux. »

Un des arguments invoqués pour obtenir la création des accoucheurs des hôpitaux fut, à côté de l'intérêt bien entendu des malades, la nécessité d'établir de nouveaux foyers pour l'enseignement pratique de l'obstétrique.

Enfin, un certain nombre d'étudiants en médecine faisaient déjà spontanément un stage et les accoucheurs leur délivraient des certificats, acceptés par la Faculté, qui leur permettaient de prendre leurs inscriptions.

Un mois de stage et deux accouchements sont imposés par la Faculté de médecine, mais nous ferons remarquer qu'un seul pays ne demande que ce minimum, tous les autres exigent davantage. Et il serait facile de démontrer que, pour ce stage d'un mois, les deux services de clinique obstétricale de la Faculté sont absolument insuffisants. Que serait-ce si la durée du stage était portée à trois mois, comme le désirent quelques professeurs ?

Du reste, n'autoriser les étudiants à faire leur stage que dans les services qui dépendent actuellement ou doivent dépendre dans l'avenir de la Faculté de médecine, comme on a proposé de le faire, que ce stage soit obstétrical, chirurgical ou médical, nous semble constituer une restriction, une limitation qui n'est ni dans l'esprit de la loi sur la liberté de l'enseignement supérieur, ni dans l'intérêt du pays.

En effet, les étudiants sont obligés de faire d'abord une année de service militaire, puis d'être docteurs ou internes des hôpitaux à vingt-six ans, sous peine de passer deux autres années sous les drapeaux. Or, s'ils consacrent quatre années à prendre leur seize inscriptions, s'ils font ensuite un stage obstétrical supplémentaire, s'ils passent leurs examens de doctorat ou se présentent au concours de l'internat, ils pourront bien difficilement suivre les services hospitaliers qui ne dépendent pas de la Faculté, et ces servi[illegible]ront fatalement délaissés.

On l'a dit avec raison, la présence des élèves est un contrôle pour le médecin et une garantie pour les malades ; ces derniers le savent bien, et, en général, les services les plus fréquentés, les plus recherchés par eux, sont précisément ceux qui sont les plus fréquentés, les plus recherchés par les élèves. En outre, la présence des étudiants et l'enseignement journalier stimulent le zèle du chef de service, l'obligent à travailler, à penser : de là, pour quelques-uns, à faire des découvertes importantes, à réaliser des progrès dont profite l'humanité, il n'y a qu'un pas.

« Est-ce que vous vous imaginez, a dit Laboulaye, que c'est simplement dans une chambre qu'on peut travailler? Non, il faut l'enseignement ; c'est l'enseignement qui éprouve les idées, ce sont les observations que nous font les jeunes gens. C'est là que vous trouvez le sens de la réalité. L'homme qui n'a pas enseigné est un rêveur dans la solitude ; l'homme qui a enseigné, au contraire, est un homme qui a pratiqué et qui peut écrire avec sûreté et solidité. » Et pour faire de l'enseignement, il n'est pas nécessaire d'avoir un nombreux public, quelques auditeurs attentifs suffisent.

Enlever les élèves aux services hospitaliers qui ne dépendent pas de la Faculté de médecine, c'est supprimer l'enseignement clinique en dehors de cette dernière. Que de foyers d'instruction seraient ainsi perdus et disparaîtraient pour ne laisser subsister que la seule parole officielle ! Que d'idées nouvelles pourraient être ainsi mises sous le boisseau !

L'État qui doit envisager, avant tout, l'intérêt général du pays et de la science, permettra-t-il des mesures qui seraient suivies de semblables conséquences ? Nous voulons espérer que non. Il a le contrôle, puisqu'il s'est réservé, exclusivement réservé, les examens. « C'est lui qui confère les grades par l'intermédiaire des professeurs qu'il a institués. En délivrant le diplôme de docteur en médecine, il donne au public la garantie que le candidat a tout au moins fait des études suffisantes et qu'on peut avoir confiance dans sa capacité » (Laboulaye).

« On ne cherche pas, écrit de son côté Spuller, où l'étudiant a pris les leçons et acquis les connaissances dont il est admis à faire la preuve aux examens. C'est la liberté de l'étudiant ajoutée à la liberté du professeur. Instruisez-vous où vous voudrez, de la manière que vous voudrez, dit en quelque sorte l'État, appliquant le mot si souvent cité de M. de Rémusat : « Il y a [illegible] manières d'apprendre, il n'y a qu'une manière de savoir. »

Voilà quel est exactement l'esprit de la loi sur l'enseignement supérieur.

Du reste, c'est ainsi que les choses se passent dans beaucoup de pays étrangers. Il suffit que l'étudiant apporte un certificat constatant qu'il a suivi un cours, soit un cours du professeur de l'Université, soit un cours fait par un professeur extraordinaire ou par un *privat docent*, pour être admis à faire la preuve de ses connaissances et à recevoir le diplôme de médecin. « Le droit d'enseigner s'accorde aussi libéralement que possible, sous la seule réserve d'un contrôle officiel strictement suffisant à créer une garantie » (Lejars).

Il ne saurait venir à l'esprit de personne que les concours subis à Paris par ceux qui ont conquis le titre de médecin, de chirurgien ou d'accoucheur des hôpitaux, ne les mettent au moins au rang des *privat docenten*.

Et si les chefs de service dans les hôpitaux désiraient organiser un enseignement à leurs frais, si des particuliers voulaient, comme en Angleterre ou aux États-Unis, favoriser l'instruction des élèves en médecine par des donations qui ne seraient pas faites à la Faculté, l'État voudrait-il empêcher les étudiants de profiter de ces générosités en les retenant exclusivement dans les services officiels? Poser ces questions, n'est-ce pas les résoudre?

Nous concluons donc en disant : Si on apportait au stage les mesures restrictives qui ont été proposées, ce serait, grâce à la nouvelle loi sur le service militaire, faire à Paris le vide dans tous les services hospitaliers qui ne sont pas ceux de la Faculté ; cela nous paraît contraire à l'esprit de la loi sur la liberté de l'enseignement supérieur, contraire au développement du progrès scientifique, contraire aux intérêts du pays.

Une question qui mérite encore d'être discutée est celle de l'enseignement rétribué par les élèves. Tous les accoucheurs des hôpitaux actuels, avant d'appartenir à l'Assistance publique ou à la Faculté, ont fait de l'enseignement libre; tous, sans en excepter un seul, ont fait de l'enseignement payé par les étudiants; quelques-uns d'entre eux y ont trouvé des ressources qui leur ont permis de se consacrer exclusivement pendant plusieurs années à l'instruction des élèves et des médecins, Français ou étrangers. Il en est résulté des améliorations indiscutées dans l'enseignement de l'obstétrique, et si, à plusieurs années de distance, nous en jugeons par les témoignages que nous avons tous reçus de ceux qui ont suivi nos cours, ceux-ci ont dû rendre quelques services. Aussi n'est-il pas étonnant que votre Société se prononce en faveur de l'enseignement rétribué par les étudiants.

Dans un certain nombre de pays étrangers, les professeurs de l'Université sont payés par leurs élèves, aussi bien que les professeurs extraordinaires et les *privat docenten*.

En France, l'Etat ne paraît pas absolument opposé à cette rétribution. « Peut-être aussi, a dit Laboulaye dans son rapport, y aurait-il lieu d'examiner si, en dehors du traitement de l'État, traitement toujours insuffisant, il ne serait pas juste d'attribuer au professeur une part des honoraires payés par l'étudiant qui le choisit. Il n'y a aucune raison pour condamner un homme de talent à la médiocrité et à la gêne. On ne voit pas pourquoi on ne donnerait pas à l'enseignement quelques-uns des avantages attachés aux professions libres. »

A la Faculté de droit de Paris, il existait, jusqu'en 1880, des conférences données par les agrégés et rétribuées par les auditeurs.

Le règlement des Cours libres faits par d'autres professeurs

que ceux attachés à l'Université, règlement adopté par le conseil des Facultés, déclare que « les cours privés peuvent donner lieu, au profit du professeur, à la perception d'une rétribution payée par les élèves ».

Enfin, M. le professeur Cornil a raconté comment, avec l'assentiment du doyen, M. Béclard, assentiment continué par M. Brouardel, il avait organisé à la Faculté de médecine un enseignement de bactériologie et un cours démonstratif d'histologie pathologique qui, tous deux, sont rétribués par les élèves.

Pourquoi, dès lors, n'accepterait-on pas que certains chefs de service qui le désirent fissent dans les hôpitaux un enseignement rétribué?

Vous avez tous vu par expérience quelle est l'exactitude, quel est le zèle des élèves payants. Tout étudiant qui paie considère, mentalement tout au moins, qu'il a plus de droits; tout professeur qui est payé par les élèves estime qu'il a des devoirs plus précis. Et les choses n'en vont que mieux.

Des objections ont, cependant, été formulées contre ce mode d'enseignement; nous allons les passer successivement en revue :

1° Cette manière de procéder, se bornent à dire certaines personnes, n'est pas dans nos mœurs. L'argument n'a guère de valeur, car si nos mœurs ne sont pas bonnes sur ce point, pourquoi ne pas les changer? L'enseignement rétribué par les étudiants existe déjà dans les hôpitaux, puisque personne ne s'est jamais opposé à l'enseignement justement payé que donnent les chefs de clinique et les internes. De plus, le rapport de Laboulaye, la phrase si catégorique de Spuller que nous sommes tenté de répéter : « Instruisez-vous où vous voudrez, de la manière que vous voudrez », la rétribution autorisée par le Conseil des Facultés pour les cours libres, l'existence tolérée de cours payés à la Faculté de médecine, montrent que l'État n'est pas hostile à l'enseignement payé par les élèves, même dans ses Facultés.

2° Permettre aux chefs de service de faire de l'enseignement rétribué dans les hôpitaux, dit-on encore, c'est faire servir les malades à cet enseignement. Mais, est-ce que les professeurs de clinique payés par l'État ne donnent pas l'instruction grâce aux malades de l'Assistance publique? Et quand nous étions internes ou chefs de clinique, n'avons-nous pas eu, à l'hôpital, des élèves particuliers? Les chefs de clinique et les internes actuels ne font-ils pas de même? S'opposer à l'enseignement rétribué pour les chefs de service, c'est maintenir cette situation bizarre, parfois observée et qui ne réalise pas tout à fait l'idéal de la justice : les élèves suivant en grand nombre un professeur qui fait un enseignement gratuit, tandis que le professeur officiel, celui qui est payé, n'a que peu d'auditeurs.

Du reste, rétribué ou non, cet enseignement est fait et, nous l'avons vu, les malades eux-mêmes recherchent en général les chefs les plus suivis, les services les plus fréquentés par les étudiants.

3° L'enseignement payé, dit-on encore, favorise les étudiants riches et non les étudiants pauvres; il favorise les étrangers. Pour les étudiants pauvres, et ils sont certainement plus nombreux dans d'autres pays qu'en France, le correctif serait dans la gratuité absolue ou relative que les professeurs ne manqueraient pas d'accorder, de même qu'il y a des bourses ou demi-bourses octroyées par l'État ou les municipalités. Et puis, si l'étudiant, grâce à l'enseignement rétribué, trouve le moyen d'apprendre vite et bien, n'y aurait-il pas encore bénéfice pour lui et pour sa famille?

Quant aux étrangers, pourquoi, s'ils le veulent, ne pas leur permettre de payer leur instruction en France au lieu d'aller la payer dans d'autres pays? J'en ai souvent entendu me dire : « Que n'avez-vous dans vos services un enseignement payant, vous nous verriez le suivre avec plaisir, car la langue française nous est plus familière que les autres! »

Il ne faut pas nous laisser leurrer par les chiffres officiels, la vérité est que les étrangers venaient autrefois en foule à Paris et y étudiaient; aujourd'hui, ils s'inscrivent à la Faculté, mais ils ne font souvent que traverser la France. Allez dans les pays voisins, et c'est là que vous les retrouverez. Vous avez beau leur offrir l'enseignement gratuit et libre dans les hôpitaux, ils trouvent probablement qu'ils n'en ont pas pour les sommes qu'ils dépensent dans votre ville, et ils vont étudier ailleurs, moyennant finance; ils peuvent y apprendre plus rapidement, et, dans cette circonstance encore, ils estiment que « le temps est de l'argent ».

Nous ne croyons donc pas que les objections faites à l'enseignement rétribué par les élèves aient une grande valeur. Si les accoucheurs veulent réaliser le programme que plusieurs d'entre eux se sont tracé, s'ils veulent faire un enseignement pratique, il faut qu'ils attachent à leurs services des assistants et des chefs de laboratoire. Grâce à l'enseignement payant, ils pourraient rétribuer ces auxiliaires comme ils le méritent, et chaque service deviendrait plus facilement un centre d'instruction obstétricale complet et autonome.

Qui sait même si, bien organisé, cet enseignement ne constituerait pas le meilleur moyen d'attirer chez nous les étrangers en plus grand nombre et de favoriser l'expansion des idées scientifiques de la France!

Nos lecteurs ont pu voir, en lisant ces lignes, que la thèse que défend si brillamment M. Budin a toujours été la nôtre. Le nombre de ceux qui demandent des réformes grossit de jour en jour. Finira-t-on par en obtenir?

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES
DE LANGUE FRANÇAISE (IIe SESSION)

Le Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française s'est ouvert, à Lyon, le lundi 3 août. La séance a été ouverte par M. Rivaud, préfet du Rhône, et par M. le professeur Ball, président du Congrès de l'année dernière, à Rouen.

Présidence de M. B[illegible]CHEREAU.

PREMIÈRE QUESTION

DU ROLE DE L'ALCOOLISME DANS L'ÉTIOLOGIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

(Rapport par M. le docteur Rousset.)

L'étiologie de la paralysie générale est aujourd'hui encore très obscure. Cela tient à ce que, la plupart du temps, les renseignements fournis par les familles sur les antécédents héréditaires et personnels des paralytiques sont vagues, incertains, contradictoires et, par cela même, ne sont pas rigoureusement exacts. Dans la clinique ordinaire, les malades lucides, ayant conservé la mémoire, fournissent eux-mêmes les indications nécessaires, mais combien souvent on est induit en erreur!

A l'asile, aucune lumière n'est à espérer du paralytique. Il est bien difficile de savoir au juste le degré d'alcoolisme du malade.

De plus, il est certain que, chez la plupart de nos malades, d'autres causes concourent, en même temps que l'alcool, au développement de la paralysie générale. La prédisposition héréditaire nous est souvent cachée par les familles, qui s'empressent de mettre sur le compte des seuls excès alcooliques ce qui devrait plutôt être attribué à une tare cérébrale.

Ceci montre que, dans cette question du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, il y a beaucoup de fausses interprétations et de nombreuses causes d'erreur difficiles à éviter, et nous sommes obligés de dire aujourd'hui encore, avec Lasègue : « L'élément alcoolique, dans la paralysie générale, il est encore plus facile de le reconnaître que de déterminer la part qu'il convient de lui faire. »

M. le docteur Rousset fait l'historique de la question, il rappelle un article publié par M. le docteur Rouillard, dans la

Gazette des hôpitaux, article qui, venant après les travaux de MM. Ball, Régis, Lacaille et Blache, résume les opinions émises par ces auteurs sur les pseudo-paralysies générales. Il résume en disant que les opinions actuelles peuvent, en réalité, être ramenées à quatre principales :

1° Quelques cliniciens, les moins nombreux, ne reconnaissent pas de différence fondamentale entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale, et croient que la méningo-encéphalite est le plus souvent due aux excès alcooliques.

2° D'autres refusent à l'alcoolisme le droit de produire de toutes pièces la paralysie générale et pensent que ce que l'on appelle la paralysie générale alcoolique n'est, au fond, qu'un état cérébral particulier qu'ils appellent pseudo-paralysie générale alcoolique, empruntant le masque de la méningo-encéphalite, mais s'en séparant assez par la marche, la gravité, et même les lésions anatomiques, pour mériter de ne pas être confondu plus longtemps avec cette affection ;

3° D'autres établissent une distinction très nette entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale ; ils admettent une paralysie générale de nature alcoolique, pouvant être quelquefois l'aboutissant de l'alcoolisme chronique ;

4° Les derniers, faisant preuve de plus de circonspection et d'éclectisme, considèrent l'alcoolisme comme une cause purement occasionnelle, agissant presque toujours sur un terrain prédisposé antérieurement.

M. le docteur Rousset parle ensuite des excès alcooliques de la première période de la paralysie générale, il fait un essai de géographie médicale de l'alcoolisme et de la paralysie générale.

« L'alcoolisme est, sans contredit, un des facteurs pathogéniques les plus puissants; sa place dans l'étiologie générale des maladies mentales est bien marquée, et les délires symptomatiques de l'intoxication alcoolique, que l'on observe dans les psychoses essentielles (manie, mélancolie, délire de persécution), sont frappés d'une empreinte caractéristique, d'un cachet spécial de spécificité qui permet au clinicien de les différencier. Mais quand on examine les rapports étiologiques de l'alcoolisme et de la paralysie générale, la question devient plus complexe.

Il y a en effet, dans la période prodromique de la paralysie générale, période de dynamie fonctionnelle bien décrite par M. le docteur Régis, un état d'hyperactivité cérébrale qui pousse les malades à tous les excès, et plus particulièrement aux excès alcooliques. Il y a là un point important sur lequel le clinicien devra être absolument éclairé ; et en cela il ne sera souvent pas aidé par l'entourage, par les parents, qui diront même au médecin, dans les cas de ce genre, que la cause de tout le mal est un changement dans la conduite, ne voyant pas que, dans l'espèce, les excès alcooliques sont un effet et non une cause.

Cette dipsomanie d'origine paralytique, qui a été parfaitement mise en relief par Legrand du Saulle, MM. Ball, Christian, Ritti, Régis, etc., présente souvent une durée assez longue de plusieurs mois; aussi semble-t-il qu'elle ait pu induire en erreur les anciens auteurs, dont les statistiques attribuent une trop large part à l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.

En dehors de cette dipsomanie, qui ne doit pas entrer en ligne de compte dans la genèse de la paralysie générale, qui, à vrai dire, ne joue qu'un rôle de trompe-l'œil et qui, chez un certain nombre de malades, peut être élucidée, il y a des cas où l'obscurité est plus complète, où le diagnostic est des plus difficiles et doit être suspendu, dans l'attente des phénomènes ultérieurs. Prenons un exemple clinique qui peut se présenter tous les jours dans un asile. Un malade est admis sans renseignements, présentant des troubles somatiques communs au délire alcoolique et à la période d'excitation maniaque de la paralysie générale ; à cela viennent s'ajouter des idées de grandeur et de satisfaction, ainsi que des hallucinations vagues de la vue. Est-ce un paralytique général au début? Est-ce un alcoolisant vulgaire?

L'alcoolisme est-il un facteur étiologique de la paralysie générale, et, s'il en est facteur, en est-il un facteur prépondérant? On serait presque tenté d'être très affirmatif, en lisant les derniers travaux qui ont paru sur la question. Au Congrès international de médecine mentale de Paris (août 1889), M. le docteur P. Garnier, après avoir démontré que la folie avait augmenté de 1872 à 1888 de 30 p. 100 environ, ajoutait que l'augmentation des cas d'aliénation mentale dans ces dernières années était le fait de deux types morbides dont la fréquence est sensiblement progressive : la folie alcoolique et la paralysie générale, les psychoses essentielles (manie, mélancolie, délire chronique ou psychose systématiquement progressive) restant de leur côté absolument stationnaires. Pour M. Garnier, la comparaison entre les graphiques qui marquent l'accroissement simultané de l'alcoolisme et de la paralysie générale suffit à établir que leur progression si rapide est nettement corrélative, et lui fait conclure de leur marche envahissante à l'influence étiologique de l'alcoolisme sur le développement de l'encéphalite interstitielle chronique. Sur de pareilles raisons, il y a certainement un peu de témérité de conclure à une relation de cause à effet. Ne peut-il pas y avoir un parallélisme entre deux maladies sans que l'une soit la cause de l'autre? De ce que deux maux ont une marche parallèlement croissante, est-on en droit de conclure à une influence étiologique, à une relation causale de l'un par rapport à l'autre?

Au dernier Congrès de Rouen, M. le docteur Dubuisson, communiquant le résultat de ses recherches à l'asile de Quatre-Mares, sur la fréquence et l'étiologie de la paralysie générale, constate l'augmentation de la méningo-encéphalite, et attribue la principale cause de cette augmentation à l'alcoolisme. Les investigations ont porté sur une période de trente-six années, de 1853 à 1889. Sur 1,574 paralysés généraux, M. Dubuisson note 745 cas où la cause présumée a été l'alcoolisme ; la proportion est, on le voit, considérable. Mais il est bon de remarquer que l'abus des boissons alcooliques est très répandu dans la ville de Rouen et dans la Normandie.

La statistique de M. Dubuisson, qui nous donne pour le département de la Seine-Inférieure un percentum si élevé d'alcooliques paralytiques, nous conduit naturellement à quelques considérations sur la géographie médicale de l'alcoolisme et de la méningo-encéphalite, considérations qui doivent prendre place dans le débat. Les auteurs (Ball, Régis), qui vont à l'encontre des opinions de MM. Garnier et Dubuisson, et qui combattent vivement l'influence de l'alcool comme facteur étiologique de la paralysie générale, établissent leurs assertions de la façon suivante : S'il est vrai, disent-ils, que l'alcool est une cause de paralysie générale on ne peut plus puissante, il semble que l'on doive s'attendre à voir atteints de cette affection de préférence les pays les plus affligés par le mal alcool. Or, suivant M. Ball, les contrées où l'on boit le plus (Suède, Danemark, Écosse, Irlande) sont les moins atteintes par la paralysie générale. M. Isaac Ashe, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Londonderry, constate que la folie paralytique est fort rare dans son pays. Elle est totalement inconnue à Belfast, ville de 200,000 habitants, et où il se consomme énormément d'alcool.

Le directeur de l'asile de Dublin affirmait à M. Ball ne connaître la paralysie générale que par la description des auteurs, n'en ayant vu que 4 à 5 cas dans sa longue carrière ; et pourtant l'Irlande est un pays éminemment alcoolique. Une note sur le service des aliénés en Norwège, en 1879, constate que la méningo-encéphalite est extrêmement rare dans ce pays. Ce fait, ajoute-t-on, est d'autant plus digne de remarque que les excès alcooliques et la consommation des eaux-de-vie de pommes de terre et de grains sont une des plaies sociales de la Norwège. N'est-ce pas d'ailleurs dans un pays scandinave voisin, la Suède, que Magnus Huss a recueilli les éléments de son ouvrage sur l'alcoolisme chronique?

Ce sont là évidemment des faits incontestables, fondés sur des statistiques et des observations cliniques de plusieurs années. Mais d'autre part n'est-il pas vrai de dire que les populations du Midi (Italie, Grèce, Espagne), en général sobres, nous donnent aussi peu de paralytiques généraux?

Au-dessus de la question de territoire, au-dessus de la question de pays, il y a quelque chose de plus large, il y a quelque chose de plus important, de plus actif, c'est l'influence du milieu, c'est l'influence des excitations extérieures qui sont des éléments puissants d'excitation intellectuelle.

Ces ivrognes passifs et torpides du Nord, chez lesquels l'alcoolisme marche tranquillement, insidieusement, graduellement, diffèrent complètement des ivrognes de nos climats tempérés qui procèdent par accès, et chez lesquels des excitations physiques et morales, des dépravations intellectuelles viennent compliquer l'intoxication alcoolique.

En poursuivant notre incursion sur le terrain géographique et étiologique, il nous a paru intéressant, pour ce qui concerne la France, de consulter le très remarquable rapport déposé sur le bureau du Sénat, le 7 février 1887, par M. Claude (des Vosges), et qui réunit des extraits de chacun des rapports demandés aux médecins en chef de tous les asiles des départements sur la question de l'alcoolisme en face de l'aliénation mentale. En ce qui concerne le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale, les opinions émises sont tout à fait contradictoires.

Les buveurs non prédisposés résistent, au point de vue cérébral, merveilleusement à l'alcool ; ils ne sont frappés de folie alcoolique que lentement, et après avoir parcouru tous les degrés de l'ivrognerie. Ce sont ordinairement des candidats à l'artério-sclérose, qui amène chez eux les rétractions cirrhotiques du foie, des reins, frappant un ou plusieurs organes ensemble, effleurant seulement les autres, suivant le *locus minoris resistentiæ*, mais ils ne fabriquent que très rarement la paralysie générale.

Les effets de l'alcool sont bien différents quand on a affaire à des prédisposés. Ce sont là des malades à système nerveux plus impressionnable, chez lesquels les antécédents héréditaires expliquent ordinairement l'action plus puissante et plus durable de l'agent toxique. Lasègue les a divisés en deux grandes catégories : les vésaniques et les cérébraux.

Les premiers, les alcooliques vésaniques, conservent, après l'accès, des idées délirantes systématisées que l'on voit persister quelquefois très longtemps après la cessation des phénomènes physiques.

Les cérébraux, têtes faibles, comme les appelle M. le professeur Ball, résistent peu à l'influence de l'alcool. Ils sont porteurs d'une prédisposition cérébrale innée (lésion encéphalique, malformation du crâne, etc.) ou acquise (convulsions dans l'enfance, fièvre typhoïde, insolation, frayeur, émotion violente, etc.) ; pour eux, le moindre écart devient un excès et l'alcoolisme leur donne un brevet de paralysie générale. C'est principalement dans cette classe d'individus, porteurs d'une tare, d'une épine dans l'écorce cérébrale, c'est surtout dans cette catégorie d'alcooliques cérébraux, que les cliniciens ont observé le plus souvent ces formes frustes de la méningo-encéphalite que, par une sorte de respect pour la tradition, ils ont appelées : les pseudo-paralysies générales.

En résumé, en dehors des cas peu nombreux où l'alcoolique chronique non prédisposé peut aboutir de chute en chute à la méningo-encéphalite, l'alcoolisme n'est guère susceptible de fabriquer la paralysie générale que sur des terrains vésaniques, cérébraux, arthritiques, etc. En thèse générale, en effet, dans la genèse de toute méningo-encéphalite, il existe trois éléments primordiaux : l'un constant, les deux autres variables. L'élément constant, c'est la participation des vaisseaux cérébraux ou des cellules cérébrales à la production du processus morbide ; les éléments variables sont les origines de ce processus (surmenage, alcool, syphilis) et la valeur cérébrale individuelle des sujets. « C'est donc une erreur absolue, dit M. Ritti, d'invoquer une cause unique, selon la tendance de certains auteurs, qui, les uns, accusent l'alcool, les autres, les excès vénériens ou la syphilis ou toute autre cause morbifique. Il faut, pour produire une paralysie générale, un « concours », une « combinaison » d'influences variées qu'il est toujours important de déterminer. »

En terminant, il croit pouvoir tirer de son travail les conclusions suivantes :

1° Le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale a été de tout temps et est encore l'objet de nombreuses controverses ; les opinions des différents auteurs peuvent être rangées à quatre courants principaux ;

2° Certains malades, considérés autrefois comme des paralytiques alcooliques avaient, en effet, commis des excès de boisson. Mais ces excès n'avaient lieu que depuis le début de la paralysie générale, de sorte qu'ils étaient l'effet et non la cause de leur maladie. Cet état d'alcoolisme récent ne doit donc pas entrer en ligne de compte dans la genèse de la méningo-encéphalite ;

3° La progression corrélative de la folie alcoolique et de la folie paralytique ne peut amener cette déduction que l'une de ces deux maladies est engendrée par l'autre. Les considérations ethnographiques et géographiques ne paraissent guère concluantes en faveur du rôle plus ou moins prépondérant de l'alcoolisme sur la production de la paralysie générale ;

4° Les extraits des rapports de tous les médecins en chef des asiles de France, consignés dans le rapport général de M. Claude (des Vosges), en 1887, prouvent assez clairement que les idées contemporaines des cliniciens sont encore bien divisées ;

5° Il nous semble que, dans l'immense majorité des cas, le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale est subordonné à ce quelque chose d'indéterminé, d'inconnu souvent, et d'insaisissable quelquefois, que l'on rencontre à propos de toutes les maladies et qui nous paraît être une condition nécessaire au développement de la méningo-encéphalite : c'est la prédisposition, qui peut être, suivant les sujets, cérébrale et arthritique, vésanique et nerveuse, ou alcoolique. Dans certains cas, qui ne sont pas très communs, l'alcoolisme chronique, en dehors de toute prédisposition, déterminant à la longue le processus de la prolifération conjonctive et la sclérose cérébrale, peut aboutir à la paralysie générale ;

6° Nous n'avons pas voulu poser sur cette question, sujette à tant de controverses, des conclusions fermes, qui, actuellement, pourraient paraître trop absolues et prématurées, mais exposer, devant les médecins appelés à faire partie du Congrès, les éléments d'une discussion étiologique et clinique.

M. MAGNAN résume ainsi les doctrines actuelles : 1° L'alcoolisme mène presque constamment à la paralysie générale ; 2° il n'y a aucun rapport entre l'alcoolisme et la paralysie générale ; 3° l'alcoolisme se manifeste sous des aspects qui rappellent la paralysie générale, mais qui s'en distinguent cependant ; il peut néanmoins produire la paralysie générale ; 4° l'alcoolisme n'est qu'une cause occasionnelle de la paralysie générale, qui, pour se manifester, a besoin d'une prédisposition.

De ces opinions, la troisième lui paraît la vraie : l'alcoolique peut devenir paralytique général, mais souvent il présente des troubles psychiques et moteurs voisins de ceux du paralytique vrai, mais dont on doit cependant les distinguer.

M. COMBEMALE donne les conclusions suivantes de ses expériences :

1° L'intoxication chronique par l'alcool donne lieu chez le chien à des poussées délirantes, caractérisées plus particulièrement par des idées de peur avec hallucinations pouvant porter sur divers sens.

2° A ces symptômes, qui marquent généralement le début des troubles psychiques, s'ajoutent bientôt de l'affaiblissement intellectuel et des troubles musculaires d'ordre à la fois ataxique et paralytique ; ils débutent par l'arrière-train ou mieux, peut-être, ils ont leur maximum au début dans cette région et se généralisent rapidement comme la paralysie générale.

3° A l'autopsie, on retrouve les lésions principales qui caractérisent cette dernière maladie : inflammation diffuse méningo-encéphalique et dilatations vasculaires.

LA QUESTION DU CANCER. — LE CANCER EST-IL CONTAGIEUX ?

Sous ce titre, M. le docteur O. Guelliot (de Reims) vient de publier un travail des plus intéressants (1). Il s'est adressé à ses confrères et, en particulier, aux médecins de campagne, en leur demandant de lui faire connaître tout ce qui, à leur connaissance, pourrait se rapporter à l'importante question de la contagion et de l'hérédité du cancer. Un certain nombre ont répondu à cet appel. Il a pu, de cette façon, rassembler 29 cas de cancer survenu chez des personnes vivant en commun.

Ils se décomposent ainsi :

I. Cancer de même siège, chez le premier malade et chez le second, 16 cas. Sur ces 16 cas, il y a 10 cancers de l'estomac.

II. Cancer de siège différent, chez le premier malade et chez le second, 13 cas.

Certaines circonstances sont particulièrement favorables à l'idée de la contagion, de l'implantation du germe cancéreux d'un individu sur un autre. Dans un cas, c'est un mari atteint de cancer de la verge, alors que sa femme a succombé à un cancer de l'utérus; dans un autre, c'est un homme qui présente un épithélioma de la langue après s'être servi de la pipe d'un de ses parents mort d'un épithélioma de la lèvre.

Plusieurs auteurs, il faut le noter, ont signalé déjà la survenue d'un cancer du pénis chez des hommes, dont la femme était atteinte de cancer de l'utérus.

Il faut avouer que l'auto-inoculation du cancer, qui a tant fait de bruit dans ces derniers temps, étant démontrée, des faits de ce genre créent une grande présomption en faveur de la transmission possible du cancer d'un individu à un autre. Chez le récepteur, il faut, sans doute, admettre une prédisposition qui, malheureusement, n'est pas très rare, prédisposition dans laquelle l'hérédité jouerait un rôle de quelque importance suivant certains observateurs.

Quelques-uns des médecins qui ont répondu à l'appel de M. O. Guelliot n'ont rien observé qui soit favorable à l'influence supposée de l'hérédité. D'autres, en revanche, croient à cette influence.

Sur 40 cas d'épithélioma, M. Guelliot a noté l'existence d'une affection cancéreuse chez les parents dans 5 cas, c'est-à-dire une fois sur 8. D'autre part, chez 40 malades ayant succombé à une affection chirurgicale quelconque, non cancéreuse, on a trouvé 3 fois que les parents étaient morts de cancer. Cela restreint singulièrement le rôle de l'hérédité dans les cas précédents.

La répartition topographique du cancer présente d'intéressantes particularités : il semble y avoir çà et là des îlots, des archipels cancéreux ; tel ou tel village, telle ou telle région étant plus particulièrement atteints.

Le docteur Manichon (d'Oulchy-le-Château) a, en vingt ans, observé le nombre énorme de 864 décès dus au cancer de l'estomac, sur une population de 3000 habitants environs, répartis dans dix-sept villages. C'est à l'hérédité qu'il faudrait surtout attribuer cette agglomération de cancéreux, si bien que, quand ils arrivent à quarante ou cinquante ans, les individus qui appartiennent à des familles dans lesquels le carcinome gastrique s'est déjà présenté, ne manquent pas de dire lorsqu'ils éprouvent des troubles de dyspepsie stomacale : « Je sais bien que je vais avoir le *pylore* comme tous mes parents. »

Rappelons, à ce propos, qu'Hæberlin a démontré, à l'aide de statistiques étendues, que le cancer de l'estomac était beaucoup plus fréquent dans certains cantons de la Suisse, particulièrement dans ceux dans lesquels on fait habituellement usage de vin aigrelet.

La mortalité indiquée par le docteur Manichon, en vingt ans, équivaut à 14 p. 1000 en un an. A Reims, on ne trouve que 1 p. 1000; même chiffre à Paris.

M. le docteur Desplous (de Rimogne) a vu également le cancer être très fréquent sur certains points de sa circonscription médicale. Dans un village de 310 habitants, il y a eu en quarante ans, sur 275 décès, 33 cas de cancer et 40 de tuberculose. C'est dans les mêmes familles que sévissent le cancer et la tuberculose. Il s'agit, le plus souvent, du cancer de l'estomac, et M. Desplous attribue une influence étiologique à la mauvaise nourriture qui sert d'alimentation aux habitants d'un village pauvre du plateau de Rocroi, plateau froid et *marécageux*.

Dans une famille de ce village où, depuis 200 ans, on se marie entre parents plus ou moins éloignés, il y a eu, depuis quarante ans, 12 cancéreux et 12 tuberculeux.

M. Guelliot se demande si la mauvaise qualité de l'eau bue en Champagne sur le plateau de Rocroi n'est pas pour quelque chose dans la production de ces foyers de cancer. Il attire l'attention sur ce point.

On voit combien sont curieux les renseignements recueillis en Champagne et dans les Ardennes. Il y aurait lieu de généraliser l'enquête commencée à Reims, et nous faisons à notre tour appel à nos lecteurs. Nous les prions de bien vouloir nous envoyer les observations qu'ils ont pu faire sur la question de la contagion et de l'hérédité du cancer, sur sa répartition topographique. Mieux encore que les autres, les médecins de la campagne sont bien placés pour faire, sur ces différents points, des observations nettes et concluantes.

Ce serait pour nous une tâche agréable que de recevoir, de dépouiller, de comparer les communications qui nous seraient envoyées sur ce sujet.

Ce n'est que par la collaboration de nombreux médecins placés dans des milieux différents, que peuvent être tranchées des questions de cet ordre.

(1) O. Guelliot. *Union médicale du Nord-Est*, 1891, p. 104, 135 et 206.

THÈSES DE PARIS

Des déformations ostéo-articulaires consécutives à des maladies de l'appareil pleuro-pulmonaire (ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de P. Marie), par Albert Lefebvre. — Certaines affections de l'appareil pleuro-pulmonaire peuvent être le point de départ de déformations ostéo-articulaires. Les lésions des os et des articulations se distinguent absolument des différentes variétés de tuberculose osseuse ou articulaire.

Les déformations ostéo-articulaires sont des phénomènes du même ordre que les doigts hippocratiques. Ces lésions constituent des ostéo-arthropathies nettement systématisées, manifestement symétriques, et à déterminations périphériques plus accentuées. Par ordre de fréquence : phalanges unguéales de la main et du pied; articulations du poignet, du cou-de-pied, métacarpo-phalangiennes, médio-tarsiennes, coude, genou, sterno-claviculaires, intervertébrales. Ces lésions s'accompagnent de déformations unguéales, et accessoirement de modifications des parties molles voisines, surtout appréciables cliniquement.

Au point de vue anatomique, il s'agit d'une ostéo-périostite, avec ostéite condensante et raréfiante avec activité énorme des éléments médullaires, qui, dans les parties centrales, entrent rapidement en dégénérescence graisseuse. Au point de vue chimique, la perversion consiste en l'abondance considérable des sels de magnésie et de la graisse.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

47. M. Labordère. Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer du rectum. Création préliminaire d'un anus artificiel. Nouveau procédé de suture intestinale. — 48. M. Bouchart. Contribution à l'étude des malformations et déformations du pouce.

— 49. M. Béguin. Mécaniciens et chauffeurs à bord des navires de l'État. — 50. M. Rigaud. Du cancer de la prostate. — 51. De Saint-Germain. Contribution à l'étude du traitement des abcès chauds sans incision. — 52. M. Rigollet. De la phlébite paludéenne. — 53. M. Perrot. Contribution à l'étude des tubercules externes à foyers multiples de la seconde enfance. — 54. M. Quintin. Des injections interstitielles de solutions iodoformées dans les cas de tumeurs blanches. — 55. M. Le Quément. Contribution à l'étude de l'herpès récidivant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 7 août 1891, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les docteurs Cheminade et Vincent, médecins auxiliaires de deuxième classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 août 1891, un concours s'ouvrira le 10 février 1892, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Rouen. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 94. — JEUDI 13 AOUT 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 13 AOUT 1891. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL NECKER. Des crises gastriques douloureuses. — HÔPITAL LAENNEC. Un cas de foie flottant et de rein mobile. — De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est en grande partie la chirurgie abdominale qui a fait les frais de cette séance. M. Gérard-Marchant a présenté une malade dont l'histoire est fort intéressante. Elle était atteinte d'un rein déplacé et de troubles mal déterminés du côté du foie. Dans une première intervention, M. Gérard-Marchant fit une laparotomie exploratrice et se trouva en présence d'un foie sain, mais mobile et flottant dans la cavité abdominale. Pensant que les vives souffrances endurées par la malade étaient dues à cette mobilité du foie, le chirurgien fixa toute la face antérieure de cet organe aux fausses côtes. Deux mois après, il pratiqua la néphrorrhaphie du rein déplacé, et cette malade est aujourd'hui complètement guérie. Ces cas de foie mobile sont relativement rares; le traitement qu'y a opposé avec succès M. Gérard-Marchant nous paraît absolument rationnel, et cette nouvelle pexie, en somme assez facile et peu dangereuse, doit prendre place à côté des autres fixations du même genre pour le rein et l'utérus, qui rendent de grands services.

M. Chaput a pratiqué sur un malade, atteint de cancer du cæcum, une opération palliative ingénieuse. Il s'agit d'une entéro-anastomose qui a consisté à suturer la dernière anse de l'intestin grêle à l'S iliaque, sur une hauteur de 5 centimètres, par deux étages de sutures de Lembert à points séparés. L'opération a bien réussi et apporté un grand soulagement au malade.

Notons encore deux autres communications, celle de M. Blache, sur la protection de l'enfance dans le département de la Seine, et une lecture de M. Girerd, relative à l'action de l'ozone sur le sang.

HOPITAL NECKER. — M. RENDU.

Des crises gastriques douloureuses.

(Leçon recueillie et résumée par M. le docteur LEFLAIVE, ancien interne des hôpitaux.)

A côté des crises gastriques douloureuses symptomatiques (ulcère rond, lithiase biliaire, ataxie, etc.), il en est d'autres, peut-être fréquentes, mais encore mal connues, dans lesquelles la crise gastrique semble constituer toute la maladie. C'est ainsi que M. Debove a publié l'histoire d'un forgeron, d'environ cinquante ans, qui reçut sur l'épigastre un coup de barre de fer. Huit jours après l'accident, apparurent des crises douloureuses, d'abord espacées, puis de plus en plus fréquentes, caractérisées par une douleur intolérable au creux de l'estomac, avec irradiations vers le dos; elles s'accompagnaient de vomissements d'une abondance bien supérieure à celle des liquides ingérés, et l'on constatait dans les bras et les jambes des crampes passagères, non sans analogie avec la tétanie. Il est à noter que, chez ce malade, le suc gastrique n'était pas hyperacide, car il ne contenait que 2 grammes p. 1000 d'acide chlorhydrique.

M. Rémond a cité le fait d'un homme migraineux, hémorrhoïdaire dyspeptique, qui, à la suite de chagrins, fut pris de crises gastriques douloureuses. Les accès, d'une durée de quatre à huit heures, devenaient parfois subintrants pendant trois à quatre jours; il lui était alors impossible d'avaler quoi que ce soit. Par suite de leur répétition, le malade finit par mourir d'épuisement.

M. Mathieu a rapporté l'histoire d'un journaliste migraineux, excité, travaillant beaucoup, abusant du café. Le suc gastrique contenait 3 p. 1000 d'acide chlorhydrique. Les douleurs gastriques, qui ne pouvaient être attribuées au tabes, s'amendèrent sous l'influence de la morphine.

L'affection est caractérisée par une vive douleur à l'estomac, avec irradiations en divers sens, s'accompagnant de vomissements très abondants et de quelques crampes. Le début est brusque; l'accès atteint d'emblée son maximum et disparaît graduellement. Une fois qu'il est terminé, la santé est ce qu'elle était auparavant.

Sauf exception, comme dans le cas de M. Debove, l'influence morale domine toute l'étiologie : ces malades sont des cérébraux, des surmenés. Les accidents sont sous la dépendance du système nerveux.

Ces crises gastriques idiopathiques ont été méconnues

jusque vers 1882. Elles ont été tout d'abord étudiées en Allemagne, qui possède encore la littérature la plus riche sur ce point. Reichmann, en 1882, décrivit, le premier, deux faits d'hypersécrétion habituelle d'un liquide analogue au suc gastrique et riche en acide chlorhydrique libre. Rosbach signala ensuite des crises intermittentes analogues au cas de M. Debove, et leur donna le nom de *gastroxynsis*, nom que M. Lépine a simplifié plus tard en le transformant en *gastroxie*.

La question s'est élargie et a embrassé toutes les dyspepsies douloureuses avec hypersécrétion et sans lésion. Les travaux allemands les plus importants sont ceux de Boas, Leyden, Herzog, etc. Parmi les auteurs français, il faut citer MM. Mathieu, Sée, qui créa le terme d'*hyperchlorhydrie*, Le Gendre, Rémond, Lyon, Hayem, etc.

Je m'arrêterai peu au point de vue chimique de la question, me bornant à l'envisager au point de vue clinique.

La gastralgie névrosique peut revêtir trois principaux types :

I. Le premier type est le plus net. Il s'agit d'un individu habituellement bien portant, qui, de loin en loin, est pris d'une douleur intolérable à l'épigastre; cette douleur dure quelques heures ou quelques jours, et disparaît ensuite d'une façon complète. Ce sont des crises gastriques paroxystiques dont je vous ai signalé des exemples.

II. Dans le second type, le suc gastrique est habituellement sécrété en quantité exagérée; de là des vomissements acides. C'est ce que l'on a appelé *hyperpepsie* (Hayem), *hyperchlorhydrie* (Sée), *gastrosucorrhée*. Ce type peut revêtir deux aspects cliniques fréquemment associés, suivant que l'hypersécrétion est périodique ou continue.

Dans le premier cas, qui peut être regardé comme l'atténuation du type paroxystique, il s'agit de gens nerveux qui, après une émotion, un excès intellectuel ou un écart de régime, sont pris d'un malaise débutant brusquement le matin à jeun, quand le suc gastrique a pu s'accumuler; ils éprouvent une sensation de cuisson et des renvois brûlants; ceux-ci, appelés *pyrosis*, sensation œsophagienne autant que gastrique, ne sentent pas l'aigre ou l'œuf pourri comme à la suite de fermentations stomacales. A cela s'ajoutent quelques troubles généraux, de la céphalalgie, de la soif, de l'agitation. Enfin, il se fait un vomissement très aqueux, très copieux, incolore ou légèrement teinté de bile, dans lequel l'acide chlorhydrique libre se décèle aisément. Cet acide s'y trouve généralement à la dose de 3 à 4 p. 1000, proportion bien supérieure à la normale.

Quand l'affection prend l'aspect continu, tous les matins le malade vomit des eaux acides. Ce n'est pas après le repas, mais plusieurs heures plus tard, particulièrement dans la seconde moitié de la nuit, que surviennent la soif, les douleurs, les fausses sensations de faim, qu'un rien suffit à calmer. La constipation est habituelle; quelquefois cependant, il y a aussi hypersécrétion intestinale se traduisant par de la diarrhée. Cette forme est très fréquente chez les hystériques; elle dure des mois et cause l'amaigrissement, malgré les aliments ingérés.

III. Le troisième type de dyspepsie nerveuse, le plus fréquent, est l'une des variétés précédentes, atténuée. Ces malades ont de l'appétit; mais, une ou deux heures après le repas, ils ont à l'épigastre une sensation de plénitude locale douloureuse, de brûlure, sans éructations, ni tympanite. Ils vomissent souvent leurs aliments mêlés de matières muqueuses ou bilieuses, et les vomissements sont électifs d'une manière tout individuelle. Souvent, mais non toujours, on constate de la dilatation stomacale et de la constipation. De temps en temps, cet état se complique de névralgies viscérales.

Malgré leur amaigrissement, ces malades gardent longtemps leurs forces. L'alimentation joue là un grand rôle, mais non le plus important. Cette forme s'observe de préférence chez des hommes de lettres ou de finance, chez des surmenés du système nerveux; on l'observe encore chez ceux qui ont éprouvé de grands chagrins, des revers de fortune, chez ceux qui abusent du thé, du café, du tabac. Enfin, la cause est quelquefois un réflexe partant de l'utérus ou de l'intestin, un tænia, etc. Ainsi, un peintre de talent, mais préoccupé de la vie matérielle, eut, vers l'âge de soixante ans, des crises gastralgiques; on crut, un moment, à un cancer; on chercha vainement l'ataxie. Des douches chaudes, pratiquées le long de la colonne vertébrale, améliorèrent son état, mais causèrent une poussée hémorrhoïdaire, formidable, qui nécessita la dilatation. La guérison des crises stomacales s'ensuivit complète.

En résumé, les névroses pures de l'estomac peuvent revêtir trois types : 1° de paroxysmes; 2° d'hypersécrétion habituelle; 3° de dyspepsie continue, avec ou sans vomissements.

Ces crises sont-elles dues à une hyperchlorhydrie plus ou moins aiguë? Non, car parfois cette hyperchlorhydrie manque, comme dans le cas de M. Debove, ou est médiocre. Ce sont des troubles d'origine centrale, qui peuvent même avoir un point de départ éloigné et être réflexes. Il faut les différencier de la dyspepsie acide due aux acides lactique, butyrique, etc., produits de fermentations qui résultent précisément de l'absence d'acide chlorhydrique. La flatulence mettra sur la voie d'un diagnostic que l'examen du suc gastrique confirmera.

Dans les paroxysmes, le traitement consistera à calmer les douleurs par la morphine, qui a, de plus, l'avantage de ralentir la sécrétion gastrique. Le lavage de l'estomac donne de bons résultats, ainsi que le lait pris en grande quantité et additionné de 10 à 12 grammes de bicarbonate de soude par jour.

On neutralisera l'hypersécrétion habituelle à l'aide de poudres absorbantes (craie, magnésie, etc.) prises à hautes doses, et l'élément douleur sera combattu par la belladone. Reichmann a conseillé le nitrate d'argent à 1 p. 1000 pour modifier la muqueuse stomacale.

On calmera le système nerveux par l'hydrothérapie et par la suppression des causes d'excitation ou de préoccupation. Enfin, il est évident qu'il faudra combattre la cause première (tænia, affection intestinale ou utérine), lorsqu'on aura lieu de croire que la maladie est d'origine réflexe.

HOPITAL LAENNEC. — M. GÉRARD-MARCHANT.

Un cas de foie flottant et de rein mobile.

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, entrée à l'hopital Laënnec, dans le service de M. Nicaise, suppléé par M. Gérard-Marchant, pour des crises douloureuses abdominales. Cette malade, bien portante jusqu'à trente et un ans, avait été atteinte à cette époque d'un kyste hydatique du foie, ponctionné d'abord et guéri ensuite par la méthode de Récamier. Pendant quatre ans, sa santé était redevenue parfaite, lorsque survinrent de nouveau des douleurs. Ces manifestations douloureuses apparaissaient, non

dans la marche, mais lorsque la malade était assise : la crise était si violente qu'elle entraînait souvent une perte de connaissance.

A son entrée à l'hôpital, M. Gérard-Marchant constata, chez cette malade, un rein mobile à droite, et quelque chose du côté du foie. Le foie dépassait les fausses côtes de cinq travers de doigt et M. Gérard-Marchant pense que ce foie pouvait être abaissé par un kyste hydatique, occupant la face inférieure, et, par conséquent, inaccessible à l'exploration. Cette hypothèse était d'autant plus plausible que la malade avait été opérée quelques années auparavant d'un kyste hydatique du foie; on voyait très nettement la cicatrice de cette opération.

En raison des crises douloureuses si pénibles, éprouvées par la malade, M. Gérard-Marchant fit une laparotomie exploratrice, sur la partie latérale droite. Il découvrit un foie flottant, non altéré dans sa texture, mais déplacé. Sa face inférieure ne contenait aucun kyste hydatique; en faisant cette recherche, il fut facile de remettre le foie en place; il oscillait pour ainsi dire autour d'un diamètre transversal, et il suffisait d'une simple sollicitation avec le doigt, pour le voir reprendre sa place.

M. Gérard-Marchant eut alors l'idée de fixer ce foie mobile, au moyen de fils de soie passés verticalement à 6 centimètres du bord antérieur, et noués au niveau de la face interne de la dernière côte. Après s'être assuré que quatre fils suffiraient, pour remettre le foie en place et le maintenir, le ventre fut refermé, sans s'occuper du rein mobile. Cette opération a été pratiquée le 28 mars 1891. Les suites opératoires ont été simples : le thermomètre n'a pas dépassé 37°8, et la quatrième semaine la malade se levait.

Le 12 juin dernier, M. Gérard-Marchant a pratiqué à cette malade la néphropexie (voie lombaire).

La malade a été présentée à l'Académie, et on a pu constater que le foie ne débordait plus les fausses côtes, et que le rein était aussi bien fixé. D'ailleurs, cette malade est aujourd'hui radicalement débarrassée des douleurs si pénibles qu'elle éprouvait.

M. Gérard-Marchant a fait suivre son intéressante observation de considérations sur les causes du foie mobile, sur le diagnostic de cette affection, presque toujours, sinon toujours, associée au rein mobile, et enfin sur le traitement chirurgical de cette affection.

Ce n'est pas la première fois qu'au cours de laparotomies exploratrices, les chirurgiens ont réséqué ou même fixé des lobules errants du foie, et M. Gérard-Marchant a rappelé que Tscherning (de Copenhague) et Ritter von Acker (de Vienne) ont pratiqué cette fixation.

Dans deux cas récents, Langenbuch a fixé le lobe du foie. Mais c'est la première fois que l'hépatopexie est appliquée à un déplacement total.

Les applaudissements dont l'Académie a salué cette communication montrent tout l'intérêt de ce fait.

DE LA RESPONSABILITÉ LÉGALE ET DE LA SÉQUESTRATION DES ALIÉNÉS PERSÉCUTEURS (1)

Par M. le docteur CHARPENTIER, médecin de l'hospice de Bicêtre.

I

Si un aliéné a une ou plusieurs idées fixes et délirantes de persécution, et si, sous l'influence de ces idées morbides, il commet un acte nuisible, cet aliéné est un aliéné persécuteur. Je ne m'occupe pas de savoir si son délire est ou non systématisé, accompagné ou non d'hallucinations ou de troubles de la sensibilité, s'il affecte la forme de manie ou de mélancolie, s'il subit ou non une influence héréditaire, s'il est associé ou non à d'autres délires ou à d'autres maladies, si le délirant porte ou non des stigmates dits de dégénérescence, si ses facultés intellectuelles : mémoire, raisonnement, syllogistique, sont ou non développées, pourvu qu'elles existent; il me suffit de la réunion de quatre termes : idée fixe, délirante, de persécution, entraînant à l'acte nuisible par son influence seule, pour constituer les caractères de l'aliéné persécuteur. Quant aux questions de savoir si l'aliéné persécuteur a été ou non un persécuté, s'il a ou non des idées de grandeur, s'il a ou non les idées conventionnelles de morale et de justice, si son caractère est violent, sournois ou autre, s'il dissimule ou non ses idées délirantes, ce sont là toutes questions intéressantes mais simplement contingentes.

La nature de l'idée délirante, idée de persécution, la fixité ou la longue durée ou le retour très fréquent de cette idée délirante, sa tendance extrême à commander l'acte nuisible, voilà les trois caractères fondamentaux de l'idée délirante de l'aliéné persécuteur.

Comme M. Coutagne, j'élimine les délires de persécution d'origine toxique, ceux de la paralysie générale, les délires d'emprunt de quelques imbéciles et les délires transitoires des épileptiques ; toutefois, j'y fais rentrer, comme M. Coutagne, les hystériques persécutrices, et, de plus, les épileptiques persécuteurs, les idées de persécution de la folie raisonnante et de la folie morale, sans me préoccuper de savoir si ces idées morbides relèvent ou non de l'hystérie, de l'épilepsie, de la folie morale ou raisonnante.

Étant établis ces caractères de l'aliéné persécuteur, comment résoudre la question de responsabilité qui les concerne ?

J'avoue que les questions touchant le libre arbitre et la responsabilité qui s'en dégage, m'ont toujours paru nuageuses, la première dépassant les limites de mon entendement et la deuxième me paraissant dépasser les limites de mes connaissances médicales; la responsabilité ne peut être qu'une déduction tirée en partie du certificat ou du rapport médical, mais elle ne devrait pas être faite par le médecin qui doit se borner à fournir les matériaux scientifiques; mais comme, nous médecins, nous n'avons pas pour mission de réformer le Code, nous devrons, jusqu'à ce que cette question de la responsabilité cesse de nous être adressée, la considérer comme relativement soluble; je ne veux pas non plus examiner si, mise de côté la responsabilité, c'est un droit ou devoir social de se prémunir contre les aliénés persécuteurs ; il me suffit de savoir qu'il y va de l'intérêt de la société de le faire et la notion d'intérêt social seule suffit, à mon avis, amplement pour remplacer toute question de droit ou de devoir dans la question des aliénés persécuteurs.

J'ai toujours applaudi aux efforts des aliénistes qui ont pour but de faire accepter la responsabilité atténuée.

Je préfère, je l'avoue, pour certains délits commis par des aliénés persécuteurs, la responsabilité partielle à la responsabilité atténuée, et, dans cet ordre d'idées, je m'éloigne de M. Coutagne, surtout quand notre savant rapporteur loue les grands jurys anglais et américains. « Un inculpé, dit M. Coutagne, chez lequel l'expert diagnostique un délire de persécution, voit en général, dans ces pays, clore les poursuites par un arrêt de non-lieu. » Je pense qu'il ne serait pas prudent de généraliser ainsi.

(1) Communication présentée au Congrès de médecine mentale (session de Lyon, août 1891).

Un homme, que la jalousie conjugale rend fou, qui commet, sous l'influence de son délire, un acte délictueux, est irresponsable, cela va de soi; mais si, au lieu de cet acte délictueux, et en dépit de sa folie jalouse, il commet une action d'éclat, rend un grand service à ses concitoyens, à sa patrie, il peut mériter et obtenir une récompense honorable; tout le monde sera muet sur son côté délirant; qu'un autre, dans les mêmes conditions de folie jalouse, commette une escroquerie, une fausse signature ou un autre acte délictueux sans rapport avec son délire, on ira, au contraire, lier l'acte délictueux commis sans délire, en connaissance de cause, volontairement, à la folie jalouse et demander une déclaration d'irresponsabilité ou une responsabilité atténuée; le contraste entre la récompense, d'une part, l'absence de punition de l'autre, est trop frappant pour y insister. Tous les jours, dans nos services, nous voyons nos aliénés persécuteurs commettre des actes répréhensibles, sans aucun lien avec leur délire. Si un aliéné persécuteur s'enivre, viole, vole, frappe, escroque, et que de tels actes ne relèvent pas de ses idées délirantes, je ne vois pas pourquoi il serait privilégié au point de vue de la répréhension, par rapport aux autres sujets qui, sans délire, commettent les mêmes actes. Le vice, la passion, la folie peuvent se rencontrer, c'est même plus que fréquent, réunis sur le même individu, mais demandent toujours à être distingués quant aux actes qu'ils sollicitent, soit respectivement et isolément, soit par leur association combinée.

Qu'une fracture de jambe se produise sur un aliéné persécuteur ou sur un sujet sain, ce n'en est pas moins une fracture qui réclame un traitement spécial. Les actes délictueux de l'aliéné persécuteur, indépendants de son délire, doivent, comme la fracture de jambe, réclamer un traitement spécial et, à mon avis, le meilleur c'est la punition, quand l'indulgence paraît inutile ou nuisible ; car l'indulgence, en matière de vice, me paraît être comme l'expectation en matière de maladie; c'est un moyen qu'on peut employer, mais sur lequel il ne faut jamais absolument compter et surtout avec lequel il importe de ne pas s'endormir. C'est pour un ensemble de raisons analogues, que je trouve exagéré de conclure à l'irresponsabilité absolue, en vertu de la coïncidence d'antécédents héréditaires, de stigmates physiques ou psychiques dits de dégénérescence, et même de troubles cérébraux antérieurs et très éloignés, complètement disparus depuis longtemps, et sans rapport avec l'acte délictueux. Ce sont autant de présomptions qui auront d'autant plus de valeur, qu'elles seront accumulées en plus grand nombre sur le même sujet, mais ce ne sont que des présomptions que le médecin doit toujours se garder de faire passer pour des certitudes. Avec de pareils considérants, le nombre des persécuteurs délinquants, enfermés comme fous, serait bien diminué, et cela dans l'intérêt même des aliénés persécuteurs.

Je conclurai donc à l'irresponsabilité absolue des aliénés persécuteurs, quand le délit est lié intimement à l'idée délirante, quand le délit est un acte pathologique; à la responsabilité partielle, s'il n'y a aucun rapport entre le délit et l'idée délirante; à la responsabilité atténuée, si, malgré l'absence de rapports entre l'idée délirante et le délit commis, il se trouve un certain nombre de ces présomptions auxquelles je viens de faire allusion.

Mais je m'empresse d'ajouter que cette responsabilité, quelle qu'en soit la variante, je ne l'admets que parce que la jurisprudence la demande, car je ne me reconnais qu'une seule compétence, c'est celle d'affirmer souvent si le délit a été commis ou non sous l'influence délirante, par un sujet sain d'esprit ou non; la question de responsabilité étant du domaine légal et non du domaine médical.

Ce qui serait bien plus permis, au lieu de demander au médecin si un aliéné persécuteur est responsable du délit, ce serait de lui demander si ce même aliéné est punissable, en considérant la punition, la peine, comme un moyen de traitement.

Cette question de la punition, envisagée comme moyen thérapeutique, comme moyen de traitement, est des plus importantes, non seulement parce qu'elle pourrait être substituée très avantageusement pour tous à la question de responsabilité, mais aussi, et c'est le cas de l'examiner actuellement, parce qu'elle permet de mieux apprécier la seconde partie de notre communication, à savoir : la séquestration des aliénés persécuteurs.

Oui, il y a des aliénés persécuteurs punissables, qu'il faut punir, et si cette proposition de punition dans la folie paraît paradoxale, elle n'en a que l'apparence qui tient à une interprétation routinière de la peine, de la punition ou du châtiment.

Les esprits de notre époque ont cessé de considérer la punition comme une dette payée par le coupable à la société, ils la considèrent comme un traitement plus ou moins bien approprié, plus ou moins heureux dans ses résultats, du délinquant. S'il existe des criminels endurcis, il en est que la punition améliore. La prison les enlève à leur milieu nuisible, à leurs habitudes, les accoutume au respect de la discipline, au travail, les éclaire sur l'avenir et sur leurs devoirs, en cas de mise en liberté.

La séquestration pour les aliénés, et même pour certains aliénés persécuteurs, produit souvent les mêmes bénéfices par les mêmes moyens : isolement du milieu nuisible, changement d'habitudes, conseils éclairés ; beaucoup, sous son influence, comprennent les bienfaits d'une liberté qu'ils n'appréciaient pas auparavant, les droits et les devoirs inhérents à cette liberté, ils finissent par apprécier plus justement les causes qui ont déterminé leur séquestration ; ils comprennent enfin que l'usage vrai de la liberté n'est possible qu'au prix de nombreuses concessions, attentatoires en apparence seulement à l'exercice de la liberté. Après avoir considéré leur séquestration comme une perfidie, puis comme une punition injuste, puis comme une punition, ils finissent par s'apercevoir qu'elle n'a constitué qu'un moyen de traitement; c'est après avoir traversé le sentiment pénible, mais éminemment utile de punition, que la séquestration finit par leur apparaître comme un moyen de traitement, comme un service qui leur a été rendu.

Malheureusement, de tels succès ne sont pas fréquents chez les aliénés persécuteurs, mais les demi-succès ne sont pas rares; nous en voyons beaucoup s'amender à un point tel que, sans nier la possibilité d'un retour aux mêmes désordres, nous proposons leur mise en liberté.

Quant à ceux qui sont rebelles à l'influence heureuse de la séquestration, nous les connaissons tous et nous ne les connaissons que trop. M. Coutagne, désireux de juger la question de haut, a bien voulu ne pas s'y appesantir, mais il importe que le public sache quel trouble ils apportent dans nos asiles, car c'est à cette condition seule que le public comprendra la nécessité de la discipline, des moyens de contrainte, de l'isolement absolu, des punitions appliquées

à de tels malades. Que de fois, en présence de certains de ces aliénés persécuteurs, ne nous sommes-nous pas demandé si, dans l'intérêt même de ces aliénés et dans l'intérêt des autres malades de l'asile, ils n'eussent pas été plus améliorés par une condamnation sévère que par une simple séquestration! L'aliéné persécuteur qui crie partout que l'acte délictueux qui lui est imputé n'est pas un délit, que le crime qu'il a commis n'est pas un crime et qui allègue comme preuve que ce n'est ni un délit, ni un crime, le fait de n'avoir pas été condamné, souvent je me le suis demandé, cet aliéné n'eût-il pas été amélioré ou retenu sur la pente par les effets d'une condamnation ?

En somme, que voyons-nous dans beaucoup d'aliénés persécuteurs ? Des sujets sensibles aux bons conseils, aux raisonnements, aux exhortations, aux railleries, aux menaces, aux moyens de contrainte, aux punitions. Tous ces moyens sagement ménagés, judicieusement appliqués, agissent souvent favorablement sur l'aliéné et même sur l'aliéné persécuteur. Le public qui admet les premiers moyens n'admet pas les derniers : moyens de contrainte et punition, pourquoi? Parce que ces aliénés sont des malades. Oui ce sont des malades, de vrais malades; mais est-ce que le médecin tient toujours compte du goût d'un malade pour lui appliquer un traitement? Si donc l'aliéné est un malade, pourquoi le médecin se conduirait-il avec lui autrement qu'avec les malades ordinaires? Que le public finisse par comprendre que les moyens de contrainte et les punitions, au lieu de constituer un retour à la barbarie, sont des moyens de traitement utiles et nécessaires à l'aliéné persécuteur, en raison même de leur utilité; l'ordre et la discipline règneront dans les asiles et les chances de guérison et d'amélioration ne feront qu'augmenter.

Cette notion de la punition comme moyen de traitement des aliénés, nous ne saurions trop y insister, car, à notre avis, seule, elle doit servir de point de départ pour la répartition des aliénés persécuteurs dans les asiles ou hors des asiles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 août 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un extrait du testament de Mme veuve Guzman, par lequel elle lègue à l'Académie la somme de 50 000 fr. pour la fondation d'un prix qui portera le nom de « Prix Pierre Guzman », qui sera délivré à l'auteur d'un traitement efficace des maladies organiques du cœur; en attendant qu'on ait découvert ledit traitement, les arrérages de la somme ci-dessus seront accordés chaque année au meilleur travail sur les maladies du cœur;

2° Une note de M. Crié (de Rennes) sur l'application rationnelle du sulfate d'atropine au traitement de l'intoxication par l'oronge panthère;

3° Une note de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault) sur les inhalations d'air ozonisé comme moyen de préservation et de guérison du choléra.

COMMUNICATIONS

Entéro-anastomose en un temps pour un carcinome du cæcum; guérison. — M. CHAPUT communique l'observation suivante au nom de M. Terrillon et au sien.

Il s'agit d'un homme de cinquante-huit ans qui présentait, en mai 1891, une tumeur de la fosse iliaque, dure, douloureuse, peu mobile, ayant grossi rapidement depuis trois mois. Le malade, de teint cachectique, racontait avoir été pris, en juin 1890, de diarrhée ayant duré un mois. Plus tard, il avait été soigné pour des troubles digestifs par MM. les docteurs Marfan et Haussmann. Une forte hémorrhagie intestinale suivie de melæna avait eu lieu un mois auparavant.

Le diagnostic de carcinome du cæcum fut posé, et l'intervention résolue. Le volume considérable de la tumeur, l'âge et la cachexie du malade firent repousser la résection intestinale comme trop dangereuse et l'entéro-anastomose fut décidée.

Elle fut exécutée le 28 mai 1891. On fit une incision médiane de 12 centimètres; après avoir vérifié le diagnostic par une main portée dans le ventre, la dernière anse grêle fut amenée dans la plaie médiane; même pratique pour l'S iliaque. Ces deux anses sont suturées l'une à l'autre, sur une hauteur de 5 centimètres, par deux étages de sutures de Lembert à points séparés. On fait alors sur chaque viscère une incision de 4 à 5 centimètres et on suture ensuite, à points séparés, les deux muqueuses des lèvres postérieures de l'incision.

Les jours suivants, le malade prit de l'opium à haute dose et des aliments liquides en quantité modérée et progressive. Le 17 juin, il rentrait chez lui complètement guéri. Actuellement, il est encore en bonne santé, quoiqu'il se plaigne de douleurs liées évidemment à la présence de sa tumeur.

L'entéro-anastomose présente des avantages considérables, elle est très bénigne, elle évite le passage des matières sur les surfaces ulcérées, elle empêche l'inflammation de la tumeur et, par conséquent, la putréfaction des matières intestinales avec l'empoisonnement et la diarrhée qu'elle comporte; pour la même raison, les hémorrhagies ont moins de tendance à se produire. Enfin, le malade n'est pas exposé à l'occlusion intestinale qui est la terminaison habituelle du carcinome de l'intestin.

Au contraire la résection est une opération très grave à cause de l'étendue de la tumeur (en rapport avec la difficulté du diagnostic), de plus, et pour la même raison, la récidive est absolument sûre. L'anastomose, avec sa bénignité et son soulagement certain, est donc infiniment préférable.

M. Chaput, dans un travail récent, a recueilli 9 observations étrangères d'entéro-anastomoses pour cancer avec 2 morts et 7 guérisons. Cette observation est la première, en France, d'entéro-anastomose pour carcinome de l'intestin.

Un cas de foie flottant et de rein mobile. — M. GÉRARD-MARCHANT fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 878.)

LECTURES

Protection de l'enfance dans le département de la Seine. — M. BLACHE lit une note sur ce sujet.

Nouvelles recherches relatives à l'action de l'ozone sur le sang et à l'accumulation de ce gaz dans certains corps. — M. GIRERD (de Panama), pratiquant dans la région tropicale de l'Amérique, a, depuis longtemps, étudié l'ozone, qui joue un grand rôle dans l'atmosphère des pays chauds; il a eu l'occasion de reconnaître l'heureuse influence d'air surchargé d'ozone sur les malades atteints d'anémie paludéenne, sur les hépatiques et les convalescents; il a été conduit à vérifier, par des recherches de laboratoire, les faits cliniques qu'il avait pu étudier. Voici quelles sont les conclusions auxquelles il est arrivé :

1° L'ozone transforme l'albumine en fibrine et l'hémoglobine en oxyhémoglobine;

2° Son action prolongée sur cette fibrine à l'état naissant la redissout et la rend incoagulable par les acides ainsi que par les sels métalliques;

3° L'ozone est l'agent de la transformation du sang en fibrine et les effets de l'ozonisation sont produits par le fer contenu dans les globules, lequel, sous l'influence d'une première ozonisation, acquiert la propriété d'ozoniser l'oxygène ordinaire;

4° Parmi les corps susceptibles d'absorber et de conserver

l'ozone, pour le restituer ensuite, il convient de ranger la terpine à côté de l'essence de térébenthine et de l'éther ozoné.

La séance est levée.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

La séance d'ouverture du VIIe Congrès international d'hygiène et de démographie a eu lieu le 10 août 1891, à Londres, sous la présidence du prince de Galles. La France s'y trouvait largement représentée, en particulier par MM. Brouardel, Bérenger-Féraud, Cornil, Gariel, Bergeron, J. Rochard, Raphaël Blanchard; Longuet et Schneider, délégués du ministère de la Guerre; Chauveau, Nocard et Arloing, représentant le ministère de l'Agriculture; Bertillon, chef du service de statistique municipale; Arnoult (de Lille), Henrot (de Reims), Pamard (d'Avignon); Martin, secrétaire du Conseil d'hygiène; Deshayes, Hue et Laurent (de Rouen), etc.

Après le discours d'ouverture prononcé par le prince de Galles, M. Brouardel a la parole et s'exprime ainsi :

Messieurs,

Au nom des membres français du Congrès d'hygiène et de démographie, je présente nos hommages respectueux à S. A. R. le prince de Galles.

Nous le prions de porter, à S. M. la reine d'Angleterre, l'expression de notre profonde reconnaissance. Elle a bien voulu prendre ce Congrès sous sa haute protection ; nous espérons que les travaux qui y seront exposés justifieront par leur valeur cette marque de son extrême bienveillance.

Nous savons qu'en Angleterre l'opinion publique est prête à seconder nos efforts. Nous en avons pour sûr garant l'histoire de ces cinquante dernières années.

En 1837, dès la première année du règne de Sa Gracieuse Majesté, a paru l'*act* qui rendait obligatoire l'enregistrement des décès. Cette loi inaugurait l'ère des réformes administratives intéressant la santé publique, l'ère que notre excellent collègue du *Board local government* a si justement appelée *The Victorian era.*

Cet *act* n'est pas resté isolé. Sous l'impulsion de deux de vos illustres concitoyens, William Farr et Edwies Chadwick, vous avez organisé un système sanitaire qui, après des luttes prolongées, aboutit, il y a vingt ans, à la création du *Board local government.* En 1875, celui-ci soumit au Parlement un projet de loi destiné à protéger la santé publique.

Dans la discussion qui précéda le vote, un de vos premiers ministres, Disraeli, prononça à la Chambre des communes ces paroles mémorables qui pourraient être répétées dans tous les pays et dans tous les parlements :

« La santé publique est le fondement sur lequel reposent le bonheur des peuples et la puissance d'un pays. Le souci de la santé publique est le premier devoir d'un homme d'État. »

Depuis lors, chaque année, vous avez apporté de nouveaux perfectionnements à vos lois sanitaires. Si, à vos yeux, elles ne sont pas parfaites, aux yeux des peuples qui vous entourent, elles sont un idéal vers lequel tendent leurs plus ardentes aspirations ; c'est votre exemple qu'ils invoquent quand ils réclament des pouvoirs publics les armes nécessaires pour combattre les épidémies, pour lutter contre les fléaux qui déciment leurs concitoyens.

Vous avez su prendre le premier rang dans l'art de formuler les règles administratives protectrices de la santé humaine : ce n'est pas votre seul titre de gloire dans le domaine de l'hygiène.

Parmi les maladies, qu'à juste titre on pourrait appeler pestilentielles, il en est quelques-unes qui, dès maintenant, peuvent être caractérisées par le mot *évitable* : tels sont la variole, la fièvre typhoïde, la dysentérie, le choléra.

Pour l'une d'elles, la plus cruelle de toutes, l'immunité conférée par la vaccination est absolue. Qui donc a ainsi préservé de la mort des millions d'êtres humains de tous les pays, de toutes les races ? Le 14 mai 1796 — cette date vaut bien celle d'une grande bataille — Jenner, par deux incisions superficielles, inoculait la vaccine au jeune James Phipps. La préservation contre la variole vous appartient, le monde vous en sera éternellement reconnaissant.

Prenons deux autres maladies épidémiques. Pourra-t-on étudier la propagation de la fièvre typhoïde, sans citer les noms de Budd, de Murchison ?

Faut-il rappeler que c'est l'épidémie de choléra de 1886, en Angleterre, qui a fait naître la théorie de sa propagation par l'eau d'alimentation ?

Certes, même en Angleterre, ces découvertes n'ont pas de suite porté tous leurs fruits, les ligues contre la vaccine ne sont pas encore mortes.

Quelle que soit l'ardeur de vos contradicteurs, votre œuvre vivra, car tous les peuples en tirent avantage.

Mais si le bénéfice est à tous, la gloire de la découverte est à un seul, et la patrie a le droit de se montrer fière du surcroît d'autorité morale que lui confère le génie d'un de ses enfants.

La France peut-elle se présenter dans un Congrès d'hygiène sans évoquer le nom de M. Pasteur ?

Oui, depuis des siècles, nous disions que les maladies épidémiques se propagent par le contact, par l'air, par des effluves, par des miasmes. Il appartenait à M. Pasteur de démontrer l'existence de ces germes, leur forme, leur vie, leur mode d'action, il lui appartenait de les atténuer et de s'en servir pour conférer l'immunité.

Grâce à ses travaux, grâce à ceux de ses élèves directs et indirects, aux possibilités contingentes ont succédé les réalités démontrées. Nous connaissons quelques-uns de nos ennemis, leurs mœurs, leur mode de pénétration dans le corps ; jusqu'à ce jour, l'homme était le vaincu des infiniment petits. Grâce aux découvertes récentes, l'homme en sera le vainqueur.

Quand, à l'aurore d'un siècle, on peut inscrire le nom de Jenner et, à son déclin, celui de Pasteur, l'humanité tout entière peut se réjouir ; il a été fait pour elle contre la misère, la maladie et la mort, plus que dans aucun des siècles qui l'ont précédé.

Vous, Messieurs, vous avez été les initiateurs ; ce titre ne vous sera jamais contesté. Quand un grand peuple a donné de tels exemples, quand, par son haut patronage, S. M. la reine, quand par sa présence, S. A. R. le prince de Galles, témoignent que pour eux cette ère de réformes n'est pas close, il est juste que ceux qui s'efforcent de les imiter, de doter leur pays des mêmes institutions, viennent apporter à ce peuple et à ses souverains l'hommage de leur profonde reconnaissance.

Messieurs, en terminant, j'adresse à la ville de Londres nos plus sincères remerciements pour l'accueil si gracieux qu'elle a fait à ses hôtes. Grâce à son hospitalité, nous ferons, dans son sein, l'accord des idées et des hommes.

Cette tâche nous sera facilitée par les travaux préparatoires du Comité d'organisation. Si le succès répond, comme j'en suis convaincu, aux espérances que nous avons conçues, c'est à lui que nous devons en rapporter l'honneur. Que M. Corfield, à qui est échue la lourde tâche de coordonner les efforts des hygiénistes venus de l'étranger, veuille bien accepter nos remerciements personnels.

Messieurs, la France espère que le Congrès de Londres occupera, dans la liste des Congrès d'hygiène, une place d'honneur !

— M. Phocas, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, est chargé d'une mission en Italie, pour étudier les Instituts orthopédiques.

— *École d'anthropologie.* — Dimanche 23 août, excursion à Nogent-sur-Marne, sous la direction de M. A. de Mortillet. Visite de la collection de M. Eck, des sablières quaternaires du Perreux

et de la station néolithique de Champigny. — Rendez-vous gare de l'Est, côté de la rue d'Alsace, à 8 h. 45 du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL NECKER. Les exostoses ostéogéniques. — Un cas de chorée hystérique sans stigmates hystériques. — Campement prolongé et fièvre typhoïde; contribution à l'étude de l'hygiène du campement. — De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 17 août 1891.

On a discuté, au Congrès international d'hygiène qui vient de se tenir à Londres, un grand nombre de questions des plus intéressantes. Après les discours de la séance d'ouverture, prononcés par MM. Brouardel, au nom des membres français du Congrès (1), Corradi, pour l'Italie, Roth, pour l'Allemagne, Körösi, pour l'Autriche-Hongrie, sir James Paget a terminé en rendant hommage aux travaux de M. Pasteur, qui, dit-il, ont amené une véritable révolution dans la médecine et dans l'hygiène.

Une des principales questions mises à l'ordre du jour a rapport aux « moyens d'empêcher la transmission des maladies épidémiques d'un pays à un autre ». M. Cunningham (de Londres) s'élève contre les quarantaines qui ont tant d'inconvénients au point de vue commercial, et qui ont si peu d'efficacité au point de vue pratique. Il préfère de beaucoup la désinfection rigoureuse et absolue du navire contaminé ou suspect; mais son opinion est loin d'être partagée par tous les hygiénistes présents, et, en particulier, par les hygiénistes français. M. R. Lawson, qui lui succède à la tribune, ne croit pas que la dissémination du poison cholérique se fasse toujours et forcément par importation d'homme à homme. C'est sans doute un facteur important de dissémination, et les mesures hygiéniques que l'on prescrit rendent les services les plus utiles; mais, dans bien des cas, il existe une véritable influence épidémique et les germes morbides paraissent être transportés par l'air. Contre cette invasion, les mesures hygiéniques sont complètement inefficaces.

M. Fleming (de Londres) rapporte une série de statistiques intéressantes sur la prophylaxie de la rage. Le port obligatoire d'une muselière pour tous les chiens est la meilleure mesure à proposer. Les faits, d'ailleurs, sont frappants. Berlin, où la muselière est imposée, n'a pas eu un seul cas de rage depuis 1883. A Vienne, pendant dix-huit mois où cette mesure a été appliquée, on n'a eu à enregistrer aucun cas de rage. La suppression de cette mesure a fait réapparaître la rage, et la muselière a dû être de nouveau imposée. D'après l'orateur, ce moyen si simple est d'une efficacité si indiscutable qu'il ne comprend pas pourquoi il n'est pas universellement appliqué. Malgré la découverte mémorable de M. Pasteur, il est évidemment certain qu'il vaut mieux prévenir que guérir, et, suivant nous, rien ne s'oppose aux mesures demandées par M. Fleming.

M. Ostertag (de Berlin) vient demander qu'on surveille davantage la vente et la consommation du lait, aux mauvaises qualités duquel on doit une large part de la mortalité des nouveau-nés. Nos lecteurs ont pu voir que le Congrès de la tuberculose avait déjà discuté cette question et qu'il avait établi que l'ébullition était suffisante pour débarrasser le lait des principes infectieux qu'il pourrait anormalement contenir.

M. le docteur Ballance (de Londres) donne le résumé d'un certain nombre d'expériences qu'il a entreprises au sujet du cancer. Il n'a jamais pu transférer le cancer d'un homme à un animal; mais il a pu avoir des inoculations positives en opérant de l'animal sur un animal de même espèce. Il croit pouvoir conclure de ses recherches que le cancer est une maladie parasitaire inoculable.

A signaler également la communication de M. Laveran sur les hématozoaires de la fièvre paludéenne, le travail de M. Crookshank sur l'actinomycose.

La question de l'immunité morbide devait être discutée dans un congrès d'hygiène. Nos lecteurs ont trouvé, dans la Revue de M. Boulay (1), toutes nos connaissances les plus récentes sur ce sujet. Il appartenait à M. Roux, le collaborateur de M. Pasteur, de venir exposer les dernières recherches entreprises. Pour M. Pasteur et pour lui, le seul moyen que nous ayons de conférer l'immunité d'une maladie, c'est d'inoculer le virus de cette maladie même (sauf pour la variole toutefois). Ces virus, pour être inoculés, doivent être atténués soit par l'exposition à l'air, soit par le passage à travers l'organisme de certains animaux. Ces atténuations sont très délicates à obtenir, il faut, pour ne pas rester au delà ou en deçà, avoir une habitude consommée de la technique utilisée.

Mais depuis peu, on a découvert que ce n'était pas seulement l'injection des microbes qui pouvait conférer l'im-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 882.

(1) BOULAY. Mécanisme et théories de l'immunité, *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 65.

munité, mais bien aussi l'inoculation des produits de sécrétion de ces microbes, produits qu'on a su rendre à peu près stables. Il convient de procéder doucement dans les inoculations et de n'augmenter les doses que d'une manière lentement progressive. A cette théorie de l'immunité acquise, d'autres orateurs viennent opposer l'immunité due au sérum du sang qui renfermerait une substance microbicide spéciale, rendant l'animal réfractaire à certaines maladies. C'est là une doctrine récente, transportée déjà dans la pratique; les injections de sang de chèvre, les injections de sérum de chien s'appuient sur cette croyance. Enregistrons ces faits, et attendons l'avenir, la méthode est trop récente pour pouvoir s'affirmer encore.

M. Bergeron fait le procès de la diphthérie; il montre que, par an, cette maladie fait plus de 5000 victimes en France. Essentiellement transmissible, la diphthérie devrait sa propagation presque exclusivement à la contagion directe. Aussi, en dehors de l'isolement, sans doute avantageux, mais bien difficilement applicable en pratique, M. Bergeron préconise-t-il la désinfection énergique de tout ce qui a pu être touché et souillé par le malade. M. Seaton (de Londres) croit que les mesures prises pour diminuer les épidémies, mesures si efficaces pour certaines maladies, n'ont, jusqu'à présent, donné aucun résultat pour la diphthérie, il réclame donc une enquête nouvelle dans les pays où l'affection s'observe.

M. Scherens (de Tournai) croit que les germes de la diphthérie (bacilles de Lœffler) se développent surtout dans les souillures de la surface du sol. C'est ce qui explique les endémies de certaines campagnes, alors que d'autres villages, bien propres, bien irrigués, n'ont jamais d'épidémie diphthéritique. L'orateur pense qu'il faut rendre obligatoire la déclaration des maladies diphthéritiques, qu'il faut imposer l'isolement des malades et la désinfection des locaux.

De l'ensemble de la discussion, il semble résulter que les hygiénistes ne sont pas encore complètement d'accord sur le mode de propagation et de transmission de la diphthérie, mais tous s'accordent pour prescrire des mesures sévères et rigoureuses de désinfection.

HOPITAL NECKER. — M. Le Dentu.

Les exostoses ostéogéniques.

Je viens d'examiner avec vous une jeune fille, de vingt-deux ans, atteinte d'une affection assez commune, une exostose ostéogénique du fémur. Chez elle, toutefois, l'exostose offre une intéressante particularité. La saillie osseuse est légèrement mobile et les mouvements qu'on lui imprime déterminent une crépitation fixe et profonde; il s'agit donc d'une exostose à implantation pédiculée comme le sont d'ordinaire les exostoses ostéogéniques, mais dont le pédicule s'est rompu. Cette rupture semble survenue sous l'influence très faible d'une simple contraction musculaire. La malade, en se levant d'une chaise, aurait senti un léger craquement. Depuis, les douleurs auraient notablement augmenté, et c'est par suite de ces souffrances plus grandes qu'elle vient demander notre intervention.

Cette variété d'exostose est fréquente chez les jeunes sujets, assez fréquente pour que, dans mes notes, j'aie pu en retrouver neuf observations. Les cas doivent être encore plus fréquents dans les services de chirurgie infantile. Ces exostoses se développent sur les parties latérales du cartilage de conjugaison unissant la diaphyse à l'épiphyse. C'est pour rappeler cette origine qu'on les a parfois désignées sous le nom d'ecchondroses. Elles ont deux sièges de prédilection : le cartilage de conjugaison inférieur du fémur, le cartilage de conjugaison supérieur de l'humérus. Pour le fémur, elles paraissent un peu plus fréquentes au côté externe qu'au côté interne. On a pu également les rencontrer sur le tibia. Vous savez que les exostoses de croissance sont fréquentes au niveau de la tubérosité antérieure de cet os. Mais ces exostoses diffèrent un peu de l'affection qui nous occupe en ce qu'elles sont sessiles et non pédiculées, englobant toute la masse de la tubérosité. Parfois les exostoses se développent simultanément sur divers points du squelette. J'ai vu un enfant de douze ans qui offrait une vingtaine d'exostoses disséminées. Il existe, au Musée d'anatomie pathologique de Lyon, le squelette d'un homme, dont tous les os, os longs, os plats, os courts, sont criblés d'exostoses sessiles, en pointes, en crochets; le nombre de ces exostoses dépasse assurément une centaine. Ce n'est que par une véritable suractivité du tissu osseux qu'on peut expliquer la production des exostoses, siégeant sur des points éloignés des cartilages épiphysaires et formés après l'ossification définitive de l'os.

Les exostoses ont, le plus souvent, une forme de crochet; au fémur, la concavité du crochet est dirigée en haut, ce qui s'explique par la traction des insertions musculaires. Les douleurs que déterminent ces exostoses sont souvent très vives. Elles tiennent tantôt au frottement des muscles pendant la contraction, tantôt à un certain degré d'ostéite, parfois à la production d'une petite bourse séreuse sur la surface de l'exostose, bourse qui devient le siège d'un hygroma aigu. D'autres fois, au contraire, les douleurs sont nulles, la gêne fonctionnelle est à peine marquée; c'est ainsi que, chez trois des neuf malades que j'ai observés jusqu'ici, j'ai pu me dispenser de toute intervention. Aujourd'hui pourtant, l'ablation de l'exostose est devenue une opération absolument bénigne, grâce à l'antisepsie; mieux vaut donc la conseiller, ne fût-ce que pour éviter la crainte de l'accroissement ultérieur, que persister toujours dans la méthode d'expectation.

Autrefois, la crainte qu'inspiraient les plaies osseuses avait suscité différents procédés. La fracture du pédicule de l'exostose, cette fracture survenue accidentellement chez notre malade, était assez souvent faite volontairement par le chirurgien. On continuait à imprimer quelques mouvements pour empêcher la consolidation. Puis, quand on supposait les surfaces osseuses cicatrisées, on incisait et on enlevait l'exostose sans avoir besoin d'entamer l'os. J'ai moi-même essayé, autrefois, de combattre les douleurs sans faire de plaies osseuses, en faisant la résection sous-cutanée des muscles insérés sur l'exostose. Dans un cas, opéré en janvier 1879 à l'hôpital Saint-Louis, j'ai obtenu ainsi une guérison parfaite.

Aujourd'hui, l'ablation se fait d'une façon très simple et très inoffensive au ciseau et au maillet. La surface d'implantation est très soigneusement régularisée à la gouge. Bien que la plaie soit minime, il est utile de la drainer, la surface de l'os donnant lieu à une exsudation sanguine assez abondante et qu'il faut évacuer. La réunion s'obtient en quelques jours.

Pour les exostoses de l'épiphyse inférieure du fémur en

particulier, il faut avoir soin, pendant l'incision et la libération de l'exostose, de bien refouler le cul-de-sac supérieur de la synoviale pour en éviter l'ouverture. Cette ouverture n'offrirait aujourd'hui qu'un danger minime. Parfois même elle sera nécessaire pour l'ablation d'une exostose intra-articulaire. A une époque où l'asepsie était moins parfaite qu'aujourd'hui, en 1881, à l'hôpital Saint-Louis, j'ai dû, chez une jeune fille de dix-huit ans, enlever ainsi une exostose intra-articulaire extrêmement douloureuse. Nous avions employé le spray, la solution phéniquée au vingtième pour les mains et les instruments. Et pourtant il survint une arthrite suraiguë qui, malgré une très large arthrotomie, amena la mort en quelques jours. Il n'est pas inutile de rappeler ces terribles accidents d'autrefois, pour bien vous convaincre que notre sécurité opératoire d'aujourd'hui serait encore compromise par la moindre négligence.

L'ablation de l'exostose supprime presque toujours immédiatement la douleur. Dans un cas, observé, en 1879, à l'hôpital Saint-Louis, j'ai vu, pourtant, celle-ci persister. J'avais fait, d'abord, la myotomie sous-cutanée, puis, trois mois après l'ablation, les souffrances durant toujours, je fis, quelques semaines plus tard, une trépanation du fémur au point d'implantation de l'exostose, trépanation qui soulagea le malade comme par enchantement. Cette exostose siégeait au côté externe, et le fait a une petite importance, la douleur semble un peu plus tenace de ce côté que du côté externe, probablement par suite des insertions musculaires plus nombreuses et des frottements plus grands. J'observe, actuellement, un autre jeune homme, opéré, en avril 1889, pour une exostose interne. Il ne souffre point assez pour demander la trépanation et pourtant il éprouve encore une certaine gêne en montant à cheval. Le siège de l'exostose offre donc, pour le pronostic, un certain intérêt.

UN CAS DE CHORÉE HYSTÉRIQUE

SANS STIGMATES HYSTÉRIQUES

Par Albert Mathieu, médecin des hôpitaux.

Dans l'établissement de l'hystérie, telle que le conçoit l'École de la Salpêtrière, et, en particulier, de l'hystérie mâle, l'existence des stigmates a joué un rôle important. Le rétrécissement du champ visuel, l'anesthésie du pharynx, l'ovarie, l'hémi-anesthésie, les zones hystérogènes, ont donné à bien des complexus symptomatiques, le certificat d'hystérie.

Grâce à ces points de repère, un groupement symptomatique nouveau a pu se faire, et l'on a modifié la conception de certaines manifestations morbides : c'est ainsi, par exemple, qu'ont été constitués l'hystéro-traumatisme et l'hystérie toxique.

L'inflammation et l'ulcération des plaques de Peyer a permis à Louis d'établir l'entité morbide, l'autonomie de la fièvre typhoïde. Une fois constituée, la fièvre typhoïde s'est annexé des faits mêmes dans lesquels ne se trouvaient ni l'hypertrophie inflammatoire, ni l'ulcération de ces plaques.

De même pour la grande névrose, on peut considérer à juste titre, comme de nature hystérique, des accidents qui n'accompagnent pas, qui ne certifient pas des stigmates évidents. On en trouvera un exemple dans l'observation qui va suivre.

Un jeune homme de vingt-deux ans, grand et vigoureux, a été atteint de chorée hémiplégique de treize à quinze ans. Cette chorée était survenue à la suite d'une vive contrariété. Engagé à dix-huit ans, il put faire sans encombre trois ans de service militaire.

A vingt-deux ans, il assiste à un grave accident de chemin de fer. Il ne reçoit que des contusions légères avec quelques brûlures sans gravité. Pendant deux heures, il travaille avec le plus grand dévouement et la plus grande activité au sauvetage des blessés. Il éprouve alors une sensation de constriction à la gorge, bientôt suivie d'une attaque convulsive.

A partir de ce moment, il reste inquiet, poursuivi par le souvenir du spectacle dramatique auquel il a assisté. Les mouvements choréiques réapparaissent dans le membre supérieur et le membre inférieur du côté droit. Il s'agit de mouvements rythmiques de faible amplitude.

Au membre inférieur, ce sont de légers mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse. Au membre supérieur, des mouvements de flexion et d'extension des doigts, des mouvements d'adduction et d'abduction du pouce.

Ces déplacements rythmiques sont surtout appréciables lorsque le malade est au repos et que son attention est appelée sur quelque chose.

Il n'y a pas d'anesthésie, à droite ni à gauche, pas de rétrécissement du champ visuel, pas de points d'hyperesthésie, et, en particulier, pas de points douloureux en rapport avec la situation de l'ovaire chez la femme ; la sensibilité pharyngée est peut-être un peu diminuée, mais la chose n'est pas certaine.

On ne rencontre donc pas, chez ce malade, de stigmate hystérique et, cependant, c'est certainement un hystérique. A l'hystérie seule peut appartenir une chorée hémiplégique, rythmique, qui s'est montrée une première fois à la suite d'une vive contrariété, une seconde fois après une secousse physique et une vive émotion suivies d'une attaque convulsive.

Ainsi s'étend encore le champ, déjà si vaste, de l'hystérie et de l'hystéro-traumatisme.

Qu'on nous permette d'ajouter qu'il n'est pas indifférent de faire un semblable diagnostic : il en résulte des indications thérapeutiques particulières. Le médecin doit s'efforcer, en particulier, de faire ici une véritable cure de suggestion. Il doit avant tout rassurer son malade, lui inspirer confiance dans l'avenir prochain d'une guérison inévitable. Les affections de cet ordre sont entretenues et aggravées, au contraire, par la crainte de leur durée, de leur aggravation, par la compassion malhabile des proches et des amis : il importe que le médecin en soit bien pénétré.

CAMPEMENT PROLONGÉ ET FIÈVRE TYPHOIDE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYGIÈNE DU CAMPEMENT

Par le docteur J. Marty, médecin-major de deuxième classe.

I

GÉNÉRALITÉS

L'examen de la statistique médicale de l'armée, depuis 1881, met en évidence ce fait, que, d'une façon générale, le chiffre de la mortalité par fièvre typhoïde l'emporte en Algérie, dans une notable proportion, sur le chiffre de la mortalité de l'intérieur.

Voici quelques chiffres relevés à ce sujet :

1881. Mortalité générale de l'armée par fièvre typhoïde. 6,42 p. 100
Mortalité de l'intérieur. . . . . 4,7 —

L'excédent de mortalité générale est donc imputable à la colonie.

1884. Mortalité par fièvre typhoïde :

Pour l'intérieur.	1,97 p. 100
Pour l'Algérie	4,71 —
Pour la Tunisie.	6,40 —

1886. Mortalité par fièvre typhoïde :

Pour l'intérieur.	2,36 p. 100
Pour l'Algérie	3,14 —
Pour la Tunisie.	7,67 —

1887. Mortalité par fièvre typhoïde :

Pour l'intérieur.	1,93 p. 100
Pour l'Algérie.	3,89 —
Pour la Tunisie.	8,44 —

En Algérie comme en France, les causes des épidémies typhoïdes sont certainement multiples. Si nous relevons les principales, adjuvantes ou efficientes, nous trouvons indiquées pendant cette période, dans les observations jointes au même travail de statistique, celles dont le détail suit :

1° L'importation;

2° Les ingesta : *a.* alimentation; *b.* eaux potables de mauvaise qualité, souillées de matières organiques;

3° L'acclimatement : *a.* en Algérie pour les jeunes soldats arrivant de France; *b.* urbain pour le paysan venu des campagnes dans les villes;

4° Le jeune âge des troupes;

5° L'encombrement;

6° La contagion;

7° Les fatigues et le surmenage;

8° Les privations;

9° Le défaut de soins hygiéniques;

10° L'insolation extrême;

11° Les variations de la nappe d'eau souterraine;

12° L'infection de l'air et du sol : *a.* par les déjections animales; *b.* par les matières fécales abandonnées à l'air libre; *c.* par les égouts mal établis ou obstrués; *d.* par les latrines fixes, non étanches ou mal placées; *e.* par les latrines à tinettes mobiles mal établies; *f.* par les conduites d'eau chargées de matières organiques, stagnantes, non étanches ou à ciel ouvert; *g.* par les fumiers et foyers de putréfaction de toutes sortes;

13° L'infection des casernements et baraques pouvant avoir lieu : *a.* par l'une quelconque des causes précédentes ou par le voisinage d'un foyer d'infection mal placé; *b.* par l'encombrement amenant rapidement l'infection du local encombré; *c.* par le manque de ventilation;

14° L'infection des camps pouvant avoir lieu : *a.* par l'une quelconque des causes d'infection d'air et du sol citées plus haut; *b.* par une des causes d'infection des baraques agissant sur les tentes; *c.* par suite de l'installation du camp sur un sol riche en matières organiques en décomposition (cimetières, anciens dépotoirs, etc.); *d.* par suite du campement serré; *e.* par suite de l'occupation continuelle du même point par des troupes qui s'y succèdent.

Nous rappelons seulement l'influence des inondations suivies de la putréfaction des matières organiques, abandonnées par l'eau en se retirant (1886), et celle des tanneries où se trouvent accumulées des peaux en voie de corruption (1886), qui n'ont absolument rien à voir avec le but de notre travail actuel.

Parmi les causes énumérées, les unes sont simplement prédisposantes, d'autres sont efficientes. Il devient de plus en plus difficile de tracer entre les unes et les autres une ligne nette de délimitation. Un facteur, tel que le surmenage, suffira, d'après de bonnes autorités, pour faire naître l'affection typhoïde; pour d'autres, il ne fait que préparer l'organisme et y créer un milieu de culture favorable.

La même observation peut s'appliquer à la plupart des causes énumérées plus haut, suivant que l'on admet que le germe spécifique peut se former directement sous leur influence, simple ou combinée, ou suivant que l'on admet que le germe doit toujours être importé pour devenir le point de départ d'une épidémie nouvelle.

Cette question ne sera pas même effleurée ici, mais cette liste prête à d'autres considérations, et il est facile de voir que les conditions de milieu, d'existence et de climat différant beaucoup, suivant qu'on les considère en Algérie ou en France, leur puissance ne saurait être égale dans les deux cas, pour aider aux développements épidémiques.

Il serait intéressant, pour la typhoïde, de préciser ce pouvoir pour chacune d'elles, mais pour cela, bien des documents font défaut.

On peut, cependant, admettre quelques faits : ainsi l'acclimatement des jeunes soldats arrivant de France, compliqué d'acclimatement urbain, est plus dangereux que l'acclimatement urbain pur et simple dans la mère patrie.

Les périodes de marche sont plus pénibles en Afrique qu'en France, et peuvent entraîner plus facilement le surmenage, surtout quand s'y joignent les privations qu'entraîne dans le Sud, le manque souvent absolu de ressources.

Les chaleurs plus fortes rendent plus intenses le développement des germes, leur diffusion et, de plus, en débilitant les hommes, elles les prédisposent à en subir l'influence.

Les eaux, principal facteur des épidémies typhoïdes, ont la même importance dans la colonie que dans la métropole, mais elles y sont plus souvent nuisibles par leur mauvaise qualité.

D'une façon générale, l'hygiène urbaine y est moins avancée, d'où de plus grandes facilités d'infections de toute nature.

Enfin, en Algérie, on voit apparaître dans la vie du soldat un élément qui, en France, est presque négligeable. Cet élément, c'est le campement. Il campe, en marches, aux points qui lui sont assignés, souvent dans des endroits fort insalubres, et y contracte les affections qui y règnent, ou dont d'autres occupants y ont laissé le germe. De plus, si, pendant les marches, le campement est de courte durée, quand il faut fonder un poste, exécuter certains travaux, il en est tout autrement. Un camp permanent s'installe; les limites en sont tracées avec soin sur l'emplacement désigné, les hommes y dressent leurs tentes pour des périodes de durée très variables, souvent fort longues.

Si l'emplacement est déjà infecté, le résultat ne sera pas douteux, et les affections, dont les occupants recueilleront les germes pré-existants, ne tarderont pas à se développer, quelquefois avec une foudroyante rapidité. Si, au contraire, l'emplacement est bien choisi et réunit, au moment où il est occupé, toutes les conditions désirables de salubrité, cette salubrité se maintiendra-t-elle si le campement se prolonge sur place ?

D'autres observateurs, de la plus grande valeur, ont répondu par la négative et c'est là une question d'hygiène fort grave, intéressant les trop nombreux postes du Sud, où les casernements restent à l'état de projet pendant des périodes de longueur indéterminée.

L'influence positive du campement prolongé sur le développement de la fièvre typhoïde est d'autant plus importante à vulgariser, qu'il règne, dans le milieu extra-médical, des idées très fausses à ce sujet. On a tellement vanté la salubrité du séjour sous la tente, on a obtenu ordinairement des résultats si favorables pour couper court aux épidémies en faisant camper les hommes, qu'il paraît inadmissible, *a priori*, que cette installation puisse devenir un danger et surtout qu'elle soit passible du grave reproche de faire naître les épidémies qu'elle arrête.

En cela, cependant, rien d'étonnant.

Le campement a des lois dont il faut tenir un compte sévère sous peine de s'exposer à de dangereux mécomptes, et la plupart des facteurs qui modifient notre organisme ont ce double caractère d'exercer tantôt une action favorable, tantôt une action néfaste, selon la façon dont on utilise leur pouvoir.

Aux intéressés à savoir s'en servir.

II

BIBLIOGRAPHIE ET ANALYSES DE FAITS ANTÉRIEURS

Dans le but de rendre notre travail aussi probant que nous pouvions le faire, nous avons dépouillé les ouvrages que nous avons pu consulter quand nous l'avons écrit. Les documents, sur le point précis dont nous nous occupons, nous ont paru rares. De

plus, nous n'avons pas eu la possibilité d'être complet, faute d'une bibliothèque suffisante. Nous demandons donc à l'avance pardon aux auteurs dont nous n'avons pu invoquer l'autorité ou citer l'opinion dans la revue analytique qui suit.

L'insalubrité du campement prolongé, prise dans son acception la plus générale, n'est pas nouvelle, et constitue un fait reconnu dès une haute antiquité.

« C'est à l'infection du sol par un séjour prolongé des masses humaines qu'est dû l'ancien précepte des généraux romains de faire changer fréquemment l'emplacement des troupes », dit M. le médecin-inspecteur général Colin, dans son Traité des maladies épidémiques.

Observation I. — Le premier travail où cette question soit mise en relief avec toute l'importance qu'elle mérite, parmi ceux que nous avons pu nous procurer, est l'ouvrage de Scrive : « Relation médico-chirurgicale de la campagne d'Orient. »

Étant donné l'intérêt qu'a eu pour nous sa lecture, nous ne pouvons résister au désir d'analyser rapidement les parties ayant trait au sujet qui nous occupe. Elles constituent une observation instructive à bien des titres.

En date du 29 juillet 1854, au moment de l'invasion du choléra, Scrive indiquait la nécessité de souvent changer l'emplacement, sinon du camp, du moins des tentes, dont l'intérieur et le voisinage, disait-il, sont fréquemment souillés de liquides organiques qui, en se décomposant, peuvent incommoder les hommes et même les rendre malades.

Sa proposition fut acceptée avec empressement, on retrouve trace de la même préoccupation dans sa correspondance et ses rapports ultérieurs.

En mars 1855, les mêmes déplacements étaient prescrits. Puis les nécessités du siège rendirent ces déplacements difficiles et, dans son rapport à l'intendant-général, en date du 21 juillet, on trouve simplement indiquées les mesures suivantes : « De temps en temps, les tentes sont abattues pendant toute une journée ; cette mesure est mise à exécution deux fois par semaine pour les régiments où la concentration des troupes devient plus considérable. Lorsqu'on s'aperçoit que, par une habitation prolongée, le sol des tentes s'infecte, le changement d'emplacement n'étant pas possible, on emploie la désinfection au chlorure de chaux. »

Ces mesures incomplètes ne suffirent pas pour arrêter l'extension des affections typhiques qui se déclarèrent.

D'autre part, la conviction de Scrive s'accentuant par l'observation des faits et de l'aggravation de l'état sanitaire, ses assertions deviennent plus nettes. « Je l'ai dit plusieurs fois et je le répète encore tous les jours, écrit-il en date du 31 mars 1856, c'est à la mesure radicale du changement absolu du campement de toute l'armée, qu'on devra l'amendement des maladies infectieuses et leur disparition définitive.

L'expérience de l'année dernière le démontre, et nous en avons une nouvelle preuve dans l'insuffisance des efforts tentés jusqu'à présent. M. l'inspecteur Baudens et moi, nous ne cessons de réclamer l'exécution de cette mesure. »

Le 10 avril, presque rien n'avait encore pu être fait, par suite des nécessités stratégiques, mais seulement, cependant, dans le 1er corps, les tentes avaient été placées à vingt pas de distance de leur ancien emplacement.

Le 20, Scrive rappelait ses demandes, et, le 30, il notait que le 3e corps fournissait un contingent de malades plus considérable que le 1er, dont les tentes avaient été déplacées : « Ce qui a produit, dit-il, dans ce dernier corps, une amélioration sanitaire que nous appelions de tous nos vœux et dont la réalisation a été si difficile à obtenir. »

Le 10 mai, le déplacement complet du 3e corps était enfin obtenu, et le 20 mai, Scrive pouvait écrire : « Déjà les bénéfices du changement de campement du corps de réserve se font sentir ; il y a moitié moins de cas nouveaux et de décès, et cela a été obtenu en une douzaine de jours. »

DE LA RESPONSABILITÉ LÉGALE ET DE LA SÉQUESTRATION DES ALIÉNÉS PERSÉCUTEURS (1)

Par M. le docteur Charpentier, médecin de l'hospice de Bicêtre.

I

Si nous admettons comme vrai qu'il y a des aliénés persécuteurs qui ne peuvent être améliorés et même traités que par la punition, et si, d'un autre côté, comme certains esprits mal éclairés ou mal intentionnés le désirent, la punition doit être bannie de nos asiles, il en résulte qu'il faudra placer ailleurs que dans les asiles les aliénés auxquels le traitement par les punitions est nécessaire. Comme traitement par les punitions, nous entendons l'isolement absolu, les moyens de contrainte non nuisibles à la santé du malade, la privation de tabac ou de lectures favorites; autant nous admettons la punition comme moyens de traitement, autant nous rejetons l'emploi des médicaments ou des remèdes considérés comme moyens de punition.

Nous concluons donc, après les questions de responsabilité, qu'il est des aliénés persécuteurs susceptibles de punitions et améliorables par les punitions dans nos asiles.

Si notre conclusion n'est pas admise, il faut placer ces aliénés persécuteurs dans d'autres établissements que nos asiles.

Ici se place la question des asiles d'aliénés criminels, d'aliénés dangereux, d'asiles-prisons ou de cottages pacifiques, quelle que soit l'expression employée, terme caractéristique ou euphémisme, cela sera la même chose. C'est une question que je désire éviter d'aborder; autant il me paraît facile d'indiquer les genres d'aliénés qui pourraient être dirigés sur ces établissements, et c'est ce que fait le nouveau projet de loi, autant je prévois de difficultés pour l'administration intérieure de pareilles maisons, et c'est ce dont ne parle pas le nouveau projet. On parle sans cesse de l'asile de Broadmoore, je ne le connais que par le rapport lu par M. Michel Möring, directeur de l'Assistance publique de Paris, au Congrès de médecine mentale de 1878, et la lecture de ce rapport m'a confirmé que les sujets qui y sont détenus sont loin de ressembler à ceux qu'avec la nouvelle loi on détiendra dans ces futurs ermitages. Si, d'un autre côté, on admet avec M. Semal que de tels établissements « soient des prisons où ne se trouveront ni chaînes, ni cachots, ni châtiments, mais une discipline appropriée à l'irrésistibilité des instincts », non seulement je rêve, sans réaliser mon rêve, cette discipline appropriée, mais je me demande de quelle substance, de quel protoplasma seront faits les médecins, directeurs et employés, chargés d'appliquer cette discipline paradisiaque.

Si, au contraire, il y a lieu d'introduire une thérapeutique disciplinaire vis-à-vis de ces malades dans ces nouveaux locaux, pourquoi ne pas continuer à les maintenir dans nos asiles avec la même discipline thérapeutique? Je continuerai donc à maintenir la proposition que je me suis fait un devoir d'appuyer au Congrès de Rouen, concluant à la création de quartiers spéciaux pour les malades dangereux ou indisciplinés dans tout asile d'aliénés.

Je sollicite encore de votre bienveillante attention quelques minutes pour examiner deux questions relatives à la séquestration des aliénés persécuteurs: la question d'entrée et la question de sortie. Quand convient-il de séquestrer un

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 879.

aliéné persécuteur ? Une fois séquestré, convient-il de proposer sa mise en liberté ?

Quand convient-il de séquestrer un aliéné persécuteur? Lasègue faisait remarquer humoristiquement que la coutume était de les séquestrer alors qu'ils étaient relativement moins dangereux, c'est-à-dire une fois le crime commis; mais s'il fallait séquestrer tous les aliénés persécuteurs avant le délit commis, nos asiles ne parviendraient plus à suffire, car c'est, à notre avis, la forme la plus fréquente de la folie, bien que le délire de persécution se dissimule sous les noms de passion politique, foi religieuse, amour de la libre-pensée, talent administratif, ambition noble, devoir de chef de famille, passion amoureuse, esprit de réforme, paradoxe ou utopie, ou amour du merveilleux; au fond, persécuter une opinion, une idée, une société, une compagnie, une famille ou un individu, c'est toujours faire de la persécution et, si l'auteur de cette persécution est inspiré par une idée délirante, quelle que soit l'opinion qu'il ait de lui-même, de ses actes et de sa conduite, ce n'en est pas moins un aliéné persécuteur. Il est donc prudent de limiter les aliénés persécuteurs à séquestrer dans les asiles; ces limites doivent être dictées par la conduite de l'aliéné, par son caractère, ses menaces et le délit commis.

La conduite doit plutôt guider pour l'interdiction que pour la séquestration. Les menaces, calomnies, diffamations, quand il y a des preuves, constituent déjà des délits; la valeur des menaces doit être subordonnée à celle du caractère; le caractère coléreux, violent, emporté, doit surtout faire prendre celles-ci en considération, tout en tenant compte du caractère sournois des persécutés latents, selon l'heureuse expression de M. Coutagne. Toutefois, j'ai connu des persécuteurs dont les menaces écrites ou orales peuvent être comparées aux écrits chaleureux, aux accents passionnés qui dépeignent une passion mal contenue de certains amoureux qui, au moment de l'entrée en possession, sont en contradiction avec leurs désirs antérieurs. J'ai connu des persécuteurs menaçants qui n'ont jamais commis un délit d'action. Il est même des aliénés persécuteurs qui, en véritables obsesseurs, font un siège en règle mais non délictueux d'une victime, objet de l'idée de persécution qui les obsède; ici, c'est un médecin; là, un magistrat; ailleurs, un prêtre ou un administrateur, ou bien l'un des conjoints, importuné par son associé légal, qui sont tracassés continuellement par un aliéné persécuteur qui les harcèle pendant des années. Avant d'être médecin aliéniste, je délivrai, à propos de tels aliénés, des certificats tendant à la séquestration bien plus facilement que maintenant. Cette différence tient à ce que mon expérience m'a permis de constater qu'autre chose est séquestrer un aliéné persécuteur, autre chose est le maintenir enfermé. L'opinion publique et la presse, qui a la prétention de refléter l'opinion publique, ont deux manières d'envisager l'aliéné persécuteur. Tant qu'il n'est pas séquestré, c'est un aliéné insupportable, dangereux, dont la place serait mieux dans un asile ou dans une prison; une fois séquestré, elle le tient pour une victime d'une vengeance, pour un persécuté sain d'esprit; elle prend pour vraies et sincères ses plaintes, ses accusations, ses calomnies.

Nous concluons donc en disant qu'il ne faut prescrire la séquestration qu'en cas de délit commis, les menaces, la calomnie et la diffamation étant considérées comme des délits.

Convient-il de proposer la mise en liberté d'un aliéné séquestré comme persécuteur? Aux termes de la loi, tout aliéné guéri doit être mis en liberté; un aliéné doit être considéré comme guéri, quand il ne présente plus aucun signe mental ni physique de sa maladie mentale, ou d'autre maladie mentale; l'observation du malade montre que sa guérison doit être d'autant plus longue que les intervalles de calme, entre ses accès s'il en a eu plusieurs, ont été longs, à moins que ces accès ne reconnaissent une cause accidentelle ou toxique comme l'alcool, un traumatisme, une émotion violente. Quand un sujet, admis comme aliéné persécuteur, a cessé, depuis longtemps, de manifester ses idées délirantes, quand il affirme reconnaître ses erreurs, regretter l'acte commis, quand il manifeste des idées et une conduite correctes, quand il ne dissimule plus ses idées de persécution ou quand, point important, il devient impossible, au médecin traitant, de prouver la dissimulation par des signes déduits de la conduite, des écrits, des paroles, de la manière de répondre, des attitudes, du regard, un tel sujet doit être considéré comme ne manifestant plus de signe de folie et le devoir du médecin est de proposer de ne plus maintenir dans son service un tel sujet, quel qu'ait été le délit commis. Le rôle du médecin traitant doit se borner là; toute question relative à la possibilité d'un retour des mêmes idées ou actes dangereux, après la sortie de l'asile, doit lui rester étrangère; il a mission d'exprimer une opinion médicale mais non de dire la bonne aventure; le passé est une présomption pour l'avenir, mais non une certitude; la certitude seule doit servir de base à une opinion médicale.

Quant aux sorties d'essai applicables aux aliénés persécuteurs que notre collègue n'a pas abordées, elles doivent être laissées à l'avis du médecin et non à l'administration; c'est, comme nous l'avons fait observer à la Société internationale d'Assistance publique, un moyen de traitement et les moyens de traitement relèvent absolument du médecin, tout en respectant le contrôle administratif. Les aliénés persécuteurs séquestrés ont généralement deux groupes de gens qui s'intéressent à eux, les uns pour les faire sortir de l'asile, les autres pour les y maintenir; les considérations que font valoir les deux parties ne peuvent atteindre le traitement prescrit et la sortie ne doit avoir lieu qu'avec le consentement volontaire du médecin traitant.

Nous résumons les considérations qui précèdent dans les conclusions suivantes :

1° L'aliéné persécuteur se reconnaît à la nature de ses idées délirantes : idées de haine, de vengeance, idées persécutrices; à la fixité de ses idées délirantes, à leur longue durée ou à leur retour fréquent; à la tendance extrême de ces idées à commander l'acte délictueux;

2° Le médecin étant tenu de répondre à la question de responsabilité légale des aliénés, nous sommes d'avis de proposer l'irresponsabilité, quand le délit est un acte pathologique, lié à l'idée délirante; la responsabilité atténuée, quand, chez le délinquant, malgré l'absence de lien entre le délit commis et l'idée délirante, il se trouve une accumulation de présomptions tirées, soit d'autres troubles mentaux antérieurs, soit de signes physiques ou psychiques dits de dégénérescence; et la responsabilité partielle quand, en l'absence des présomptions ci-dessus notées, il n'y a aucun rapport entre le délit et l'idée délirante;

3° La séquestration de l'aliéné persécuteur, dans un asile, doit comporter la possibilité de l'application d'une théra-

peutique disciplinaire (isolement absolu provisoire, moyen de contrainte, punitions);

4° L'époque de la séquestration d'un aliéné persécuteur doit se déduire de sa conduite, de son caractère, de ses menaces, et du délit;

5° La prescription des sorties d'essai, pour l'aliéné persécuteur séquestré, doit être considérée comme un moyen de traitement réservé au médecin;

6° Les aliénés persécuteurs dangereux ou indisciplinés doivent être séquestrés dans tout asile d'aliénés, mais pourvus de quartiers spéciaux;

7° Tout aliéné persécuteur, guéri après un certain temps d'observation, ne devra pas être maintenu dans l'asile qui lui a servi de traitement.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

356. M. Poulalion. Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches, et la pseudo-phthisie pulmonaire d'origine calculeuse. — 357. M. Clausse. Contribution à l'étude de la neurasthénie. — 358. M. Finck. Des rapports de la migraine ophthalmique avec l'hystérie. — 359. M. Allaman. Des aliénés criminels. — 360. M. Mathieu. Psoriasis atypiques. Leurs rapports avec l'eczéma. Leur traitement. — 361. M. de Massia. Des salpingo-ovarites tuberculeuses. — 362. M. Sebillotte. Intoxication par le sublimé chez les femmes en couches. — 363. M. Narodetzki. De l'arrachement sous-cutané des insertions des tendons extenseurs des doigts sur la phalangette. — 364. M. Gelma. Contribution à l'étude de la pseudo-tumeur blanche syphilitique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 août 1891, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur de Moutard, médecin auxiliaire de deuxième classe.

— Par décret, en date du 13 août 1891, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Monnet, Poizat, Bonnet, Devaux, Legoy, Rabion, Rousset, Wœhling, Beaucard, Molines, Bert, Maron, Failhès, Feuilletaud, Duriez, Saint-Agnès, Jardet, Fournial, Imbert, Fauvel, de Nabias, Valin, Masson, Labonne, Rabaine, Raymond, Villemin, Pagliano, Augio et Fauvel.

— Par décret, en date du 14 août 1891, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. Brindejonc de Tréglodé, médecin-principal de la marine en retraite.

— Par décision ministérielle, en date du 10 août 1891, M. Lazare, médecin-major de deuxième classe au 3e régiment de chasseurs d'Afrique, a été désigné pour l'infanterie-hôpital du fort Replat à Modane.

— L'ouverture du concours pour les prix à décerner, en 1891, à MM. les élèves-internes de quatrième année (médecine) en fonctions dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu, le lundi 7 décembre 1891, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Ducung est nommé préparateur des cours et travaux pratiques de chimie.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont institués, pour une période de deux ans, chefs de clinique : MM. les docteurs Devic (clinique médicale) ; Orcel (clinique chirurgicale) ; Tellier (clinique obstétricale).

M. Sauvaître est nommé préparateur des cours et travaux pratiques de chimie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Heydenreich, professeur de clinique externe, est nommé doyen, pour une période de trois ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital du Val-de-Grace. I. Urticaire œdémateuse; localisations sur la muqueuse de l'isthme du gosier; — II. Anévrysme de l'aorte ouvert dans la plèvre gauche. — La contagion de la grippe. — Campement prolongé et fièvre typhoïde; contribution à l'étude de l'hygiène du campement. — Thèses de Paris. — Académie de Médecine. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vraie séance de vacances, autant par le petit nombre d'académiciens présents que par le peu de communications inscrites à l'ordre du jour. Nous n'avons, en effet, à signaler qu'un rapport et une seule communication.

M. Javal a rendu compte d'un travail communiqué, il y a deux ans, par M. Motais sur l'hérédité de la myopie (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 610). Sans contester les chiffres invoqués par l'auteur en faveur de l'hérédité de la myopie, M. Javal soutient une théorie un peu plus consolante et admet que ce qui est héréditaire est bien plutôt une certaine prédisposition à la myopie, en particulier l'astigmatisme, facile à corriger dès le début et par une bonne éducation. Relativement à l'astigmatisme, M. Javal a signalé, d'une façon incidente, sa fréquence dans la race juive, ce qui a fourni à M. Lagneau l'occasion de rappeler plusieurs particularités intéressantes concernant cette race.

M. Pinard a lu un important travail sur la grossesse extra-utérine. Ce travail, basé sur sept observations personnelles, a surtout pour but de montrer les avantages d'une intervention judicieuse dans les cas de grossesse extra-utérine. Sans nier les avantages de cette intervention, il est bon de faire observer qu'il y a des cas où, sans aucune intervention, les femmes atteintes d'une grossesse extra-utérine finissent par si bien s'accommoder de leur kyste fœtal qu'elles n'en éprouvent plus aucun inconvénient.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Laveran.

I. Urticaire œdémateuse; localisations sur la muqueuse de l'isthme du gosier. — II. Anévrysme de l'aorte ouvert dans la plèvre gauche.

(Communications faites à la Société médicale des hôpitaux.)

I. Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est un homme âgé de trente ans, vigoureux et bien constitué qui, ce matin, s'est plaint à moi d'avoir un peu de peine à avaler. L'examen de la gorge m'a permis de constater de la rougeur et de la tuméfaction de la muqueuse de l'isthme du gosier et surtout un œdème considérable de la luette, qui avait le volume d'une grosse noix et qui fermait presque complètement l'isthme du gosier. Cette espèce d'angine était survenue très rapidement dans la nuit; malgré la tuméfaction considérable de la muqueuse, il n'y avait pas de fièvre, pas de douleur vive, seulement du chatouillement et un peu de gêne dans la déglutition; le malade se leva comme à l'ordinaire aussitôt après la visite et déjeuna avec appétit.

Si j'avais vu ce matin le malade pour la première fois, j'aurais été très embarrassé pour porter un diagnostic, mais le malade est dans mon service depuis le 30 mai 1891, et il a présenté déjà de nombreuses manifestations de même nature que cet œdème de la gorge, sur lequel j'ai cru intéressant d'appeler votre attention. Depuis trois ans et demi, M. G... est atteint de cette forme d'urticaire qui a été décrite sous le nom d'urticaire œdémateuse (Hardy) ou d'urticaire géante (Milton). Les poussées d'urticaire ont lieu tantôt à la face, tantôt aux extrémités, tantôt sur le tronc, quelquefois enfin, comme aujourd'hui, sur la muqueuse buccale (langue, isthme du gosier, lèvres). L'urticaire s'accompagne toujours d'un œdème considérable qui dure de douze à vingt-quatre heures et de démangeaisons sans douleurs vives. Tantôt le malade se réveille avec les paupières tuméfiées comme dans l'érysipèle; tantôt, avec une tuméfaction de la région buccale ou maxillaire comme dans la fluxion dentaire; d'autres fois, les mains et les avant-bras sont tuméfiés comme dans le phlegmon; les mains et les avant-bras ont souvent alors une épaisseur double de l'épaisseur normale.

Depuis un mois, presque chaque matin, je constate ainsi des manifestations différentes de la maladie et, à deux reprises, j'ai observé des localisations très nettes sur la muqueuse de l'isthme du gosier.

Jusqu'ici, il n'y a pas eu heureusement de localisations sur le larynx; si les replis aryténo-épiglottiques étaient envahis par un œdème comparable à celui qui existait ce matin à l'isthme du gosier et qui a déjà disparu en partie, il en résulterait évidemment des accidents graves de suffocation.

Il n'y a pas eu d'accès d'asthme.

Les causes de cette urticaire si tenace échappent complètement; M. G... a été au Tonkin, il a eu la dysentérie et le tænia; mais, depuis trois ans, il est débarrassé de ces deux

maladies. Il n'y a pas d'arthritisme apparent, pas de troubles de la digestion.

Depuis trois ans et demi, le malade a été soumis, sans résultat, aux traitements les plus variés ; l'arsenic et les alcalins ont été prescrits à plusieurs reprises, le malade a fait un séjour à Vichy et son état n'a pas été amélioré.

Fraentzel, Schwimmer, Besnier, Catrin, ont préconisé le sulfate neutre d'atropine dans le traitement de l'urticaire ; depuis près d'un mois, le malade prend chaque jour 1 à 2 milligrammes d'atropine et jusqu'ici les résultats de ce traitement sont peu apparents. Le sulfate de quinine a été employé également sans succès ; d'ailleurs, le malade n'a jamais eu la fièvre intermittente et l'examen du sang ne m'a rien révélé de particulier.

II. Les pièces anatomiques que j'ai l'honneur de présenter proviennent d'un malade qui est mort subitement dans mon service, à la suite de la rupture d'un anévrysme de l'aorte dans la plèvre gauche. La poche anévrysmale occupait la plus grande partie de l'aorte thoracique. En dehors de l'intérêt que présentent les lésions anatomiques, cette observation m'a paru mériter aussi l'attention au point de vue clinique. Cet anévrysme énorme de l'aorte n'a pas été diagnostiqué et il n'a donné lieu qu'à des crises douloureuses intermittentes qui avaient une grande analogie avec des crises d'angine de poitrine ; le cœur était petit, graisseux, et les artères coronaires étaient perméables, non altérées.

Observation. — *Crises douloureuses intermittentes simulant l'angine de poitrine. Mort subite. Anévrysme de l'aorte thoracique ouvert dans la plèvre gauche.* — M. M..., âgé de cinquante-huit ans, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 27 juin 1891.

Le malade est un homme d'une bonne constitution primitive, mais amaigri et anémié. Il nous dit que, depuis plusieurs années, il est atteint d'emphysème pulmonaire, et que, de plus, il a de temps en temps des crises douloureuses qui, d'après la description un peu vague qu'il en fait, ont de l'analogie avec des crises d'angine de poitrine. Dans l'intervalle de ces crises, M. M..., qui est officier, fait régulièrement son service. Le malade, qui est de passage à Paris, a été pris hier d'une douleur vive dans le côté gauche de la poitrine. Le soir de l'entrée au Val-de-Grâce, la température axillaire est de 39 degrés ; le pouls est régulier, un peu faible, il bat quatre-vingts fois à la minute.

L'examen de la poitrine révèle les signes d'un emphysème pulmonaire assez prononcé, le poumon gauche recouvre évidemment le cœur que la percussion ne décèle plus ; les battements du cœur sont sourds et faibles, sans bruits anormaux.

A gauche de la poitrine et en arrière, je note de la matité déclive, un souffle doux dans une étendue assez limitée et une diminution très notable des vibrations thoraciques à la base ; pas d'égophonie. Je pense qu'il existe un point pleurétique à gauche, et, comme la douleur est très vive au-dessous du mamelon, je prescris une injection hypodermique avec 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

Rien à noter du côté de l'abdomen.

28 juin. — 38°2 le matin, 37°9 le soir. Le malade va mieux, bien que le point de côté persiste à gauche. L'examen du malade ne révèle rien de nouveau. Le diagnostic me paraît être celui-ci : emphysème pulmonaire et point pleurétique à gauche. Crises d'angine de poitrine probables. (Analgésine 2 grammes, une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine.)

Le 29 juin, à la visite du matin, le malade va beaucoup mieux, il se trouve même si bien qu'il parle de quitter l'hôpital. La douleur intercostale a disparu, ainsi que la fièvre (37 degrés le matin). Les signes fournis par la percussion et l'auscultation de la poitrine sont les mêmes que le 27.

A dix heures du matin, en repassant devant la chambre du malade, j'entends des gémissements ; j'entre et je trouve M. M... en proie à une crise douloureuse, d'une intensité effrayante. Le malade a la main droite sur la région précordiale, il se roule dans son lit ou bien il en sort tout à coup pour s'approcher de la fenêtre ou pour se coucher sur le canapé; sa figure exprime une angoisse extrême ; entre deux cris arrachés par la douleur, le malade nous dit qu'il va mourir ou bien il demande qu'on l'aide à mourir. Les extrémités sont froides, couvertes de sueur; le pouls est petit, fréquent. Le diagnostic d'angine de poitrine me paraît confirmé par l'observation de cette crise.

Une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine est faite aussitôt et répétée le soir. Je prescris également 2 grammes d'analgésine et une potion au chloral pour la nuit.

30 juin. — Le malade va beaucoup mieux, il insiste de nouveau pour s'en aller, et, malgré tous mes conseils, il essaie de quitter le Val-de-Grâce, le 1er juillet au matin, mais une nouvelle crise, presque aussi douloureuse que celle du 29 juin, le force à abandonner ce projet et, le 1er juillet au soir, je trouve le malade accusant toujours des douleurs vives dans le côté gauche de la poitrine.

Le 1er juillet, à huit heures du soir, le malade a une syncope et meurt subitement.

Autopsie : pratiquée le 3 juillet, à neuf heures du matin. Après avoir enlevé le sternum et la partie antérieure des côtes, on constate qu'il s'écoule du sang de la plèvre gauche ; cette plèvre est remplie par du sang pur en grande partie coagulé, on enlève les caillots à pleines mains ; la quantité du sang épanché dans la plèvre gauche peut être évaluée à 3 litres.

Les poumons sont emphysémateux, le poumon gauche recouvre presque entièrement le cœur. Il n'y a pas d'adhérences pleurales, sauf à la base du poumon gauche et, en arrière, pas de traces de tubercules aux sommets.

Le péricarde ne contient qu'une petite quantité de sérosité citrine. Taches laiteuses sur le péricarde viscéral.

Le cœur est petit, mou, surchargé de graisse, ce qui est d'autant plus remarquable que le sujet était très amaigri ; il est absolument vide.

Pas de lésions des orifices du cœur droit, ni de la mitrale; l'orifice aortique n'est pas dilaté ; il existe sur les valvules sigmoïdes aortiques des taches blanches d'endocardite ; une des valvules présente une petite perforation, mais, en somme, ces valvules devaient fonctionner dans de bonnes conditions.

Au-dessus des valvules sigmoïdes, l'aorte a ses dimensions normales ; en examinant sa surface interne, on constate déjà à ce niveau les lésions de l'athérome à un degré très prononcé : taches blanchâtres plus ou moins surélevées, paroi inégale, dépolie, petites ulcérations.

Les orifices des artères coronaires sont élargis plutôt que rétrécis ; les artères coronaires sont perméables dans toute leur étendue.

A quelques centimètres au-dessus des valvules, l'aorte présente une première dilatation, mais peu importante, l'artère reprend bientôt son volume normal pour se dilater de nouveau en formant cette fois une vaste poche anévrysmale.

La poche anévrysmale est piriforme; la grosse extrémité tournée en bas est située un peu au-dessus du point où l'aorte traverse les piliers du diaphragme ; la poche mesure 22 centimètres de haut, 18 centimètres de circonférence à la partie moyenne, 22 centimètres à la partie inférieure.

La poche est perforée sur deux points à sa partie inférieure et elle communique largement avec la cavité pleurale du côté gauche.

Dans sa moitié inférieure, le sac anévrysmal est tapissé par des caillots anciens, assez résistants, stratifiés, qui ont été décollés au niveau des perforations ; après avoir enlevé ces caillots, on constate que la paroi du sac anévrysmal présente à un degré très avancé les altérations de l'athérome ; dans la partie supérieure, il existe de nombreuses plaques athéromateuses sans dépôts cal-

caires et des ulcérations assez limitées; dans toute la partie inférieure, on ne trouve au-dessous des caillots qu'une surface ulcérée; la paroi très amincie de l'aorte s'est rompue sur deux points.

Il n'y a pas d'altérations des vertèbres au voisinage de l'anévrysme.

La poche anévrysmale adhère à la base du poumon gauche; la plèvre est épaissie et il existe un peu de pneumonie lobulaire, avec quelques noyaux caséeux; l'inflammation de la poche s'était étendue à la plèvre et au poumon, et la rupture de l'anévrysme se serait faite très probablement dans les bronches, si elle n'avait pas eu lieu dans la plèvre.

L'examen des organes abdominaux ne révèle rien d'anormal.

LA CONTAGION DE LA GRIPPE

Par le docteur P. Courrent (de Tuchan).

Jusqu'à la dernière épidémie on ne croyait guère à la contagion de la grippe. Un certain nombre de cas bien observés, lorsque l'influenza s'est abattue sur la France, sont venus démontrer la possibilité de la transmission de l'homme à l'homme de cette maladie. Le fait suivant que nous extrayons d'un travail inédit du docteur Courrent, de Tuchan (Aude), est à ce point de vue aussi démonstratif que possible :

« Un jeune lycéen de Carcassonne, âgé de douze ans, est envoyé à Maisons, village de notre circonscription, pour qu'il ne contracte pas l'influenza qui règne à Carcassonne, et à cause de laquelle on a licencié le lycée. Ses parents qui habitent Carcassonne ont pris des informations pour savoir si la grippe n'est pas arrivée dans ce petit village enfoncé dans les Corbières, éloigné du chef-lieu du département de 70 kilomètres, de Tuchan de 20 kilomètres. Il leur est répondu qu'il n'y a pas eu dans le village le moindre malade, et que l'enfant peut être envoyé en toute sécurité. Pendant le voyage, celui-ci se trouve indisposé; il s'alite en arrivant, et tous les symptômes qu'il présente sont bien ceux de la grippe. En quatre jours, les symptômes bruyants disparaissent, mais il reste une toux quinteuse qui dure quinze jours environ.

Avant la fin du quatrième jour, une jeune demoiselle de dix-huit ans, qui donne ses soins à son cousin influenzé, manifeste de la céphalalgie et de la rachialgie; un frisson intense a précédé l'arrivée de ces deux phénomènes; elle a contracté l'influenza. C'est la première malade du village. Quelques jours suffisent pour que tout symptôme bruyant disparaisse et la malade se lève; un jour de beau temps, elle fait sa première sortie prématurée. Trois jours après cette imprudence, la jeune fille est prise d'un léger point de côté, la toux, qui s'était manifestée pendant les premiers jours de sa maladie, s'accentue, la fièvre, la chaleur deviennent intenses, et je suis appelé pour soigner une complication de broncho-pneumonie.

Je laisse de côté, pour le moment, la complication thoracique pour ne m'occuper que de la façon dont la jeune fille a contracté l'influenza. La contagion est ici bien évidente. Il n'y a pas, dans le village, d'autre malade que son cousin qui est arrivé grippé de Carcassonne. C'est elle qui a été la principale garde-malade, et, avant la fin du quatrième jour après l'arrivée du jeune lycéen, elle est influenzée. C'est un cas de contagion des plus typiques que je connaisse. On peut tirer aussi de cette histoire une conclusion bien importante : c'est que la grippe a une période d'incubation fort courte.

La mère de la jeune fille, dont je viens de parler, est atteinte à son tour avant qu'aucun autre habitant du village ne tombe malade. C'est au chevet de sa fille qu'elle a contracté l'influenza. Dans cette famille on compte encore deux filles et un jeune homme de vingt-deux ans. Ces trois personnes sont atteintes, mais en même temps que l'on connaît déjà d'autres malades dans le village. Ces deux demoiselles et ce jeune homme n'ont que des relations fort peu intimes avec les malades de la maison, aussi contractent-ils le mal beaucoup plus tard.

Ici, la maladie ne s'est pas abattue sur le village sans qu'on puisse indiquer son origine. L'influenza est manifestement transportée par le jeune Carcassonnais. Ce sont les garde-malades qui, dans le village, ont contracté le mal les premières. C'est de cette maison contaminée qu'est bien partie la maladie, puisque ce sont les personnes les plus habituées de la maison qui ont été atteintes. Puis peu à peu le mal s'est diffusé et a parcouru toutes les habitations.

Je n'ai pas pu observer l'arrivée du mal dans les autres villages. Néanmoins, je pourrais citer encore quelques cas bien démonstratifs de contagion, mais il me semble que ceux que je viens d'exposer suffisent pour faire admettre la contagiosité de la grippe. Il n'est pas à dire pour cela que la contagion soit le seul mode de propagation de la grippe. Comme le dit M. le professeur Grasset : « Une fois le germe importé et implanté par contagion, il peut ultérieurement se propager selon d'autres modes, suivre des voies différentes pour se diffuser : l'air, l'eau, etc. Peut-être a-t-il la faculté de pulluler, de proliférer dans ces divers milieux? Tout ceci n'a rien de contradictoire avec la réalité de la contagion. »

CAMPEMENT PROLONGÉ ET FIÈVRE TYPHOIDE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYGIÈNE DU CAMPEMENT (1)

Par le docteur J. Marty, médecin-major de deuxième classe.

III

Obs. II. — En 1866, M. le médecin-major Frison observait à Tenès une épidémie dont il a publié l'histoire dans le *Recueil de mémoires de médecine militaire*, année 1867.

Au sujet d'un des épisodes de cette épidémie, on trouve cette remarque : « Je ne crois pas m'exposer à être taxé d'exagération en disant que la tente-abri est un véritable laboratoire de méphitisme pendant la nuit. C'est sous la tente que s'est développé le germe du typhus en Crimée. Il n'y aurait rien d'étonnant que celui de l'épidémie actuelle eût pris naissance dans la tente-abri. »

M. Jules Périer, médecin en chef divisionnaire, dans ses bulletins de l'état sanitaire de la province d'Alger, en 1867, publiés dans les *Bulletins de la Société de médecine d'Alger*, 2e semestre 1867, appréciait les mêmes faits ainsi qu'il suit :

« Le choléra avait à peine disparu de Tenès que la fièvre typhoïde s'y montrait à son tour. Depuis le commencement du mois, huit militaires avaient été atteints de cette affection. C'étaient, pour la plupart, des soldats du 34e qui étaient restés campés aux environs de la ville, pendant toute la durée de l'épidémie cholérique. C'était au camp, sous la tente, que la fièvre typhoïde avait pris naissance. » M. Frison rappelle, au sujet de ces faits, l'idée déjà émise par lui sous forme d'interrogation, que l'épidémie de fièvre typhoïde de l'an passé n'avait pas d'autre cause que ce méphitisme de la tente.

Obs. III. — Dans le tome II des *Archives de médecine militaire*, M. le médecin principal Czernické, à propos de la fièvre typhoïde en Tunisie, reconnaît cette cause. « Elle a été produite, lisons-nous, par le mode de stationnement des troupes en rase campagne et par la nécessité d'adopter le campement serré, si favorable à la souillure rapide du sol, par l'occupation successive et obligée du même point stratégique par des troupes différentes. »

L'infection des camps est également accusée comme une des causes des épidémies du Sud-Oranais.

Obs. IV. — En 1882, dans les observations composant le rapport de la statistique de l'année, nous relevons, au sujet de la division d'Oran, ces renseignements : « Dans la division d'Oran, 306 décès par fièvre typhoïde sur 567 décès au total. Ce sont les

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 887.

postes du Sud qui ont été les plus éprouvés : Aïn-Sefra, 219 cas, 75 décès; Aïn-ben-Khelil, 159 cas, 28 décès; Méchéria, 110 cas, 44 décès; ont été accusés le méphitisme des camps et l'infection du sol. » Nous rappellerons que c'est dans le Sud surtout que l'on campe.

Obs. V. — Dans le tome I des *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, M. le médecin-major de première classe Coustan, dans son article : « De Tébessa à Kairouan et au Djerid », reconnaît le rôle nocif du camp de stationnement. « Il semblerait, dit-il, que la colonne de Brehm eût dû avoir moins de malades que la colonne de Tébessa; mais nous avons hâte de dire que si elle s'infecta aussi rapidement, c'est que son rôle effacé au point de vue stratégique lui imposa de longs séjours aux points où elle stationna. La propagation du mal se fit rapidement par l'infection même du sol sur lequel on piétinait dix à quinze jours de suite. »

L'importation de la typhoïde ayant été admise, le rôle du campement prolongé s'est borné à favoriser le développement épidémique.

Les cinq faits que nous venons de rappeler ont toute la valeur d'observations concluantes, aussi ne serons-nous pas étonnés de voir quelles sont les appréciations de nos maîtres.

Dans ses mémoires sur la fièvre typhoïde dans l'armée (1), M. le médecin-inspecteur général Colin donne les appréciations suivantes :

« Les épidémies nées dans les camps, surtout dans les camps temporaires, sont, en somme, relativement rares.

La salubrité des camps, à cet égard, paraît augmenter à mesure que, du Sud, on remonte vers le Nord.

Il ne faut pas oublier néanmoins que la vie des camps, aujourd'hui beaucoup plus commune pour notre armée, même en temps de paix, s'est notablement modifiée. Devenus permanents, ces camps accumulent en eux et autour d'eux quelques-uns des inconvénients des demeures fixes de la cité; privé de tout pavage, rarement drainé, le sol s'imprègne, plus rapidement que celui des villes, de cette masse de détritus organiques engendrés par les agglomérations humaines.

D'autre part, les recrues sont envoyées aujourd'hui directement dans ces camps, y arrivant ainsi avec leurs prédispositions initiales à la fièvre typhoïde.

De tels milieux offriront certainement plus de réceptivité pour cette affection que les camps temporaires d'autrefois.

L'installation permanente des troupes dans les camps, considérée au point de vue de la prophylaxie de la fièvre typhoïde, réclame un aménagement du sol (aplanissement, inclinaison, drainage) qui s'oppose à son infiltration par les détritus excrémentitiels et autres. »

Dans son *Traité d'hygiène militaire*, M. le médecin principal Morache rappelle que, d'après Baudens, les tentes ne doivent pas être maintenues plus de quatre jours sur les mêmes emplacements.

MM. les médecins principaux Laveran et Kelsch, dans leur cours, indiquent les dangers d'un campement infecté ou mal compris.

M. le médecin principal Viry (2) adopte la même limite que Baudens, pour le maintien des tentes sur le même emplacement, donne et emprunte à l'instruction médicale à l'usage des postes dépourvus de médecin au Tonkin, de M. le médecin inspecteur Dujardin-Beaumetz, de très complètes règles d'hygiène des camps.

Dans le tome VII des *Archives de médecine militaire*, au sujet de l'épidémie de fièvre typhoïde du camp du Pas-des-Lanciers, M. le médecin principal Duchemin exprime, d'une façon générale, l'avis que « les camps permanents sous tentes doivent être évités en temps de paix ».

(1) Colin. *Recueil de mémoires de médecine militaire*, 1877.
(2) Viry. *Traité d'hygiène*, 1883.

Il est bon de rappeler, d'ailleurs, que, quand il s'agit de mettre fin à une épidémie de typhoïde, le campement n'est pas toujours un remède immédiatement radical.

Voici 3 faits à ce sujet :

« A Oran (1), les corps les plus gravement atteints de fièvre typhoïde ont été les troupes du quartier de Karguentah. Il y eut deux évacuations successives.

Lors de la première, on s'était contenté de faire camper les troupes; l'épidémie, enrayée les premiers jours, reparaissait bientôt. Lors de la deuxième évacuation, les hommes eurent à faire chaque jour une petite étape. L'effet de la mesure fut immédiat et complet. »

Dans la statistique médicale de l'armée de 1885, nous relevons un fait du même ordre que le précédent, à propos de l'épidémie qui sévit alors sur le 12e chasseurs, à Rouen.

« Vingt-huit hommes entrent à l'hôpital du 16 septembre au 8 octobre; l'évacuation du quartier est décidée.

Les hommes allèrent camper sur le Cours-la-Reine ; une pluie torrentielle, venant à tomber dès ce moment, les confina sous la tente, dans des conditions matérielles inévitablement défectueuses, qui ne firent que donner un nouveau coup de fouet à l'épidémie. Du 8 au 27 octobre, vingt-huit hommes entraient à l'hôpital. Le campement fut transporté sur le terrain de manœuvres de Madrillet, vaste espace où la dissémination des hommes fut facile, et le déplacement des tentes fréquent. Vingt-trois hommes furent, cependant, atteints encore jusqu'au 7 novembre, de formes légères à la vérité. Une dernière émigration parut s'imposer, et le dernier cas se produisit le 18 novembre. »

De ces faits, il y a intérêt à rapprocher le récit rapide de l'épidémie de Mamers qui se trouve dans les observations jointes à la statistique médicale de 1887. « L'épidémie débute le 12 octobre par des cas isolés; se diffuse, en date du 22, par suite de l'arrivée des jeunes soldats. Le 27, 500 hommes partent en permission, et le reste du régiment va camper le 1er décembre; la typhoïde devient rare, mais l'épidémie reprend avec une nouvelle violence le 19 décembre, après le retour des permissionnaires. »

Dans ces trois faits, ne voit-on pas les hommes en incubation de fièvre typhoïde apporter le germe dans le camp et l'infecter d'emblée, étant donné diverses circonstances adjuvantes, puis l'influence épidémique se développer plus facilement que dans un casernement quelconque?

Avec le mémoire de M. le médecin-major Delmas : « Relation médico-chirurgicale de la campagne du Sud-Oranais, en 1881-1882 », publié dans le tome X des *Archives de médecine militaire*, nous sommes en plein dans notre sujet, et, c'est le cas de le dire, sur notre terrain.

Nous ne saurions donc mieux terminer la partie bibliographique qu'en lui empruntant un rapide historique qui est l'introduction toute trouvée de nos observations personnelles.

L'étude de l'évolution de la fièvre typhoïde dans le Sud-Oranais est singulièrement instructive, d'après ce mémoire.

La colonne Innocenti part de Saïda sous les auspices les plus favorables, et jouit des meilleures conditions sanitaires jusqu'au 1er juin. A cette époque, la fièvre typhoïde est officiellement signalée dans le camp d'observation du Kreider, poste regardé comme très insalubre par suite de sa position en plein chott, de la mauvaise qualité de ses eaux potables, condition qui s'est modifiée depuis, de son exposition en plein Sud, et de la nature de son sol.

L'épidémie se généralise et sévit sans modifications appréciables jusqu'au 1er octobre; reprise des opérations, puis apparition des froids; l'épidémie se ralentit.

L'expédition des Ahmeurs se termine; la petite armée qui y avait pris part occupe Kreider, Méchéria, Aïn-Sefra, Khelil, reprenant les conditions d'existence des camps permanents de la première période; le résultat ne se fait pas attendre, et la fièvre typhoïde reparaît plus menaçante que jamais.

(1) *Statistique médicale de l'armée*, 1884.

Les caractères principaux de cette épidémie furent donc de débuter en plein désert, deux mois après le commencement des hostilités, dans un camp d'observation, au Kreider; de se généraliser, de s'atténuer pendant les périodes actives, de reprendre sa violence au moment où survenait le repos.

Au point de vue de la création de ces foyers zymotiques, M. le médecin-major Delmas s'exprime ainsi : « Rien n'égale sous ce rapport le sol d'un campement, où les détachements séjournent et se succèdent sans interruption, ainsi qu'il était de règle pour tous les points occupés dans les steppes du Sud-Oranais, tels que Sfid, Kreider, Méchéria, Aïn-Sefra, Aïn-ben-Khelil, qui ne tardèrent pas à rivaliser d'insalubrité, malgré les conditions très différentes, parfois très heureuses, de leurs situations topographiques. »

En conséquence, il demande, entre autres règles hygiéniques plus souvent exprimées et observées, d'ordonner, si cela se peut, des déplacements périodiques du campement ou tout au moins de l'aire des tentes; de renoncer, d'une manière absolue, dans tous les camps fixes ou d'une certaine durée, au système si défectueux des tranchées, pour adopter celui des tinettes mobiles qui, seules, permettent d'assurer la désinfection quotidienne et complète des matières.

Dans ces faits, on trouve l'historique de la première épidémie typhoïde du Kreider, et par conséquent le point de départ de notre étude.

Et, en terminant cette bibliographie, nous tenons à répéter que, si nous avons groupé ici ces citations et analyses, c'est que nous avons tenu, d'une part, à rapprocher les observations analogues aux nôtres pour faire ressortir l'importance du sujet, d'autre part, à mettre les conclusions que nous cherchons à soutenir sous le patronage d'autorités indiscutées. Trop heureux si nous parvenions, en réunissant tous ces documents confirmatifs, à en faire un ensemble qui pût gagner quelques adeptes, dans l'armée, à cette question absolument importante d'hygiène du campement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 août 1891. — Présidence de M. Tarnier.

RAPPORT

Sur l'hérédité de la myopie. — M. **JAVAL** fait un rapport sur une communication de M. Motais relative à l'hérédité de la myopie. L'auteur de ce travail attribuait à l'hérédité le rôle le plus important dans le développement de la myopie.

M. Javal ne conteste en rien les chiffres de M. Motais; mais il ne suffit pas, selon lui, d'avoir constaté que des enfants myopes ont des parents myopes, pour affirmer que la myopie est nécessairement héréditaire. Cette myopie tient, en effet, la plupart du temps, à ce que les parents myopes, qui ont l'habitude de vivre avec leur myopie, trouvent également très naturel d'avoir des enfants myopes; ils ne surveillent pas leurs premiers travaux, leurs premières études, et sont par cela même la cause directe d'une affection qu'ils croient inéluctable. Quand un enfant a des tendances à la myopie, si nous prenons les précautions nécessaires, nous pouvons presque toujours empêcher le développement de la maladie. Il n'y a donc là qu'une hérédité de milieu, de circonstances et non de fait.

Il est toutefois une affection dont on ne peut nier l'hérédité, c'est l'astigmatisme. Ce fait, que M. Javal a affirmé il y a déjà plusieurs années, a été constaté dépuis par MM. Nimier, Georges Martin et par M. Motais lui-même. Or, l'astigmatisme est une cause très fréquente de prédisposition à la myopie. L'astigmatisme, en effet, agissant sur la cornée et rendant moins nettes les images formées sur la rétine, oblige l'enfant à faire des efforts et à prendre des attitudes vicieuses qui ne tarderont pas à modifier l'état de sa vision.

On a jusqu'ici cherché à remédier à la plupart des causes connues de la myopie, mais on ne s'est guère occupé de faire disparaître l'astigmatisme.

Cet astigmatisme est bien réellement héréditaire, et il peut tenir non seulement à la famille, mais encore à la race. Les Israélites, par exemple, ont un astigmatisme inverse; chez eux, les lignes horizontales sont plus nettes que les lignes verticales, et cet astigmatisme doit dater de loin, puisqu'il les a conduits à adopter une écriture à traits pleins horizontaux, tandis que l'écriture européenne est à traits pleins verticaux, l'astigmatisme direct, celui dans lequel les lignes verticales sont plus nettes, étant de beaucoup le plus fréquent, en général.

Toutes les fois donc qu'un enfant appartient à une famille de myopes, il faut mesurer sa cornée, voir s'il y a de l'astigmatisme et s'empresser de corriger cet astigmatisme. Malheureusement, il est rare que l'enfant soit soumis en temps utile à l'examen médical, les parents ne s'inquiétant de sa myopie que lorsqu'elle commence à devenir gênante, c'est-à-dire lorsqu'elle atteint déjà deux ou trois dioptries.

On a attribué, dans ces dernières années, et avec juste raison, une importance considérable à la pente de l'écriture. « Écriture droite, corps droit », a dit George Sand. M. Javal a eu sous les yeux une photographie représentant deux classes d'une même école en Allemagne, l'une où les enfants ont appris à écrire droit, et l'autre où ils se servaient de l'écriture penchée. Dans cette dernière, l'attitude de la plupart d'entre eux était déplorable, tandis que dans la première presque tous se tenaient d'une façon correcte.

Il y a là une réforme urgente et peu coûteuse à faire. Il aurait encore à signaler d'autres causes de myopie fréquentes surtout en Allemagne; mais il croit devoir ne pas insister sur ce point et se contente de déposer un pli cacheté.

M. **LAGNEAU** dit qu'il serait très intéressant de savoir si les particularités signalées chez les Israélites par M. Javal sont également fréquentes chez les Juifs de race sémitique et chez ceux des provinces de Galicie et du sud de la Russie, qui n'ont été judaïsés que plus tard et n'appartiennent pas à la race sémitique.

Incidemment, M. Lagneau signale, à son tour, plusieurs particularités intéressantes concernant la race juive d'une façon générale : La mortalité infantile, chez les Juifs, est relativement très peu considérable, ce qui tient probablement à ce que les femmes juives élèvent elles-mêmes leurs enfants. La natalité illégitime est faible, ce qui peut s'expliquer par ce fait que les Juifs, en général, se marient jeunes. On a aussi remarqué qu'en temps d'épidémies, les Juifs paraissent relativement moins atteints. Enfin, M. Lagneau rappelle la fréquence relative des affections cérébrales et du diabète chez les Juifs.

M. **JAVAL**, en ce qui concerne la conformation des yeux des différentes races israélistes, répond à M. Lagneau que des observations ont été faites simultanément à Bordeaux par M. Martin sur des Juifs de race sémitique, et à Kœnigsberg par Pfalz, dans ces régions précisément habitées par les Israélites de races diverses; elles ont permis de constater que le glaucome, par exemple, est beaucoup plus fréquent chez les Juifs; or, le glaucome coïncide fréquemment avec l'astigmatisme inverse, c'est-à-dire avec cette variété d'astigmatisme qui, pour M. Javal, serait assez spéciale aux Juifs.

COMMUNICATION

Grossesse extra-utérine. — M. **PINARD** a eu l'occasion d'observer 7 cas de grossesse extra-utérine et il reste convaincu que la conduite à tenir dans ces cas n'est pas encore définie. La méthode opératoire, le moment de l'intervention, les soins consécutifs, etc., sont autant de points discutés, mais non encore résolus. Voici le résumé des observations de M. Pinard :

Première observation. — Femme de trente-neuf ans, ayant accouché deux fois à terme d'enfants vivants. Le dernier accouchement remonte à dix ans. Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 7 juillet 1888 et, depuis ce moment, elle a toujours été plus ou moins souffrante. Au mois d'avril 1889, c'est-à-dire à

l'époque présumée du terme de la grossesse, elle fut prise de douleurs comme si elle allait accoucher.

Ces douleurs durèrent trois jours ; il se produisit ensuite une fluxion mammaire, puis le ventre diminua de volume. Au mois de juillet, M. Pinard diagnostiqua une grossesse extra-utérine, il fit une laparotomie, ouvrit le kyste fœtal, en sutura la poche à la paroi abdominale. Contrairement à ce qui se passe en pareil cas, le placenta ne fut pas éliminé, mais s'enkysta.

Deuxième observation. — Femme de trente-deux ans, primipare, entrée le 3 février 1889 à la maternité de Lariboisière, et chez laquelle on porta le diagnostic d'enfant mort dans l'utérus, cet organe étant porteur de tumeurs fibreuses. M. Pinard pratiqua la laparotomie le 22 octobre, c'est-à-dire neuf mois après la mort du fœtus, parce que la femme avait été prise de nausées, de vomissements. Après avoir incisé la paroi abdominale et mis à découvert la tumeur kystique, il sutura cette dernière à la paroi et incisa la tumeur. L'extraction du fœtus fut pénible. Le cuir chevelu adhérait intimement à la poche et resta en totalité dans la cavité.

L'élimination du placenta et des débris fœtaux laissés dans la poche fut très longue. Les fibromes, qu'on avait cru sentir par le toucher vaginal, n'étaient plus perceptibles. La paroi kystique, qu'on croyait être l'utérus, examinée au microscope, n'avait pas les caractères de la paroi utérine. Il s'agissait donc d'un cas de grossesse extra-utérine, présentant des caractères spéciaux qui n'ont pas encore été signalés, c'est-à-dire que le kyste était mobile et présentait des contractions qu'on pouvait attribuer à l'utérus.

Troisième observation. — Primipare, trente-deux ans, ayant eu ses règles pour la dernière fois en mai 1889 et chez laquelle se développa une grossesse extra-utérine facile à diagnostiquer. Vers la fin de novembre apparurent des frissons et, l'état général allant s'aggravant, M. Pinard pratiqua la laparotomie le 4 décembre. La poche fut suturée à la paroi abdominale, le fœtus enlevé. La malade mourut dans la nuit. On trouva à l'autopsie une rupture du kyste, siégeant au niveau de la loge placentaire et n'intéressant pas la loge fœtale.

Quatrième observation. — Femme, trente-deux ans, réglée pour la dernière fois le 15 avril 1889, présentant une grossesse extra-utérine caractéristique. Laparotomie par M. le docteur Ribemont-Dessaigne. A la partie inférieure du kyste fœtal siégeait un étranglement, l'enlèvement du fœtus fut impossible et la détroncation jugée nécessaire. Le placenta et la tête furent laissés dans la poche. Le seizième jour, l'élimination du placenta était complète, et le dix-neuvième jour, la tête put être entièrement extraite à l'aide de pinces.

Cinquième observation. — Femme de trente et un ans, entrée le 18 janvier 1890, à la clinique Baudelocque, pour une grossesse extra-utérine typique. Le fœtus fut extrait par la voie vaginale.

Sixième observation. — Femme de vingt-huit ans, entrée le 25 octobre 1890 à la clinique, ayant une grossesse extra-utérine qui nécessita une laparotomie. Guérison.

Septième observation. — Femme de trente-huit ans, multipare, entrée à la clinique le 15 janvier 1891. Grossesse extra-utérine. Enfant mort. Opération le 4 février. Dès que le péritoine fut incisé, la tête du fœtus apparut libre au milieu des anses intestinales. La main, introduite dans la cavité abdominale, permit de constater que le fœtus tout entier était libre et qu'il n'avait d'adhérences qu'avec des tractus membraneux allant se perdre dans l'excavation. Le fœtus put être extrait; il n'était plus relié au placenta par le cordon; ce dernier avait disparu. M. Pinard put arriver à extraire avec la main toute la masse placentaire pesant 450 grammes sans produire d'hémorrhagie.

Les suites de l'opération furent des plus simples et la malade quitta l'hôpital guérie.

Après quelques considérations générales, M. Pinard termine par les conclusions suivantes :

1° Au point de vue de l'étiologie, si, dans quelques cas, une maladie antérieure de l'appareil génital a été observée, rien de semblable n'a été noté dans les autres;

2° Les premiers accidents et les troubles fonctionnels ont débuté, dans toutes les observations, dès la fin du premier mois ;

3° Ces accidents ont été constitués par des phénomènes péritonitiques et des troubles fonctionnels du côté de l'intestin et de la vessie ;

4° L'expulsion d'une caduque a manqué dans la plupart des cas ;

5° Les rapports de l'utérus avec le kyste fœtal sont absolument variables, et s'il est le plus souvent repoussé en avant, on peut le rencontrer en arrière sur les côtés et même il peut, comme le prouve une des observations, ne pas être déplacé et rester au centre de l'excavation ;

6° Les fœtus meurent souvent avant leur complet développement, puisqu'une seule fois le fœtus fut trouvé avec un poids normal ;

7° Le kyste fœtal, le plus souvent immobilisé par des adhérences dans la cavité abdominale, peut être mobile comme dans la deuxième observation ;

8° Il peut même présenter des contractions aussi fréquentes et aussi énergiques que l'utérus;

9° Le kyste fœtal peut être entouré par des anses intestinales passant en avant et tellement adhérentes qu'on ne puisse les rompre ;

10° Le kyste fœtal présente toujours deux loges, l'une fœtale, l'autre placentaire, et pouvant se rompre séparément;

11° Quelquefois la loge fœtale peut être dilatée, présenter des étranglements et rendre l'extraction du fœtus difficile ou impossible, comme le montre la quatrième observation ;

12° Le kyste fœtal, par ses rapports avec le bassin, la vessie et l'utérus, est plus facilement accessible par la voie vaginale que par la voie abdominale. Ce sont ces dispositions qui doivent imposer soit l'élythrotomie, soit la laparotomie ;

13° Ces observations montrent les dangers que peut offrir la méthode qui consiste à vouloir toujours enlever le kyste et, au contraire, les avantages de l'extériorisation simple du kyste. Elles montrent aussi que, dès que la membrane granuleuse apparaît à la face interne du kyste, on peut et on doit pratiquer la délivrance artificielle ;

14° Enfin, elles montrent les grands bénéfices qu'on peut retirer d'une intervention judicieuse dans les cas de grossesse extra-utérine, puisque, si on rapproche ces sept observations des trois observations déjà publiées, on compte, sur 10 femmes opérées, 9 femmes guéries; la seule femme qui ait succombé ayant été opérée *in extremis*.

La séance est levée.

THÈSES DE PARIS

Contribution à l'étude des syndromes hystériques « simulateurs » des maladies organiques de la moelle épinière, par M. Achille Souques. — Il existe des « syndromes hystériques » qui peuvent « simuler » les maladies organiques de la moelle épinière. Ces syndromes simulent de toutes pièces la sclérose en plaques, les paraplégies traumatiques ou spontanées, le tabes, l'amyotrophie spinale et la syringomyélie.

Il est souvent difficile, mais toujours possible, de dépister la simulation par un examen méthodique, systématique et plusieurs fois répété des antécédents, des commémoratifs, des signes actuels et de l'évolution, et, par suite, de faire la part — dans les cas complexes « d'associations hystéro-organiques » — des symptômes qui appartiennent à la névrose hystérique et de ceux qui relèvent de l'affection spinale. C'est l'unique moyen d'éviter une méprise regrettable ou dangereuse et la création de

nouvelles névroses simulatrices dites : « pseudo-sclérose », « pseudo-tabes », etc.

Le pronostic et le traitement sont intimement liés à la solution exacte de ces problèmes cliniques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 15 août 1891, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Colnenne, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Dufour, pour le 134e d'infanterie; Gremion-Menuau, pour le 2e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Grandgury, pour le 60e d'infanterie; Laillier, pour le 21e d'infanterie; Maire, pour le 86e d'infanterie; Vack, pour le 125e d'infanterie; Reboud, pour le 9e bataillon d'artillerie de forteresse; Cardot, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied; Ribes, pour le 3e chasseurs d'Afrique; Raynal, pour le 43e d'infanterie; Clary, pour le 7e d'infanterie; Véret, pour le 66e d'infanterie; Lhéritier de Chézelle, pour la direction du service de santé du 9e corps d'armée et les salles militaires de l'hospice mixte de Tours; Baylac, pour le 80e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de première classe de Vézian, pour le 15e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Terrail, pour le 9e d'artillerie.

— Par arrêtés ministériels, en date des 10 et 14 août 1891, sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Aubin (de Saint-Césaire), Mougins (de Roquefort) et Bachelot-Villeneuve (de Saint-Nazaire).

— L'ouverture du concours pour les prix à décerner, en 1891, à MM. les élèves internes de quatrième année (chirurgie et accouchements) en fonctions dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu, le jeudi 10 décembre 1891, à quatre heures, à l'hôpital de la Charité.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— Dans sa dernière séance, le Congrès des aliénistes a discuté les modifications à apporter à la loi de 1838. A l'unanimité, l'ordre du jour suivant a été voté :

« Les membres du Congrès des aliénistes de Lyon, considérant que la loi de 1838, appliquée journellement depuis cinquante ans, répond aux besoins des malades et n'a donné lieu qu'à des abus très restreints comme nombre, et très contestables comme fait, émettent le vœu que la loi de 1838, susceptible de quelques perfectionnements dans ses détails, soit maintenue dans ses dispositions générales. »

— Le concours de l'externat pour les hôpitaux de Toulouse s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Campistron, Bise, Morelli, Prunet, Cazade, Dumont, Bories, Thévenin, Chabrié, Massey, Raynaud, Cathala, Carbonel, Ducrot, Bonnet, Soueix, Durand, Perramond, Bordier, Maraval, Lartigue et Rouan.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le docteur Fredet, ancien professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de thérapeutique et d'hygiène.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Hervouet, chargé d'un cours de clinique médicale, est nommé professeur de clinique médicale.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. le docteur Delaunay est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 août 1891, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Ausset, Descourtis, Dehaye, Toubin, Deschamps, Laussedat, Costilhes, Petiaut, Chagnoleau, Debraud, Tissier, Geffrier, Norlot, Legrix, Berquet, Dausse, Menut, Degoul, Duriau, Biar, Hauriot, Gallois, Quermonne, Chaudeborde, Bert, Delpierre, Ovion, Saint-Martin, Rasurel, Perrin, Raynaut, Comoy, Martin, Talon, Gomot, de Belly, Duhamel, Ranque, Lemaréchal, Galy-Brinhat, Pouget, Dubousquet-Laborderie, de Langenhagen, Karth, Fournier, Robert, Arthaud, Picquechef, Pignot, Ledoux-Lebard, Perethon de Lamallerie, Damalix, Boursier, Scheyat, Meyer, Roque, Perrin, Dubief, Bataille, Despagnet et Lancry.

— Un arrêté approuvé par M. le préfet de la Seine, pris en conformité de l'avis du conseil de surveillance de l'Assistance publique, a modifié, ainsi qu'il suit, les conditions d'admission au concours pour la nomination à la place de chirurgien de l'hôpital de Berck, et la composition du jury de ce concours, savoir :

I. *Conditions d'admission.* — Les chirurgiens qui désireront prendre part au concours pour la nomination à la place de chirurgien de l'hôpital de Berck, devront justifier de quatre années de doctorat.

Toutefois, les candidats qui auront passé quatre années entières, en qualité d'élèves-internes des hôpitaux et hospices, seront admis à concourir s'ils justifient du diplôme de docteur.

II. *Composition du jury.* — Le jury du concours pour la nomination à la place de chirurgien de l'hôpital de Berck comprendra cinq chirurgiens et deux médecins, en tout sept membres qui seront pris parmi les chirurgiens et les médecins des hôpitaux et hospices, en exercice ou honoraires.

Deux des cinq chirurgiens à désigner devront être tirés au sort parmi les chirurgiens attachés à des services d'enfants. Il en sera de même en ce qui concerne la désignation de l'un des deux médecins appelés à faire partie du jury.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 98. — MARDI 25 AOUT 1891. 64e ANNÉE. MARDI 25 AOUT 1891. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — ASILE SAINTE-ANNE. Convulsions infantiles par alcoolisme de la nourrice. — Cystotomie sus-pubienne pour calcul vésical sur un vieillard de soixante-dix-huit ans ; guérison. Réflexions sur le manuel opératoire. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Bulletin bibliographique..

Paris, le 24 août 1891.

Le Congrès international d'hygiène et de démographie s'est terminé, le 17 août, sous la présidence de sir Douglas Galton. Cette session, qui comptait près de 3000 adhérents, a été particulièrement bien remplie et l'on y a discuté des questions d'un haut intérêt. Nous avons déjà fait connaître, dans un précédent numéro, un certain nombre de ces questions. Avant de résumer celles qui ont été traitées dans les dernières séances, signalons les principaux vœux adoptés :

« Le Congrès est d'avis qu'il y a lieu de rendre la déclaration des cas de maladies infectieuses obligatoire, tant pour le médecin que pour le chef de famille. »

Cette grave question, qui préoccupe si vivement les praticiens, depuis un certain temps, a été discutée ici même et nos lecteurs se rappellent que nous avons conclu dans un sens un peu différent, en demandant que cette déclaration fût imposée au chef de famille et non au médecin, qui doit avant tout respecter le secret professionnel. Les arguments invoqués dans le Congrès de Londres n'ont pas modifié notre manière de voir.

« Le Congrès appelle l'attention des gouvernements sur les bienfaits qui résulteraient, pour le public, d'un système d'enregistrement des entrepreneurs de plomberie, lesquels, avant de pouvoir s'établir, devraient justifier des connaissances techniques. »

Ce système fonctionne déjà d'une façon facultative, en Angleterre, et donne de bons résultats. Aussi cette proposition a-t-elle été appuyée par plus de cinquante municipalités.

« Le Congrès est d'avis qu'il soit créé dans les futures sessions une section spéciale d'hygiène et des maladies des pays chauds. » Ce vœu a été émis par les membres indiens du Congrès. Il nous paraît mériter toute l'attention des organisateurs de la prochaine réunion, qui se tiendra, en 1894, à Budapest.

« Le Congrès émet le vœu qu'il soit nommé une commission pour faire une enquête sur la condition physique des enfants, leur état mental et la prophylaxie des maladies auxquelles ils sont plus spécialement prédisposés. »

Une discussion très intéressante a eu lieu sur ce sujet, comme on le verra plus tard. Il résulte de cette discussion qu'il y a encore bien à faire, pour ne pas dire tout à faire, au point de vue de l'hygiène scolaire, surtout dans nos écoles françaises où le rôle du médecin devrait être autrement important.

Enfin, sur la proposition de la section de démographie, la question suivante est mise à l'ordre du jour du prochain Congrès :

« La durée de la journée de travail dans ses rapports avec la santé du travailleur et avec la santé publique. »

Grosse question qui ne préoccupe pas seulement les hygiénistes et les médecins !

Indépendamment de certaines questions d'hygiène générale, telles que l'assainissement des villes, la distribution des eaux, l'emploi des eaux d'égout dans la culture, l'influence des professions sur la morbidité et la mortalité, etc., le Congrès s'est occupé, dans plusieurs de ses séances, de la tuberculose, de l'alcoolisme, du cancer et de la fièvre typhoïde, principalement au point de vue prophylactique.

La transmission de la tuberculose des animaux à l'homme, par la viande et le lait provenant d'animaux tuberculeux, a été l'objet d'une discussion approfondie à laquelle ont surtout pris part MM. Burdon Sanderson (d'Oxford), Bang (de Copenhague), Hamilton (d'Aberdeen), Stime (de Bradford), Perroncito (de Turin), Barlow et Luton (de Londres), Arloing et Nocard (de Paris). Nous avons déjà dit ce qu'il en était pour le lait, dont le danger est facile à éviter par l'ébullition. Quant à la viande, l'opinion généralement admise par les orateurs qui précèdent, est que l'on en a singulièrement exagéré les dangers. Toutefois si minime qu'il soit, ce danger existe et il faut prendre des précautions. Les vœux suivants, que M. Arloing a proposé de voter, nous paraissent répondre largement à tous les desiderata :

1° Le service d'inspection des viandes sera établi sur toute l'étendue du territoire dans le plus bref délai possible;

2° La viande des animaux tuberculeux, dans tous les cas indistinctement, ne sera jamais livrée à la consommation à l'état frais;

3° Elle sera stérilisée ou transformée par une application suffisante de la chaleur, ou salée, suivant les lieux et les circonstances, avant d'être livrée à la consommation;

4° La moins-value résultant de ces transformations ou modifications sera compensée par une indemnité;

5° L'indemnité devra provenir d'une légère taxe prélevée

sur toutes les têtes de bétail soumises à l'inspection, taxe perçue et utilisée sous le contrôle des communes.

M. Ehrlich (de Berlin) a cherché à réhabiliter un peu la tuberculine de Koch, en proposant un nouveau *modus faciendi* qui consiste à employer d'assez petites doses pour éviter la réaction. MM. Cornil et Bardach ont déclaré n'avoir obtenu aucun résultat de cette méthode de traitement.

On connaît les ravages que fait l'alcoolisme en Angleterre. Au dire de M. Norman Kerr (de Londres), le nombre des décès prématurés causés dans ce pays par l'abus de l'alcool est de 40000 par an ; devant un pareil fléau, la plupart des médecins en hygiénistes anglais vont jusqu'à demander l'interdiction absolue des boissons alcooliques, c'est là, il faut bien le dire, une utopie et il nous semblerait plus rationnel de s'en tenir aux mesures proposées par M. Norman Kerr :

1° Traiter l'alcoolisme chronique comme une maladie dont l'ivrognerie est un symptôme; 2° faciliter l'internement volontaire des ivrognes désirant se bien conduire, mais ne pouvant résister à l'entraînement; 3° rendre obligatoire et légal l'internement des ivrognes trop démoralisés.

MM. Duplay et Cazin ont fait des recherches sur la nature parasitaire du cancer. Ils sont arrivés à cette conclusion, que les faits anatomiques actuellement connus ne nous fournissent aucun renseignement positif sur la nature parasitaire du cancer, la description des coccidies des cancers épithéliaux ne présentant aucun caractère suffisamment démonstratif, la nature des corps à fuchsine ayant été manifestement interprétée d'une façon erronée.

Signalons un point intéressant qui a été mis en lumière par MM. Rodet, Roux et Vallet (de Lyon), relativement à l'étiologie de la fièvre typhoïde. Ces expérimentateurs établissent que le bacillus coli communis pourrait bien être le microbe pathogène de la fièvre typhoïde et que le bacille d'Eberth n'en serait qu'une variété.

M. Longuet, médecin militaire, a présenté un travail intéressant sur le suicide dans les armées européennes. Il résulte de cette étude statistique que l'armée autrichienne vient, en première ligne, avec 122 suicides pour 100000 hommes d'effectif, de 1875 à 1887; les suicides représentent le cinquième de la mortalité générale de l'armée autrichienne. Après vient l'armée allemande, avec 67 suicides pour 100000 hommes, de 1878 à 1888; puis l'armée italienne, puis les armées française, belge, anglaise, russe et espagnole, cette dernière ne comptant que 14 suicides pour 100000 hommes en 1886. M. Longuet nous apprend encore que c'est parmi les sous-officiers que le suicide est le plus fréquent; c'est presque toujours au coup de feu qu'ils ont recours. Fait important à signaler, l'imitation ou, si l'on veut, la contagion s'exerce d'une manière évidente. En terminant cette curieuse étude, l'auteur insiste, avec raison, sur le rôle important des officiers et de leur salutaire influence sur le soldat, au point de vue de la prophylaxie du suicide.

Signalons encore, parmi les nombreuses et diverses communications qui ont été faites au Congrès, celle de M. de Christmas sur les substances microbicides du sang et des organes d'animaux à sang chaud, ainsi que celle de M. Carpenter sur l'action bactéricide du sol et de la végétation en ce qui concerne la propagation des maladies infectieuses, par l'emploi, dans l'agriculture, des eaux d'égouts. Voici les conclusions de ce travail :

1° L'emploi raisonné de l'engrais humain à proximité des habitations ne porte pas préjudice à la santé des habitants;

2° Le traitement des eaux d'égouts par la filtration à travers le sol les purifie et leur permet ensuite de s'écouler dans une rivière ou cours d'eau sans le polluer;

3° Les légumes cultivés sur ces fermes constituent un aliment qui convient aussi bien à l'homme qu'aux animaux;

4° Les germes des maladies infectieuses ne peuvent se multiplier sur les terrains où l'on répand les eaux vannes. Les conditions chimiques et vitales du sol s'y opposent, mais il faut avoir soin que ces eaux de vidange ne pénètrent pas trop profondément dans le sol. Il faut, en effet, qu'elles n'échappent pas à l'influence des racines des plantes.

Enfin, nous donnons également, en terminant, les conclusions d'un travail de M. Ogle relatif à l'influence de la progression sur la mortalité :

1° Le travail dans une position vicieuse, surtout si ce vice porte sur l'appareil respiratoire;

2° Les excès de travail, surtout lorsqu'ils entraînent des efforts musculaires subits;

3° Le maniement de substances nocives (plomb, mercure, etc.);

4° Le travail dans des salles peu ventilées ou surchauffées;

5° Les excès alcooliques;

6° Les occupations exposant les ouvriers aux blessures et accidents;

7° Les inhalations de poussières de toute espèce.

Nous n'avons pu, dans ces deux rapides exposés des travaux du Congrès, consacrer qu'une courte analyse aux principales questions traitées. Cela suffit cependant pour montrer que cette session a été particulièrement brillante. Les pouvoirs publics des différentes nations représentées pourront et devront s'inspirer des vœux qui y ont été émis et faire faire, de nouveau, un grand pas aux progrès déjà si considérables de l'hygiène.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. BOUCHEREAU.

Convulsions infantiles par alcoolisme de la nourrice.

Par le docteur Edouard TOULOUSE, interne du service.

Le fait que nous allons relater nous a paru intéressant pour deux raisons : la première est que les observations de ce genre sont des plus rares; la seconde est que la nôtre apporte un argument clinique dans une question jusqu'ici controversée pour les physiologistes : le passage de l'alcool ou d'autres substances convulsivantes dans le lait de la femme.

Voici d'abord l'observation recueillie à la consultation externe du service :

Madeleine B..., âgée de quatre mois.

Père, trente-cinq ans, employé de bureau. Boit régulièrement son absinthe depuis longtemps. Grince des dents la nuit, surtout quand il a beaucoup bu. Pas d'attaques d'épilepsie. Tremblement des mains. Pituite matutinale. Marié à vingt-cinq ans.

Mère, trente ans. Durant sa grossesse, elle ne pouvait supporter le vin qui la faisait vomir. Mais dès qu'elle a eu accouché, elle s'est mise à la ration d'un litre de vin de Bordeaux par jour, dans le but de se tonifier. De plus, elle buvait parfois l'absinthe avec son mari. Aussi souffrait-elle d'une insomnie tenace, de cauchemars nocturnes qui l'effrayaient beaucoup. Catarrhe gastrique.

Tremblement des doigts. Face rouge, avec varicosités du nez.

L'enfant, dont nous rapportons ici l'observation, a d'abord été nourrie au sein par sa mère. Vers la fin du premier mois, elle a été prise de convulsions, dont les accès se suivaient à peu d'intervalle. Elle écumait; ses yeux se convulsaient et des contractions, d'abord toniques puis cloniques, se produisaient dans tous ses membres. Les attaques n'avaient pas toutes la même durée; beaucoup étaient écourtées.

L'enfant vomissait fréquemment, surtout quand elle venait de téter. Dans les derniers temps de l'allaitement, elle ne pouvait plus supporter le lait sans le rendre aussitôt. En même temps, elle paraissait d'une impressionnabilité extrême, pleurant, tressautant dès qu'on l'approchait, et la nuit s'éveillant tout à coup en poussant des cris.

Cet état dura quinze jours environ, pendant lesquels, loin de s'amender, il devint de plus en plus grave. L'enfant était très maigre, débilitée par une diarrhée continuelle et des vomissements de plus en plus fréquents. Aussi la mère effrayée alla consulter un médecin, qui, jugeant que son lait devait être mauvais, lui conseilla de nourrir son enfant au biberon.

Les convulsions durèrent encore deux à trois jours, tout en diminuant peu à peu de fréquence, puis cessèrent.

L'excitabilité de l'enfant a disparu aussi, ainsi que les vomissements; de même, l'amaigrissement a fait place à un certain embonpoint.

On nous amène cette enfant pour une indisposition qu'elle ressent depuis trois jours environ. En l'examinant, nous constatons qu'elle est en pleine éruption de variole.

Comme on le voit, cette observation a presque la valeur d'une expérience de laboratoire. La mère s'alcoolisait d'une manière certaine : l'enfant vomissait, avait des convulsions et de l'agitation, surtout nocturne. La mère cesse l'allaitement : aussitôt tous ces symptômes disparaissent et l'enfant revient à la santé.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, les observations de ce genre, qui ont été publiées, sont très rares. Les deux plus connues sont celles de M. Vernay (1) et de M. Charpentier (2). Carpenter (3), d'autre part, à propos de l'influence de l'alcoolisme des nourrices sur la production des convulsions, a écrit : « Il résulte des observations du docteur North (*Practical Observations of the convulsions of the infants*) que des accidents de ce genre ont guéri par le changement des nourrices. » Baumès (4) a rapporté des faits du même genre.

Malgré cette pénurie d'observations circonstanciées, la plupart des auteurs, qui se sont occupés des convulsions infantiles, admettent l'alcoolisme de la nourrice comme une des causes fréquentes de ces accidents nerveux.

Morel, dans son *Traité des maladies mentales*, cite cette étiologie et la trouve vraisemblable.

MM. Ferrand et Vidal (5) partagent cette opinion : « Un fait connu et qu'observait encore récemment M. le docteur Vernay, c'est celui de convulsions éclatant chez un nouveau-né, sous l'influence de l'alcoolisme de sa nourrice; fait qui se comprend, si l'on songe aux voies d'élimination offertes à l'alcool par les glandes en général, et, par suite, à la présence de cet agent dans le lait de la nourrice. »

(1) Vernay. Convulsions par alcoolisme chez un nouveau-né, in *Lyon Médical*, novembre 1872.

(2) Charpentier. Influence de l'alcoolisme de la nourrice sur les convulsions du nourrisson, in *Bull. de la Soc. protect. de l'enfance*, 1873.

(3) Carpenter. *Diction. encycl. des sc. méd.*, art. Alcoolisme, 1860.

(4) Baumès. *Traité des convulsions de l'enfance*, 1805.

(5) Ferrand et Vidal. *Diction. encycl. des sc. méd.*, art. Convulsions, 1877, p. 426.

De même, M. Descroizilles (1), dans une leçon sur l'*éclampsie infantile*, disait que « chez le nourrisson, l'éclampsie est parfois occasionnée par les modifications dans le lait de la nourrice, à la suite d'émotions violentes, d'excès vénériens ou *alcooliques* ».

M. Lancereaux (2) dit aussi, en rappelant un cas cité par Rabuteau : « Des nourrices, croyant avoir besoin de se réconforter, se laissent aller à prendre quelques boissons alcooliques sans se douter qu'elles peuvent nuire à leur nourrisson. »

Nous arrêterons là nos citations, qui, d'ailleurs, toutes manquent de preuves cliniques abondantes. Le fait est admis généralement, paraît très vraisemblable, frappe les cliniciens, mais la littérature ne s'enrichit pas pour cela d'observations nouvelles.

La nôtre se rapproche beaucoup de celles relatées par MM. Vernay et Charpentier. Dans les trois cas, les convulsions apparaissent à la fin du premier mois ou dans le courant du second, sont très fréquentes, et disparaissent trois à sept jours après la cessation de l'allaitement ou la suppression du vin chez la nourrice. Les autres symptômes notés et qui doivent être rapportés à l'alcoolisme, sont l'hyperesthésie générale de l'enfant et l'agitation nocturne. M. Vernay a noté, en outre, une éruption de gourme, qu'il rattache à l'intoxication alcoolique; et M. Charpentier, un embonpoint exagéré qu'il explique de la même manière. Pour nous, nous pensons que les troubles digestifs, que nous avons observés, étaient bien sous l'influence de l'alcoolisme.

Ces convulsions sont-elles analogues aux attaques d'épilepsie toxique, produites chez l'adulte par certains alcools et diverses essences ? C'est notre opinion.

M. le docteur Vernay, qui a eu l'occasion d'assister aux crises de l'enfant dont il relate l'observation, a bien décrit tous les symptômes qui caractérisent l'attaque d'épilepsie. Et l'on sait que l'épilepsie, d'origine alcoolique, a une symptomatologie semblable à celle de l'épilepsie idiopathique (3).

D'ailleurs, l'éclampsie infantile, pas plus que l'éclampsie puerpérale, ne peuvent guère être séparées cliniquement de l'épilepsie dite essentielle. Ce ne sont là que des symptômes qui ne sont différenciables que par les causes qui les produisent et nullement par leurs apparences cliniques. C'est l'avis de M. Burlureaux (4) :

« Quant à l'éclampsie des jeunes enfants, son identité avec l'épilepsie serait indubitable... Il est impossible de dire chez un enfant de cinq ans, si, par exemple, une attaque est épileptique ou éclamptique. »

M. Foville (5) soutient une opinion analogue.

M. Féré (6), en généralisant la question, écrit : « L'épilepsie ne doit plus être considérée comme une maladie, mais comme un groupe de syndromes, les épilepsies, dans lequel il faut faire rentrer les éclampsies, qui sont, en réalité, des épilepsies aiguës, et l'éclampsie partielle qui paraît destinée à éclairer la pathogénie des autres formes. »

Mais s'il paraît admissible, tout au moins cliniquement,

(1) Descroizilles. Leçon sur l'éclampsie infantile, in *Rev. des mal. de l'enfance*, 1883, p. 279.

(2) Cité par Guyot. *Les boissons fermentées*, Th. de Paris, 1880, p. 20.

(3) Aug. Voisin. *Nouv. Diction. de méd. et chir.*, art. Épilepsie.

(4) Burlureaux. *Diction. encycl. des sc. méd.*, art. Épilepsie.

(5) Foville. *Nouv. Diction. de méd. et chir.*, art. Convulsions.

(6) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 3.

que l'intoxication alcoolique d'une nourrice est susceptible de donner lieu, chez le nourrisson, à des convulsions, que l'on peut rapprocher des attaques d'épilepsie alcoolique observées chez les adultes, il n'en reste pas moins à démontrer quelles sont les substances convulsivantes qui passent dans le lait d'une femme qui boit des liquides spiritueux.

L'alcool a tout d'abord attiré l'attention des expérimentateurs, car, si l'alcool éthylique pur est considéré, par certains auteurs, comme impropre à déterminer des attaques épileptiformes, les alcools supérieurs, qui se trouvent en plus ou moins grande quantité dans les boissons alcooliques du commerce, sont certainement convulsivants. Cela ressort des travaux de MM. Laborde et Magnan (1) sur les effets du furfurol ou aldéhyde pyromucique des alcools de grain, et ceux de Strassmann (2), sur ceux de l'alcool amylique, qui, d'après ce dernier auteur, entrerait jusque dans la proportion de 1 p. 100 dans les alcools consommés par la basse classe en Allemagne.

Divers physiologistes ont donc recherché l'alcool dans le lait d'animaux alcoolisés expérimentalement. Lewald et Fuchs (3) ne l'ont pas trouvé. Max Stumpf (4) n'en a pas rencontré dans le lait de chèvres alcoolisées à haute dose. Dans un mémoire, écrit en 1882, il a conclu que « l'alcool ne passait pas dans le lait des herbivores ». Mais, pour cela, il n'étend pas cette conclusion à la femme, car il fait remarquer que la chèvre, soit par suite d'une élimination rapide de l'alcool par les autres voies que le lait, soit à cause de la localisation de ce liquide dans le foie, est peu apte à fournir la preuve du passage de l'alcool dans les glandes mammaires.

Il faut donc réserver la question de l'alcool pour le moment. Pour ce qui est des essences, on a constaté dans le lait « le principe odorant des semences d'anis, et parmi les principes gustatifs, celui de l'absinthe » (5). L'étiologie de notre cas serait ainsi expliquée en partie, car la mère de l'enfant que nous avons observé prenait parfois de l'absinthe, en même temps que du vin. D'autre part, M. Dolan (6), qui a fait de nombreuses expériences à ce sujet, croit que l'essence d'anis passe dans le lait des nourrices. Et l'on sait, depuis les travaux de MM. Cadéac et Meunier (7), que l'essence d'anis, qui entre dans la liqueur d'absinthe, est une substance fortement convulsivante.

Toutefois, comme nous le disions au début de notre article, la preuve expérimentale de l'étiologie toxique des convulsions des nourrissons par alcoolisme de la nourrice, est encore à faire. Cependant, les faits cliniques, quoique peu nombreux, paraissent convaincants. Si nous ne savons pas encore exactement quelles sont les substances convulsivantes qui passent dans le lait des femmes s'adonnant aux boissons spiritueuses et sous quelle forme elles passent, les observations déjà recueillies, et, en particulier la nôtre, paraissent, croyons-nous, établir un rapport réel entre l'intoxication de la nourrice et les convulsions de l'enfant.

(1) LABORDE et MAGNAN. De la toxicité des alcools dits supérieurs et des bouquets artificiels, in *Rev. d'hyg. et police sanit.*, août 1887, t. IX, p. 625.

(2) F. STRASSMANN. Étude expérimentale sur l'alcoolisme, anal. in *Rev. des sc. méd.*, 1889, t. XXXIV, p. 329.

(3) Cité par ALBOURNAC.

(4) Max STUMPF. Modifications de la sécrétion du lait sous l'influence de certains médicaments, anal. in *Rev. des sc. méd.*, 1883, t. XXI, f. 1, p. 86.

(5) GUYOT. Loc. cit.

(6) Th. DOLAN. Effets de quelques médicaments sur la nourrice et le nourrisson pendant l'allaitement, anal. in *Rev. des sc. méd.*, 1883, t. XXI, f. 1, p. 84.

(7) CADÉAC et MEUNIER. Effets physiologiques de l'absinthe, communication à l'Académie de médecine, séance du 10 septembre 1889.

CYSTOTOMIE SUS-PUBIENND

POUR CALCUL VÉSICAL SUR UN VIEILLARD DE SOIXANTE-DIX-HUIT ANS. GUÉRISON. RÉFLEXIONS SUR LE MANUEL OPÉRATOIRE.

Par le docteur J.-A. FORT, ancien interne des hôpitaux.

L'observation suivante n'a aucun intérêt pathologique. Il s'agit d'un vulgaire calcul du poids de 20 grammes, que nous avons cru devoir extraire par la taille hypogastrique le 23 juin 1891.

Voici le manuel operatoire auquel nous avons eu recours et que nous avons dépouillé de toutes complications inutiles.

Le malade étant chloroformé, l'opération se compose, en somme, de quatre temps : 1° préparation de la vessie; 2° recherche de la vessie à l'hypogastre; 3° ouverture du réservoir urinaire; 4° extraction du calcul.

Préparation de la vessie. — La préparation de la vessie a pour but de la rendre plus accessible au chirurgien et de soulever le bas-fond de cet organe, de manière à rapprocher le calcul de l'ouverture faite pour aller à sa recherche.

Pour rendre la vessie accessible, on la distend avec un liquide, eau boriquée, par exemple, qu'on injecte au moyen d'une sonde, ou même sans sonde, en appliquant l'urèthre contre la canule d'une seringue au moyen de la main gauche comprimant suffisamment la verge. La réplétion de la vessie produit le soulèvement du péritoine, pendant que la paroi antérieure vient s'appliquer à la face postérieure des muscles droits.

On peut dire qu'un demi-litre de liquide injecté dans la vessie refoule le péritoine dans une étendue de 3 à 4 centimètres, de telle sorte que le chirurgien possède, pour la manœuvre des instruments, un champ opératoire parfaitement suffisant.

On soulève le bas-fond de la vessie au moyen d'un ballon de caoutchouc qu'on introduit dans le rectum et qu'on dilate en y insufflant de l'air. Tel est le ballon de Petersen. Nous n'hésitons pas à dire que ce ballon n'est d'aucune utilité, qu'il est difficile de réglementer sa dilatation, et qu'enfin il peut produire des accidents. N'eût-il d'autre inconvénient que de compliquer l'opération et de faire perdre un temps précieux, nous en condamnerions l'emploi.

Le doigt du chirurgien, lorsque la plaie abdominale est bien faite, peut toujours arriver au contact du calcul et de la surface interne des diverses parois de la cavité vésicale.

Recherche de la vessie à l'hypogastre. — Pour faire la plaie de la paroi abdominale, nous nous sommes servi d'un bistouri droit et d'une sonde cannelée, incisant aussi exactement que possible sur la ligne médiane, en étudiant avec un soin minutieux les couches traversées, et sans nous préoccuper outre mesure de passer entre les muscles droits. Il est très rare d'arriver exactement sur l'interstice, et il est de règle, dans cette opération, d'intéresser l'un des deux muscles.

Ce qu'il faut surtout, c'est de ne pas perdre de vue le

bord supérieur de la symphyse pubienne, point de repère indispensable pour la bonne exécution de l'opération.

Une incision verticale de 6 centimètres est parfaitement suffisante; 1 centimètre au-dessous du bord supérieur de la symphyse, et 5 centimètres au-dessus. Il faut à chaque instant toucher du bout du doigt ce point de repère à mesure qu'on avance dans l'incision des couches qui constituent la paroi abdominale.

Lorsque la paroi abdominale est incisée, le doigt, introduit dans la plaie, reconnaît la vessie distendue par le liquide préalablement injecté. Est-il besoin de dire que l'incision des couches profondes doit être faite surtout dans le voisinage du pubis, et que c'est aussi en ce point que le doigt doit chercher à reconnaître la présence du réservoir urinaire?

Avec de l'habitude, on n'hésite pas lorsque le doigt est en contact avec la vessie distendue, et on peut dire même que la cystotomie sus-pubienne peut être menée à bonne fin sans qu'il soit nécessaire d'apercevoir la vessie. Si l'on éprouve quelque hésitation, on introduit rapidement dans l'urèthre un cathéter cannelé, dont l'extrémité traverse la cavité vésicale et vient soulever sa paroi antérieure pour servir d'indice au doigt qui explore la plaie de la paroi abdominale.

Ouverture du réservoir urinaire. — C'est vouloir compliquer l'opération que de soulever la paroi antérieure de la vessie au moyen de fils, au moyen de crochets ou d'érignes. Dès que le doigt de la main gauche a senti l'extrémité du cathéter au fond de la plaie, il suffit que l'instrument soit éloigné du bord supérieur du pubis par l'intervalle de 3 centimètres environ, pour qu'on puisse plonger dans la vessie un bistouri droit dont le tranchant regarde en bas du côté du pubis. On incise alors la vessie sur la ligne médiane dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Un flot de liquide, jaillissant par la plaie, indique que le réservoir urinaire est ouvert.

Extraction du calcul. — Il n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire d'extraire un calcul d'une vessie ouverte. Le liquide a été, en grande partie, évacué, et les parois de la vessie se sont rétractées sur la pierre. Les tenettes glissent sur le calcul, et il est très facile de pincer avec elles un fragment de la vessie. Il semble qu'avec deux doigts on extrairait facilement le calcul, mais il est bien plus facile d'en faire pénétrer un, ce qui n'est pas suffisant.

Nous avons, comme tant d'autres, éprouvé de grandes difficultés dans l'extraction de la pierre, et nous nous sommes arrêté au moyen suivant qui nous réussit fort bien : nous introduisons dans la vessie l'extrémité de l'index de la main gauche, que nous appliquons sur l'un des côtés du calcul. Nous faisons glisser sur la face opposée du calcul l'extrémité d'une longue pince fermée, et nous retirons la pierre ainsi pressée entre le doigt et l'instrument. C'est à peine s'il est nécessaire de faire écarter légèrement les lèvres de la plaie abdominale.

Avec les simplifications que nous venons de signaler, notre opération de cystotomie sus-pubienne n'a duré que trente-cinq minutes.

Pansement et soins consécutifs. — Certains chirurgiens font la suture de la vessie après l'opération. Nous ne voyons aucune bonne raison pour prolonger l'opération outre mesure, et nous croyons que la suture vésicale, si elle n'est pas nuisible, est au moins inutile.

En effet, au moment où l'incision de la vessie est faite, le réservoir de l'urine est distendu. Lorsque la vessie revient sur elle-même, cette plaie diminue considérablement d'étendue, et, par sa fonction naturelle, la vessie tend à l'affrontement des bords de la plaie. On pourrait craindre une fistule, mais, dans aucune de nos opérations, le trajet n'est resté fistuleux.

C'est surtout dans les soins consécutifs que réside la difficulté du traitement. Le point délicat est d'empêcher le séjour dans la vessie de l'urine sécrétée par les reins.

Notre système consiste à faire dans la vessie et dans la plaie de la paroi abdominale une irrigation continue avec des liquides antiseptiques qui entraînent l'urine et les liquides qui suintent des lèvres de la plaie, à mesure qu'ils se produisent.

L'appareil d'irrigation que nous avons adopté pour notre malade était ainsi constitué :

Un tube en caoutchouc, de 7 millimètres de diamètre et de 2 mètres et demi de longueur, s'étendait d'un réservoir plein d'eau boriquée à une bouteille placée près du lit du malade. Ce tube, véritable siphon, traversant la vessie et l'urèthre, avait été introduit dans le canal, d'arrière en avant. Dans sa portion intra-vésicale, c'est-à-dire dans une étendue de 4 centimètres environ, ce tube présentait trois ou quatre trous permettant à l'eau boriquée, qui le traversait, de se répandre dans la vessie qui était soumise ainsi à un lavage continu. Un petit appareil adapté à ce siphon permettait d'en régler l'écoulement.

Pour assurer l'écoulement et l'issue du liquide contenu dans la vessie, nous avions adapté un second tube en caoutchouc dont nous avions cousu l'extrémité contre la portion intra-vésicale de l'autre tube au niveau des trous que nous y avions percés. La présence de ce second tube était pour nous un guide précieux permettant de faire arriver les trous du premier tube jusque dans la cavité vésicale, car, en exerçant des tractions sur la portion du tube qui traversait l'urèthre, on était arrêté par l'extrémité du second tube qui ne pouvait y pénétrer d'arrière en avant.

Le fonctionnement de cet appareil était des plus simples. Une irrigation continue se produisait dans la vessie par le tube siphon venant du bocal. Le tube uréthral déversait goutte à goutte dans une bouteille le liquide d'irrigation de la vessie. L'autre tube sortant par la plaie abdominale déversait le trop-plein dans une bouteille placée au côté opposé.

La plaie était traitée par un pansement phéniqué, mollement appliqué sur la paroi abdominale.

Le lendemain et le surlendemain de l'opération, 24 et 25 juin, le malade a eu une légère fièvre traumatique. P. 78; T. 37°5. L'appétit est revenu dès le troisième jour et la guérison de la plaie s'est faite insensiblement.

Notre appareil d'irrigation a parfaitement fonctionné jusqu'au 29 juin. Ce jour-là, le malade se plaignant de douleurs intolérables dans l'urèthre, nous avons enlevé tous les tubes et introduit dans la vessie, par la plaie abdominale, deux tubes en caoutchouc rouge, dont l'un, tube afférent, communiquait avec le réservoir d'eau boriquée, et dont l'autre, tube efférent, se rendait dans une bouteille au pied du lit.

Le lavage de la vessie s'est fort bien fait avec ce système d'irrigation.

Pendant tout ce temps, le malade a été sans fièvre et s'est alimenté convenablement.

Le 3 juillet, c'est-à-dire le onzième jour après l'opération, nous avons supprimé l'irrigation de la vessie, fait l'occlusion complète de la plaie abdominale au moyen de plaques et de bandes de caoutchouc, et mis une sonde de caoutchouc à demeure pour l'écoulement de l'urine.

Le malade n'a pas souffert la plus légère incommodité de la suppression de l'irrigation.

Le 7 juillet, la sonde est sortie d'elle-même et le malade, ayant ressenti plusieurs fois le besoin d'uriner, a pu rejeter une certaine quantité d'urine par l'urèthre.

Le 8 juillet, nous mettons une sonde à demeure pendant quatre heures. On la retire ensuite et le malade urine naturellement par le canal. Aujourd'hui, seizième jour après l'opération, on peut admettre que les quatre cinquièmes de l'urine sortent par l'urèthre, et l'autre cinquième par la plaie abdominale.

Nous croyons que le mode de pansement employé, et qui consiste en une compression méthodique, n'est pas étranger à la rapidité de cette guérison.

Notre pansement, depuis que nous avons retiré les tubes de caoutchouc de la vessie, est ainsi composé : une injection d'eau boriquée, poussée par l'urèthre, nettoie la vessie et sort par la plaie de la paroi abdominale.

La plaie est ensuite lavée avec quelques gouttes d'eau phéniquée à 5 p. 100 et recouverte d'une mince couche de coton phéniqué imbibé du même liquide. Par-dessus ce coton, nous plaçons une plaque de gutta-percha sous laquelle se trouve un coussin de coton hydrophile, maintenu contre la plaque par un feuillet de protective. Les couches qui couvrent la plaie sont donc ainsi superposées : mince couche de coton imbibé ; protective ; coussin de coton ; gutta-percha. Par-dessus ces objets, nous ajoutons un gros tampon de coton antiseptique, et un bandage de corps pour maintenir le tout. Pour exercer une compression douce et permanente, nous entourons le tout avec deux bandes de caoutchouc modérément tendues et fixées avec des épingles.

Seize jours après l'opération, le malade peut rester levé pendant huit heures, il n'éprouve aucun malaise, et, si ce n'était l'incommodité que lui occasionne son pansement, il se trouverait en parfait état de santé. Il part le surlendemain pour la campagne.

Nous reproduisons ici le dessin du calcul entier et de sa coupe.

La figure 1 représente le calcul avec ses dimensions exactes. Il était complètement mobile dans la vessie et dépourvu de toute adhérence.



Fig. 1.



Fig. 2.

La figure 2 est la reproduction très exacte de la coupe longitudinale du calcul. D'après l'analyse, ce calcul était composé au centre par un mélange d'urates et d'acide urique, la périphérie était surtout formée d'acide urique.

Nous attribuons la rapidité de la guérison de ce malade, malgré son grand âge, à la prompte exécution de l'opération.

Nous protestons contre la suture vésicale que pratiquent quelques chirurgiens. On ne doit pas oublier qu'une plaie de la vessie se répare par les seuls efforts de la nature beaucoup mieux que par l'intervention chirurgicale.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Étude sur l'adénie ou pseudo-leucémie [maladie de Hodgkin] (1), par Jean Crocq fils.

On trouvera, dans ce travail, le résumé de 121 observations de leucémie et de pseudo-leucémie empruntées à divers auteurs, 54 seulement se rapporteraient réellement à l'adénie. On compte 46 cas chez des hommes et 8 chez des femmes.

A l'aide des matériaux nombreux qu'il a rassemblés, l'auteur eût pu faire un tableau plus complet de la maladie que celui par lequel il termine son travail : son exposé critique est un peu trop rapide, trop rudimentaire. Les diverses formes cliniques, en particulier, ne sont pas suffisamment mises en relief.

De l'exercice chez les adultes (2), par le docteur Fernand Lagrange.

M. Fernand Lagrange a écrit successivement la « Physiologie des exercices du corps », qui en est à sa cinquième édition, et l' « Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens » ; le présent volume continue la série. Il doit être le bienvenu, à une époque où l'on cherche autant à réhabiliter l'exercice physique, où l'on cherche à donner à l'hygiène une place prépondérante en médecine.

Cet ouvrage, à la fois sobre, clair et d'agréable lecture, se divise en trois parties : les indications de l'âge ; les tempéraments et les diathèses ; le choix d'un exercice.

Les médecins y trouveront parmi les chapitres qui peuvent plus particulièrement les intéresser : l'exercice chez les obèses, l'exercice chez les goutteux, les dyspeptiques, les diabétiques, les essoufflés, les cardiaques, les neurasthéniques.

A signaler encore l'étude comparée des divers exercices, des divers jeux, des aptitudes qu'ils réclament, de leurs avantages et, par conséquent, de leurs indications.

Étude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme (3), par M. le docteur Édouard Toulouse, interne des asiles de la Seine.

Conclusions. — Les vieillards, et en particulier les vieilles femmes, sont sujets à une forme spéciale de la mélancolie, qu'on peut appeler forme sénile. Cette forme n'est pas en rapport étroit avec l'âge, mais avec la sénilité, qui, précoce ou tardive, est amenée le plus souvent par des causes physiologiques (vieillesse), mais est parfois hâtée par des causes pathologiques (surmenage physique et psychique) ; maladies générales : athérome, alcoolisme, lésions du cœur, maladies de l'encéphale. Elle a une symptomatologie propre, dont les caractères principaux sont l'affaiblissement intellectuel et physique ; le délire peu intense et monotone, à tendances hypochondriaques ; les hallucinations rares et peu extériorisées ; l'apathie affective ; les impulsions insolites et les actes désordonnés. Elle a une évolution essentiellement chronique et tend plus ou moins lentement vers la démence, dont elle pourrait être considérée souvent comme un épisode de début.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies mentales (Le délire chronique à évolution systématique), par V. Magnan. Recueillies par les docteurs Journiac et Séricus. 1 vol. in-8° de 117 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, E. Lecrosnier et Babé.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publiques. Directeur,

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Bruxelles, H. Lamerlin, éditeur.
(2) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. Alcan.
(3) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Henri Jouve, 15, rue Racine.

Jules Rochard. Tome III, 5e fascicule, *Habitations*, par MM. Léon Fauchez et Richard. Chapitre II, « Établissements publics », par MM. Rochard, Vallin, Gariel, in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Tome III complet, 1 vol. in-8°, avec 125 figures dans le texte. — Prix : 17 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*, 2 ou 3 à chaque repas.

Tuberculose, Maladies chroniques — Traitement par absorption continue de *cantharidine*, par le *vésicatoire au bras*, entretenu avec le *Papier d'Albespeyres*.
Sinapisme Rigollot — Exiger la signature sur chaque feuille.
Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.
Goutte. Gravelle. Diabète — Eau minle Contrexéville-Pavillon.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL ANDRAL. Du tremblement héréditaire. — Campement prolongé et fièvre typhoïde; contribution à l'étude de l'hygiène du campement. — THÈSES DE PARIS. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lucas-Championnière a donné lecture d'un travail important sur la cure radicale des hernies sans étranglement. Nos lecteurs connaissent, depuis longtemps, par les comptes rendus de la Société de chirurgie, l'opinion de M. Lucas-Championnière sur ce sujet, opinion qui s'appuie aujourd'hui sur un chiffre considérable de faits et qui est maintenant professée par le plus grand nombre des chirurgiens.

Cette communication est bien faite pour entraîner encore de nouvelles adhésions; elle repose sur 254 opérations, sur lesquelles M. Lucas-Championnière n'a eu à déplorer que deux décès, soit 0,79 p. 100 de mortalité. Non seulement la cure radicale des hernies sans étranglement est une opération sans gravité, mais encore, fait important et qui a été longtemps discuté, elle donne des résultats très satisfaisants, c'est-à-dire des guérisons parfaites, pourvu que l'on se conforme aux règles suivantes formulées par M. Lucas-Championnière :

1° Destruction de la séreuse dans la plus grande étendue possible;
2° Résection, aussi large que possible, de l'épiploon;
3° Constitution d'une cicatrice puissante et étendue.

Il est juste d'ajouter que M. Lucas-Championnière ne se contente pas d'insister sur les avantages de la cure radicale et qu'il a soin d'en poser aussi, d'une façon très nette, les contre-indications.

La séance s'est terminée par une lecture de M. Guermonprez sur l'autoplastie de la main par désossement d'un doigt. On trouvera, au compte rendu, les conclusions du chirurgien de Lille.

M. Béchamp a fait, sur l'exposé de ses recherches relatives à la composition du lait, une nouvelle communication qu'il doit terminer dans la prochaine séance. Nous en attendrons la fin pour la résumer.

HOPITAL ANDRAL. — M. DEBOVE.

Du tremblement héréditaire.

Par M. le professeur DEBOVE et M. Jules RENAULT.
(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.)

Un malade atteint de bronchite fébrile, entée sur un emphysème pulmonaire, avait été admis dans notre service; il était alcoolique, il buvait tous les jours un litre de vin et deux fois de l'absinthe. Il présentait un tremblement que nous avons cru d'origine alcoolique. Ce diagnostic, fait à haute voix, fut immédiatement relevé par le malade. « Alors, nous dit-il, je suis alcoolique de naissance, car j'ai toujours tremblé, ma mère et ma fille qui tremblent également sont-elles donc alcooliques? » Le malade avait raison, nous étions en présence d'une forme singulière de tremblement héréditaire. Nous le connaissions seulement de nom, et un certain nombre de nos confrères pouvant se trouver dans la même situation, il nous a paru intéressant d'étudier cette famille de trembleurs et de publier les résultats de cette étude.

Les seuls renseignements que nous ayons trouvés sur ce sujet sont contenus dans la thèse d'agrégation de M. Fernet, et dans une leçon de M. le professeur Charcot. Nous rapportons *in extenso* ce qui a été dit par ces auteurs :

On voit des tremblements, écrit M. Fernet, qu'on peut à peine considérer comme morbides, se transmettre héréditairement... Quoi qu'il en soit, on a noté que le tremblement était assez souvent héréditaire; il y a des familles dont tous les membres sont affectés de tremblement à partir d'un certain âge, sans qu'on puisse invoquer ni sénilité, ni accès, ni une autre cause.

Dans ses *Leçons du mardi*, M. le professeur Charcot parle en ces termes du tremblement héréditaire :

Puisque, dit-il, je viens de vous parler de la chorée d'Huntington, je relèverai, en passant, que ce fait de l'hérédité similaire, considéré, à tort selon moi, par quelques auteurs, comme suffisant pour motiver la distinction d'une forme spéciale, peut se rencontrer dans bien d'autres affections nerveuses que la chorée. Tel est le cas, par exemple, d'une forme de tremblement encore insuffisamment étudié, je pense, lequel ne me paraît pas différer essentiellement du tremblement dit sénile et que l'on désigne quelquefois sous le nom de tremblement nerveux. Ce tremblement-là peut se montrer, en quelque sorte, à l'état sporadique, c'est-à-dire sans précédents ou concomitants chez les ascendants ou les collatéraux, mais d'autres fois, c'est bel et bien, comme dans le cas d'Huntington, dans l'acception rigoureuse du

mot, une maladie de famille. Alors le tremblement se manifeste le plus souvent dans l'enfance et il se transmet par voie d'hérédité similaire. J'ai observé, ces jours-ci, un exemple de ce genre avec mon confrère et ami M. le docteur Angelo. M. X..., de la Havane, âgé de cinquante-trois ans, est affecté, depuis son enfance, d'un tremblement des deux mains qui n'a fait que s'exagérer progressivement et qui, aujourd'hui, lui rend l'acte d'écrire très difficile. La mère de M. X..., ses oncles maternels et quelques-uns de ses cousins germains, tremblent comme lui depuis l'enfance.

On pourrait aisément multiplier les exemples de ce genre, et, pour mon compte, j'en pourrais citer quelques-uns. Remarquez que le tremblement dont je parle, et qui mériterait bien d'être étudié plus attentivement, n'a rien à faire avec la paralysie agitante qui comporte essentiellement deux éléments constitutifs, à savoir : la rigidité musculaire d'une part et le tremblement de l'autre. Il n'a rien à faire non plus avec les tremblements toniques, avec celui de Basedow, etc. Au contraire, il paraît se rapprocher beaucoup, par le nombre des vibrations, du tremblement sénile, peut-être même se confond-il avec lui, c'est chose à voir, et la question serait à peu près décidée, si le tremblement de la tête venait s'associer au tremblement des mains de très bonne heure, chez un certain nombre d'individus appartenant à une même famille.

Ces documents, que nous publions *in extenso*, sont les seuls que nous ayons trouvés sur le tremblement héréditaire. Aussi nous a-t-il paru intéressant de publier l'observation

JULIEN DEVILLETTE — Tremblait depuis son jeune âge. — Entre à Bicêtre à cinquante-cinq ans, parce qu'il est incapable de travailler. — Mort à soixante-cinq ans.

BORDE — Pas de renseignements.

JULIEN DEVILLETTE — Ne tremble pas. — A dix enfants, dont aucun ne tremble.

THÉRÈSE — Tremble dès son jeune âge; le tremblement s'accentue en vieillissant.

BORDE — Tremble dès son jeune âge. Augmente en vieillissant. Est obligé, à cause de cela, de quitter sa profession à quarante-cinq ans (bijoux en acier).

Deux filles qui ne tremblent pas, dont les enfants ne tremblent pas.

1. **CHARLES** — Bijoutier en acier. — Quitte à trente ans pour cause de tremblement.
2. **JULES** — Obligé aussi de quitter sa profession à cause de son tremblement.
3. **ÉMILE** — Mort à deux ans. Avait eu des convulsions.
4. **ÉDOUARD** — Mort à sept ans. Avait un tic.
5. **THÉRÈSE**
6. **JULIENNE** — Même tremblement que Thérèse, plus accentué. — Un fils, Gabriel, qui tremblait.

7, 8, 9, 10, 11, 12 — Morts très jeunes.

13. **JULIE** — Ne tremble pas. — Quatre enfants qui ne tremblent pas.

Mariée à Friéville, dont elle a

CH. FRIÉVILLE

Six enfants, morts jeunes, qui ne tremblaient pas.

Marié à Chereau, qui ne tremble pas et dont il a

AUGUSTINE — Onze ans, qui tremble.

LÉON — Six ans, qui n'a pas de tremblement.

de deux familles de trembleurs que nous avons eu l'occasion d'observer.

La première famille se compose de la grand'mère, du fils et de la petite-fille. Nous les avons observés personnellement et nous avons obtenu des renseignements intéressants sur diverses personnes de leur famille.

Observation I. — Thérèse Borde, femme Friéville, est âgée de soixante-quatre ans. A l'âge de six ans, elle avait, beaucoup moins prononcé, le tremblement actuel. Il était très manifeste à vingt ans et la gênait dans les travaux qui nécessitent une certaine précision. Voici son état actuel. La tête ne tremble pas; les lèvres, les paupières présentent de petits mouvements nombreux et rapides; la langue, tirée hors de la bouche, est le siège de petites trémulations; la parole est légèrement tremblée. Dans les mains, il existe un léger tremblement qui cesse dans le relâchement musculaire complet, devient au contraire très net si la malade étend les mains dans l'attitude du serment; les oscillations sont rapides, verticales, d'une amplitude assez grande; les doigts ne tremblent pas individuellement. Les mouvements intentionnels n'ont aucune influence sur le tremblement. Pas de tremblement des membres inférieurs. Pas de troubles de la sensibilité générale ou spéciale. Pas de stigmates d'hystérie.

Obs. II. — Charles Friéville, quarante ans, journalier, entré à l'hôpital pour un emphysème compliqué de bronchite. Dès l'âge de neuf ans, il tremblait assez pour avoir de grandes difficultés à apprendre à écrire ; depuis cette époque, le tremblement s'est toujours accentué; il existe actuellement aux paupières, aux lèvres, à la langue et aux mains. Les paupières présentent de petites oscillations, mais si légères, qu'on ne peut dire qu'il y ait un véritable clignement. Les lèvres tremblent légèrement, les autres parties de la face ne tremblent pas. La langue, tirée hors de la bouche, est animée d'un tremblement fibrillaire très net. La parole est tremblée, les mots sont néanmoins prononcés sans bégaiement, avec une assez grande rapidité et sans être scandés.

Les mains ne tremblent pas au repos, mais, si on les fait étendre dans l'attitude du serment, il existe un tremblement

manifeste d'autant plus accentué qu'on considère un point plus rapproché de l'extrémité du membre. Aux mains, ce tremblement est constitué par une série d'oscillations rapides, peu étendues, qui semblent se faire autour d'un axe horizontal et transversal, passant par le poignet. Il n'y a ni oscillations latérales, ni tremblement individuel des doigts. Ce tremblement n'est pas exagéré par les mouvements intentionnels d'une certaine étendue : c'est ainsi que le malade peut, sans la moindre difficulté, sans que l'amplitude des oscillations soit augmentée, porter à la bouche un verre plein de liquide. L'écriture est difficile, les lettres sont mal formées, irrégulières, tremblées. Pas de tremblement aux membres inférieurs. Les réflexes sont normaux, ainsi que la sensibilité générale et spéciale. Aucun stigmate d'hystérie.

Obs. III. — Augustine Frièville, âgée de onze ans, présente dans les paupières, les lèvres, la langue, le même tremblement que son père et que sa grand'mère, mais avec des oscillations moins étendues. Elle a été obligée de quitter son apprentissage de couturière, parce qu'elle se piquait fréquemment les doigts et ne pouvait parvenir à coudre. Écriture tremblée. Contrairement à ses parents, au repos, sa tête, son cou, ses membres, ses doigts sont le siège de petits mouvements choréiformes peu étendus. La malade ne peut nous donner aucun renseignement sur le début, ancien ou récent, de ces petits mouvements qu'elle n'a jamais remarqués.

Nous avons examiné nos trois trembleurs, nous n'avons vu aucune autre personne de leur famille, mais nous avons pu construire, d'après leurs renseignements, le tableau généalogique de la page ci-contre.

Une chose nous étonne dans ce tableau, c'est que Borde, trembleur, se marie avec Thérèse, trembleuse, qui n'était nullement sa parente. Il est probable que, chez l'un des deux, probablement chez le mari, il s'agissait d'un tremblement acquis alcoolique ou non. C'est, bien entendu, un point actuellement impossible à éclaircir. Quoi qu'il en soit, on ne pourra pas ne pas être frappé du nombre de personnes qui, dans cette famille, ont été atteintes de tremblements.

Pour en revenir aux trois trembleurs que nous avons observés, nous rappellerons que tous trois tremblent depuis l'enfance ; mais, mauvais observateurs de leur mal, ils le reconnaissent seulement lorsqu'ils sont en âge de se livrer à un travail exigeant quelque précision, lorsqu'ils apprennent à écrire par exemple. Chez tous trois, le tremblement a toujours été en augmentant, aussi est-il plus accentué chez la grand'mère que chez le fils, chez le fils que chez la petite-fille. Cette différence dans le degré du tremblement se voit très nettement en comparant les trois écritures : illisible chez la grand'mère, elle est difficilement lisible chez le fils, très lisible, quoique tremblée, chez la petite-fille.

Le rythme des oscillations est régulier chez nos trois sujets. Leur nombre est de 9 par seconde chez la grand' mère, de 8,5 chez le fils, de 8 chez la petite fille. Ces oscillations ont été enregistrées avec les appareils de M. Marey.

Chez nos trois malades, le tremblement était limité aux paupières, aux lèvres, à la langue, aux membres supérieurs, et n'existait pas à l'état de repos, la petite fille, seule, avait quelques petits mouvements choréiformes.

Nous allons rapporter l'histoire d'une seconde famille de trembleurs, mais nous n'avons pu, personnellement, observer qu'une seule personne de cette famille, le nommé C..., publiciste, âgé de trente et un ans.

Son grand-père paternel n'était pas atteint de tremblement.

Son père est mort cardiaque à soixante ans. Dès son jeune âge, il avait un tremblement des mains qui s'exagérait sous l'influence d'une émotion, et qui, d'abord, ne le gêna pas pour écrire, mais peu à peu, ce tremblement augmentant avec l'âge, l'écriture devint irrégulière, tremblée. Il n'y eut jamais de tremblement de la tête.

La tante de C..., sœur de son père, est morte à soixante-huit ans d'une maladie ayant produit de l'ascite. Dès l'enfance, elle a présenté un tremblement des mains peu prononcé, mais qui devenait très violent sous l'influence d'une émotion.

Le frère aîné de C... est mort, à trente ans, d'une affection cardiaque. Il a présenté, à diverses époques, des crises nerveuses convulsives. Depuis son enfance, il avait le même tremblement que C..., mais beaucoup plus prononcé. Néanmoins son écriture n'était pas tremblée.

Un autre frère de C..., âgé de quarante et un ans, est un homme fort, violent, emporté. Son tremblement, qui date du jeune âge, est analogue à celui de C..., mais beaucoup plus léger.

C... est un sujet nerveux et impressionnable, mais ne présentant aucun stigmate d'hystérie. Depuis son enfance, il est atteint d'un tremblement qui le gêne peu, mais qui est cependant très manifeste.

Aux membres supérieurs, il n'y a point de tremblement à l'état de repos, mais dans l'attitude du serment, il se produit une série d'oscillations verticales rapides qui semblent se faire autour d'un axe horizontal et transversal passant par le poignet. Les doigts suivent ce mouvement d'ensemble de la main, mais ne tremblent pas individuellement. L'amplitude des vibrations est exagérée par l'effort et par la fatigue.

L'écriture n'est pas tremblée. Nous avons enregistré ce tremblement ; les oscillations sont petites, d'amplitude inégale, et séparées par des intervalles égaux, elles sont au nombre de neuf par seconde : c'est donc un tremblement vibratoire.

Pas de tremblement du visage.

Quand C... est assis, on ne constate pas le moindre tremblement dans les membres inférieurs, il en est de même si les pieds n'appuient sur le sol que par la pointe, mais il apparaît un léger tremblement vibratoire, si, dans la station assise, la jambe est maintenue étendue horizontalement.

Sous l'influence d'une émotion, le tremblement devient très intense, les mains sont inhabiles, les lèvres tremblent, les membres inférieurs sont le siège de vibrations fortes et rapides qui agitent le corps tout entier.

Nous avons dit que l'écriture du malade n'était pas tremblée, mais elle le fut à deux périodes de sa vie où son tremblement s'exagéra, la première fois ce fut sous l'influence d'un traitement mercuriel nécessité par une syphilis, la seconde fois sous l'influence d'accès alcooliques. Peu de temps après la cessation du traitement hydrargirique et aussi après le retour à la sobriété, l'existence redevint normale.

Nous disons que l'écriture de C... n'est pas tremblée, ce qui est vrai, mais il arrive à ce résultat par une sorte d'artifice. Il écrit deux ou trois lettres, puis il y a une petite pause pendant laquelle la main tremble, puis le malade écrit de nouveau deux ou trois lettres et ainsi de suite. L'écriture se fait donc par saccades, mais grâce à une habileté particulière, rien n'indique cette saccade dans les caractères tracés, et il faut faire écrire devant soi le malade pour constater le phénomène que nous venons d'exposer.

Si nous comparons ce tremblement héréditaire aux tremblements décrits dans les livres classiques, nous verrons que ses seuls caractères suffisent à le distinguer.

Le tremblement sénile diffère du tremblement héréditaire par le branlement du chef, par son début dans l'âge mûr, par son nombre de vibrations (3,5 par seconde, au lieu de 8).

Le tremblement de la paralysie agitante est continu à l'état de repos, s'accompagne de contracture. Rien de semblable dans le tremblement héréditaire.

Le tremblement de la sclérose en plaques, contrairement à celui que nous décrivons, est exagéré par les mouvements intentionnels.

Le tremblement de la paralysie générale trouble la parole d'une façon spéciale, intéresse rarement les paupières.

Le tremblement alcoolique ressemble au tremblement héréditaire, mais on observe alors un tremblement individuel des doigts, qui n'existait pas chez nos malades.

Le tremblement mercuriel est intermittent à l'état de repos, il se produit ou s'exagère à l'occasion des mouvements intentionnels; il a, du reste, beaucoup d'analogie avec celui de la sclérose en plaques.

Dans le goître exophthalmique, le tremblement envahit le tronc et les membres, mais respecte la face et la langue.

Nous ne connaissons pas de tremblement hystérique ressemblant à celui que nous décrivons. Mais il peut en exister, car, suivant l'expression de M. Charcot, il n'est pas de tremblement qui n'ait son sosie dans l'hystérie. En tout cas, nos malades n'étaient pas hystériques.

S'il était permis avec deux groupes d'observations de tirer quelque conclusion, nous dirions :

Il existe un tremblement héréditaire.

Il se transmet dans la ligne paternelle aussi bien que dans la ligne maternelle et n'atteint pas nécessairement tous les membres de la famille; il se transmet sans atténuation.

Il débute dans l'enfance et augmente avec l'âge.

C'est un tremblement à oscillations rapides (8 à 9 par seconde), nul au repos complet, dont les oscillations produites dans l'attitude du serment persistent sans s'exagérer dans les mouvements intentionnels. Il peut s'étendre aux membres, à la paupière, aux lèvres, à la langue. Il a pour siège de prédilection les membres supérieurs. Il a des caractères propres qui ne permettent pas de le confondre. En tout cas, les antécédents de famille lèveraient tous les doutes.

En terminant, nous ferons remarquer que nous n'avons que deux observations, car, dans chaque groupe familial, le tremblement se transmet sous une forme toujours identique.

Aussi ne devons-nous pas être trop affirmatif dans nos conclusions, des observations plus nombreuses pouvant mettre en évidence des particularités qui n'existaient pas chez nos malades ou qui nous ont échappé.

CAMPEMENT PROLONGÉ ET FIÈVRE TYPHOIDE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYGIÈNE DU CAMPEMENT (1)

Par le docteur J. Marty, médecin-major de deuxième classe.

IV

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Le Kreider est un simple poste militaire traversé par la voie ferrée de Saïda à Méchéria. En ce point, la direction de la voie est à peu près Ouest-Est.

La ligne de chemin de fer le traverse dans la direction N.-O.-S.-E. Au sud de la ligne, on trouve une partie basse, terrain argileux qui appartient au Chott, dont il est un cul-de-sac.

Puis le terrain se relève légèrement et on arrive à la source qui alimente le poste.

M. le médecin-major Delmas donne l'eau comme insalubre par suite de sa température élevée et de la quantité de sels de magnésie dont elle était chargée; à ce point de vue, on a gagné.

L'eau sort à 28 degrés et doit être refroidie, mais la source, perdue autrefois au milieu du vaste marais qu'elle formait, rendue alors saumâtre par la quantité de substances salines provenant du Chott, qui s'y dissolvaient, sort maintenant des couches profondes du sol en dehors de toute infiltration provenant des terrains voisins et n'en contient plus que très peu.

Un bassin bien maçonné entoure les deux principaux orifices; de là, l'eau s'écoule avec une certaine pente vers les lacs où elle redevient saumâtre au contact du sol environnant. Celle du bassin, même, n'incommode plus personne.

Nous devons à la vérité de dire que quelques voyageurs n'ont pas été de notre avis; mais il s'agissait de touristes descendus dans une auberge du village; à ce moment, l'eau de la source n'y arrivait pas; il est à croire que les propriétaires, pour économiser les courses, faisaient des emprunts aux eaux des quelques puits existants, donnant l'eau de la nappe souterraine toute différente de celle de la source et partout fortement saumâtre.

Sur le côté N. de la ligne, et en remontant directement, avec une certaine obliquité N.-E., on trouve les constructions militaires.

A l'ouest de cette ligne, est le village qui ne nous intéresse en rien.

Comme constructions militaires, nous trouvons sur un terrain très plat, le long de la voie, la redoute basse avec ses quatre bastions, dont un est formé par la gare.

Derrière, une place.

Puis le camp baraqué, où le terrain s'élève avec une faible pente et en formant dos d'âne, N.-S.

Derrière le camp baraqué, la pente devient rapide et conduit au sommet d'une éminence presque à pic que couronne la haute redoute. Celle-ci, qui constitue de beaucoup le point le plus salubre du poste, ne nous occupera pas.

L'intérieur de la basse redoute et du camp baraqué est occupé par des baraques avec rues et places intermédiaires.

Sur le côté E.-S.-E. du camp baraqué et au pied de la haute redoute se trouve un triangle ayant l'exposition S., avec légère inclinaison S.-E. Le côté le plus haut est le côté N.-O., formé par le sommet du dos d'âne passant dans le camp baraqué et s'accentuant jusqu'au sommet du mamelon de la haute redoute. Le côté le plus déclive est formé par un oued minuscule, dépression à sec en dehors des orages et venant de derrière la haute redoute.

Au delà de cette petite dépression, à 150 mètres environ, se trouvait le fumier et, derrière, au Nord, le terrain se relevait, formant les berges du Chott, d'une part vers le mamelon de la haute redoute, d'autre part vers le point culminant y faisant face.

Tout ce versant S. des berges du Chott ne présente que du terrain de même nature : argile, sable et pierres. La végétation en est complètement absente ou absolument misérable.

Le dépotoir était plus éloigné, dans la direction E., chaque jour les matières étaient soigneusement enfouies. De plus, un deuxième dos d'âne, formé par le sommet de la berge E. de l'oued, limitant à l'Est le triangle décrit plus haut, garantissait de ses émanations dans une mesure suffisante, étant donné qu'il ne devait jamais y avoir de matières à ciel ouvert, et que le contenu des tinettes devait être déposé dans des fosses comblées de suite.

Nous désignerons sous le nom de camp des jeunes soldats la partie utilisée de l'espace triangulaire en question. Ce camp n'existait pas pendant la première épidémie. Les tentes étaient au centre de la basse redoute et surtout disposées en ceinture autour des baraques du camp baraqué. Le moment où il fut établi sera précisé dans le cours de cette étude.

Aucun document ne nous permet de faire l'histoire de la fièvre typhoïde au Kreider, pendant la période de un an et quelques mois qui s'écoula entre la fin de celle où observa M. le médecin-major Delmas et celle où nous y prîmes le service médical.

---

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 895.

Nous ne saurions préciser ce qui se passa en 1883, et c'est seulement à partir de 1884, que nous pouvons donner des renseignements certains.

En 1884, donc, on trouve signalé un cas de fièvre typhoïde en septembre, un en octobre; pas d'autre détail. Ces typhoïdes pouvaient se relier à l'épidémie de 1881-1882. Elles furent considérées comme sporadiques. Elles se développèrent dans les baraques. A ce moment, d'accord avec notre distingué prédécesseur, M. le médecin-major Pommay, nous ne pûmes que rappeler que le casernement présentait des desiderata, que ces desiderata aideraient à son infection dans un avenir plus ou moins prochain.

En 1885, il ne s'en produisit qu'un seul cas, entré à l'hôpital le 12 octobre.

Les effectifs, à ce moment, étaient très peu élevés.

Nous noterons que, vers la fin des chaleurs, désirant être fixé sur la valeur de l'eau de boisson, nous la soumîmes à l'analyse de M. le pharmacien-major Girard, alors employé à l'hôpital militaire de Saïda. Voici ses conclusions :

« Cette eau est incolore, d'une limpidité parfaite, sans odeur même après une longue agitation dans un vase fermé; sa saveur est franche et ne laisse aucun mauvais goût au palais; elle ne dissout pas complètement le savon, mais cuit bien les légumes. Soumise à l'action de la chaleur, elle se trouble légèrement.

Un litre d'eau, évaporé à siccité dans une capsule de platine, laisse un résidu fixe de 494 milligrammes.

Elle offre la composition suivante :

Acide carbonique	20	centimètres cubes
Carbonate de chaux	9	centigrammes
Sulfate de chaux	5	—
Sulfate de magnésie	21	—
Chlorure de sodium	14	—
Total	49	centigrammes.

poids correspondant au résidu fixe trouvé par l'évaporation d'un litre d'eau.

La proportion des matières organiques a été déterminée par le permanganate de potasse. L'eau à examiner a décomposé 10 milligrammes 67 centièmes de permanganate, ce qui donne 1 milligramme 8 dixièmes d'oxygène absorbé par les matières organiques. Les eaux potables absorbent de 1 à 3 milligrammes d'oxygène.

Au résumé, elle renferme une proportion assez forte de sels minéraux, mais aucun n'est nuisible. La matière organique est en quantité très faible et l'analyse n'a décelé aucune substance toxique.

Cette eau doit se ranger parmi les eaux potables propres à l'alimentation. »

Nous ajouterons qu'elle possède parfois une légère odeur sulfureuse, inconstante, due, pensons-nous, à quelques matières organiques provenant de la végétation des bords du bassin.

En 1886, deux typhoïdes, la première en novembre, et la deuxième en décembre.

Mais 1886 fut la dernière année où les effectifs furent très faibles. En effet, en décembre, le bataillon reçut sept cents jeunes soldats. Il était impossible de les expédier de suite dans les détachements pour diverses causes; aussi furent-ils conservés au Kreider. Les baraques étant insuffisantes, ils furent mis de suite à camper. Un certain nombre de tentes furent dressées dans la basse redoute; d'autres, dans le camp baraqué et à peu près sur toute la périphérie. Ces tentes furent établies le mieux possible, et les emplacements préparés en tassant et en damant le sol.

La propreté de l'intérieur était surveillée, le sol non creusé, simplement décapé. Les tentes étaient ouvertes et relevées quand le temps le permettait, les ordures étaient portées au fumier; il était défendu d'uriner près des tentes et d'en sortir sans être entièrement vêtu et chaussé.

Pendant les mois d'hiver, l'état sanitaire des hommes campés fut peu brillant, mais ils ne présentèrent que des affections catarrhales. Sous l'influence des froids, très vifs à ce moment sur les hauts plateaux, on eut des bronchites, des angines, et ce fut tout.

En 1887, les affections *a frigore* sévissent toujours dans le premier trimestre de l'année sur les jeunes soldats. Un cas de typhoïde se montre chez un ancien soldat, le chasseur R..., qui entre à l'hôpital de Saïda le 10 janvier.

Puis le 30 juillet, un nouveau cas se déclarait. Le chasseur en question fut de suite envoyé à l'hôpital, et succomba.

Il est à remarquer que, jusqu'à ce moment, ces cas se produisent à de longs intervalles et dans les baraques seules. Il semble donc légitime d'admettre que le germe morbide existait au Kreider, mais les conditions adjuvantes de son développement n'avaient pas, jusqu'à ce moment, été assez puissantes pour qu'il pût devenir le point de départ d'une expansion épidémique.

THÈSES DE PARIS

De la luxation congénitale de la hanche, par M. Marc-Edmond Dupré. — L'affection désignée sous le nom de luxation congénitale de la hanche est constituée et produite par un arrêt de développement de l'os iliaque.

L'irrégularité du développement porte, en particulier, sur la région cotyloïdienne et fait que la tête du fémur ne peut plus être contenue dans la cavité destinée à la recevoir normalement. Les données anatomo-pathologiques et l'évolution de la maladie tendent à le prouver.

Cet état peut ne pas être appréciable chez le fœtus ou chez le nouveau-né, parce que la disproportion entre la tête fémorale et le cotyle n'est pas encore établie ou trop peu accentuée.

Les variétés de luxation congénitale de la hanche sont nombreuses. Cliniquement, on peut en décrire trois types : la variété en arrière et en haut (variété classique); la variété directement en haut; la variété en haut et en avant.

Contribution à l'étude de l'hystérie infantile; son existence au-dessous de l'âge de cinq ans, par Jules-François Burnet. — L'hystérie n'est pas rare chez les enfants au-dessous de cinq ans; les causes principales sont l'hérédité et l'éducation vicieuse.

Les troubles psychiques sont généralement les premiers symptômes de la maladie. La symptomatologie est, du reste, la même que dans les autres époques de la vie, sauf la moins grande prédominance des attaques et des stigmates somatiques.

Le pronostic est des plus favorables, pourvu qu'on intervienne par un traitement rationnel, le plus tôt possible. Ce traitement ne donne lieu à aucune indication différente du traitement de l'hystérie chez l'adulte. On insistera surtout sur une bonne éducation et l'hydrothérapie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 août 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend un travail de M. le docteur H. Bidon (de Marseille), intitulé : « Hémianopsie avec hallucinations dans la partie invisible du champ visuel. »

COMMUNICATION

Analyse du lait. — M. BÉCHAMP fait une nouvelle communication sur les recherches qu'il a faites relativement à la composition comparative des différents laits. Il doit achever cette communication dans la prochaine séance.

LECTURES

Cure radicale des hernies. — M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, depuis 1881, époque à laquelle il a fait sa première opération de cure radicale pour hernie sans étranglement, a pratiqué 254 opérations de ce genre.

Sur ces 254 opérés, il n'a perdu que deux sujets : l'un qui a été opéré dans de mauvaises conditions et l'autre qui, atteint d'étranglement interne, a succombé sans que le chirurgien ait été prévenu.

Mais les chances de mort pour un opéré de choix sont évidemment bien autrement faibles, car M. J. Lucas-Championnière a opéré des cas défavorables avec succès. Il cite en passant : 1° une femme de cinquante et un ans, pesant 200 livres, opérée d'une hernie ombilicale mesurant 78 centimètres de tour à sa base; 2° une femme avec une hernie inguinale descendant au genou; 3° un homme dont il a dû fendre la paroi abdominale sur une hauteur de 10 centimètres; 4° une femme avec sac intra-abdominal.

Malgré cette bonne statistique, il considère la cure radicale comme difficile et devant être meurtrière et inutile, si elle n'est faite dans des conditions déterminées et suivant une méthode assez compliquée.

Si la méthode est bonne, les résultats sont bons. Le plus grand nombre de ses opérés n'ont pas porté de bandage. Ils cessent rapidement de porter une ceinture protectrice qu'on doit leur recommander pour les premiers mois. Dans certains cas mauvais, il faut, au contraire, recommander un bandage léger et large pour compenser une défense cicatricielle insuffisante.

Les termes indispensables de l'opération sont les suivants : 1° destruction de la séreuse dans la plus grande étendue possible jusque dans le ventre; 2° destruction de tout l'épiploon accessible, possible à attirer dans le sac; 3° constitution, dans la région herniaire, de la défense par une cicatrice puissante et étendue.

Son total de 254 cas se décompose ainsi :

Hernies inguinales, 222 : hommes, 205 dont 59 congénitales; femmes, 17.

Hernies crurales, 14 : femmes, 11 ; hommes, 3.

Hernies ombilicales, 17 : 11 grosses hernies ombilicales de la femme, 6 hernies épigastriques (5 chez l'homme et 1 chez la femme).

Hernie traumatique, 1.

Parmi les hernies inguinales de l'homme, les plus satisfaisantes sont les congénitales qui se présentent chez des sujets dont la paroi est souvent assez bonne. Il y a du reste beaucoup de hernies qui ne passent pas pour être congénitales et qui le sont en réalité, et participent de ces caractères favorables.

Ses 17 cas de hernie inguinale de la femme, joints aux autres variétés de hernies opérées chez la femme, lui ont permis d'affirmer que, chez toute femme jeune, la cure radicale est indispensable et assure des résultats efficaces. Les connexions avec les organes génitaux font, de cette hernie de la femme, une hernie douloureuse, à laquelle la cure porte un remède efficace.

Les 14 cas de hernie crurale montrent une opération qui donne d'excellents résultats, mais témoignent de la facilité qu'il y aurait de la faire imparfaite.

La hernie ombilicale est peut-être celle qui donne les résultats les plus frappants et ses 11 cas de grosses hernies ombilicales comptent parmi ses laparotomies les plus heureuses : les lésions assuraient, à brève échéance, une impotence complète pour le sujet.

Les petites hernies épigastriques qui sont très douloureuses donnent des résultats également très satisfaisants. Il a eu deux fois l'occasion de réséquer le ligament suspenseur du foie dans des hernies très douloureuses; son extrémité antérieure faisait issue avec le sac.

La hernie traumatique qu'il a opérée est restée bien guérie malgré une surface énorme d'opération.

En présentant un ensemble aussi considérable d'opérations, on peut établir plus nettement qu'on ne l'a fait encore les indications de la cure radicale de la hernie sans étranglement. Le danger couru par un sujet soumis à l'opération dans ces conditions étant extrêmement faible, on peut affirmer que la cure radicale doit être aujourd'hui la règle et non l'exception, mais avec les réserves suivantes, qui réduisent dans une certaine mesure le champ des opérations.

Chez les très jeunes enfants, il ne conseille guère l'opération. Sauf des cas exceptionnels, on n'a pas assez de tissu entre les mains pour s'assurer une action étendue et l'opération ne manque pas de quelques dangers. A partir de l'âge de six ou sept ans, il en est tout autrement. L'enfant supporte très bien l'opération et son développement ne peut que gagner à cette intervention.

Chez le vieillard, l'opération est dangereuse et il ne faut la faire que sur une indication pressante, surtout en présence d'accidents qui compromettent profondément la santé générale.

Même chez les sujets ayant dépassé la quarantaine, il faut être prudent. M. J. Lucas-Championnière en a opéré beaucoup, mais il estime que pour eux l'opération ne doit être accordée qu'en présence d'accidents déterminés, douleur, irréductibilité, incoercibilité, troubles digestifs, impossibilité de travail, etc.

Le volume énorme de la hernie n'est une bonne indication à aucun point de vue. Le chirurgien doit beaucoup plus chercher à empêcher une hernie de devenir très volumineuse qu'à attendre qu'il en soit ainsi pour intervenir.

Chez les sujets de sept à quarante ans, on doit, au contraire, être très généreux de l'opération. D'abord, toutes les hernies qui présentent des accidents sont justiciables de l'opération : hernies douloureuses, irréductibles, incoercibles, croissant de volume, etc.

Peuvent être opérés : tous les sujets voulant se passer de bandage; tous les sujets voulant faire disparaître la tare de la hernie; tous ceux dont le travail l'exige; tous ceux dont la situation sociale peut bénéficier de sa disparition, service militaire, profession de voyageur, mariage, etc.

Il ne fait de réserves que pour les sujets malades et cachectiques et pour ceux qui présentent de si mauvaises parois abdominales que les hernies se multiplient, que la paroi s'effondre en plusieurs points.

La hernie inguinale congénitale doit être opérée sans exception, surtout celle qui s'accompagne de quelque ectopie testiculaire.

Enfin, chez la femme, dans les conditions de jeunesse suffisantes sur lesquelles l'orateur a insisté, l'opération devrait être pratiquée sans exception, puisqu'elle présente des bénéfices plus assurés encore et débarrasse la malade de l'imminence d'accidents particulièrement menaçants.

Autoplastie de la main par désossement d'un doigt. — M. GUERMONPREZ (de Lille) lit un travail sur ce sujet, qu'il résume ainsi :

L'autoplastie de la main par désossement d'un doigt est indiquée pour remédier aux vastes pertes de substance déterminées par des plaies par ratissage, par des coups de cylindre ou par des brûlures.

Cette autoplastie doit être pratiquée en longeant de très près la surface de la gaine fibreuse des tendons, au moyen d'un ténotome droit, afin de bien sauvegarder l'intégrité des vaisseaux et des nerfs.

Tous les éléments de l'ongle doivent être supprimés.

Il est avantageux d'amputer le squelette du doigt dans son métacarpien, sans se borner à la désarticulation métacarpo-phalangienne.

Il est utile de faire à la face profonde du lambeau un débridement longitudinal des tractus fibreux, afin de favoriser l'étalement du lambeau.

Il suffit de modérer la compression pour éviter l'oblitération

des artères, dont la direction se trouve si complètement renversée par la direction du lambeau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 26 août 1891, ont été nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. Lecorre, médecin principal de la marine.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Lépinay, Patriarche et Ollivier, médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 23 août 1891, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Belhomme, pour le 13e hussards; Godart, pour le 13e cuirassiers; Godet, pour le 12e hussards; Troussaint, pour le 2e dragons.

MM. les médecins aides-majors de première classe Pettier, pour le 13e hussards; Salis, pour le 129e d'infanterie; Dubar, pour le 4e cuirassiers.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Benoît, pour le 13e cuirassiers; Brico, pour le 1er d'infanterie.

— MM. Roux (de Lausanne), J. Bœckel (de Strasbourg) et Thiriar (de Bruxelles) ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur pour leur participation aux travaux du Congrès français de chirurgie depuis sa fondation.

— Les recettes des Facultés de médecine pour l'exercice 1890, se sont élevées à 759 455 francs, savoir : Paris, 321 317 francs; Bordeaux, 56 039 francs; Lille, 117 269 francs; Lyon, 108 612 fr.; Montpellier, 82 211 francs; Nancy, 74 007 francs.

Les dépenses ont été de 716 184 francs, savoir : Paris, 306 127 francs; Bordeaux, 53 932 francs; Lille, 103 030 francs; Lyon, 101 360 francs; Montpellier, 81 413 francs; Nancy, 70 322 francs.

Les recettes ont dépassé les dépenses de 43 271 francs.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Latrille est maintenu dans ses fonctions de chef de clinique ophthalmologique.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — MM. Bézy et Rémond, agrégés, sont chargés pendant l'année scolaire 1890-91, le premier d'un cours de clinique des maladies des enfants, le second d'un cours de pathologie et thérapeutique générales.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Derignac est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Castan (de Montpellier) et Testelin, sénateur inamovible.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Affections congénitales, par le professeur Lannelongue, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Trousseau, et le docteur V. Ménard, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris. I. *Tête et cou, Maladies des bourgeons de l'embryon, des arcs branchiaux et de leurs fentes.* 1 vol. gr. in-8° avec 79 figures dans le texte et 5 planches en chromolithographie. — Prix : 15 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Des réformes à introduire dans la loi de juin 1838 et dans l'organisation des asiles d'aliénés, par le docteur H. Dagonet. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 100. — SAMEDI 29 AOUT 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 29 AOUT 1891. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. L'asepsie en chirurgie, par le docteur Marcel BAUDOUIN, ancien interne en chirurgie à l'hôpital Bichat. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

L'asepsie en chirurgie.

Par le docteur Marcel BAUDOUIN, ancien interne en chirurgie à l'hôpital Bichat.

Vous élèverez une statue d'or à celui qui supprimera le pus.
NÉLATON.

Toute solution de continuité portant sur les téguments cutanés ou muqueux, toute plaie accidentelle comme toute opération, — qu'il s'agisse d'une simple piqûre de la peau ou d'une désarticulation de la cuisse, — est une porte d'entrée à la mort! On l'a dit bien des fois. Cela par un mécanisme bien simple : il suffit de l'introduction dans l'organisme, par cette porte d'un accès plus ou moins facile, d'un germe morbide capable d'amener l'infection du blessé ou de l'opéré. Il est donc capital de s'opposer à l'entrée en scène de tous les micro-organismes pathogènes, quand on peut y parvenir.

Comme ces germes sont répandus à profusion dans les milieux où nous vivons, on conçoit combien il doit être malaisé de les arrêter, au seuil de notre frêle organisme, à la moindre fissure accidentelle de l'enveloppe qui normalement nous défend contre leurs incessantes attaques. Aussi bien vaut-il mieux, en pratique, considérer déjà, dès qu'il y a plaie de cette sorte-là, la place comme envahie! Y a-t-il une brèche, même légère, sur ce rempart tégumentaire, où pullulent généralement en paix les microbes les plus divers? Quelques assiégeants y tombent de suite à l'improviste. Il n'y a plus qu'à tenter de les en déloger : par suite, ces blessés doivent être traités *antiseptiquement*. Il faut, en pareille occurrence, se conduire comme si l'on était certain de la réalité de l'infection, comme si l'on avait affaire à des malades manifestement touchés par le malin Génie des Écoles chirurgicales d'antan.

Nous n'avons pas l'intention dans cette revue de nous occuper de ces cas-là. Il faut généralement les soigner par les *moyens antiseptiques* proprement dits, vulgarisés chez nous, depuis Lister, par MM. Lucas-Championnière et F. Terrier, comme s'il s'agissait d'infectés, de suppurants à manière antique.

Mais il existe toute une catégorie de malades qu'on peut, *en pratique*, réellement considérer comme *indemnes de toute infection primitive* au moment où ils viennent demander au chirurgien de les débarrasser d'une lésion profonde, de corriger une difformité congénitale ou acquise, d'opérer leur genu valgum, leur tumeur bénigne de l'ovaire, leur rein mobile, par exemple, etc., etc. Eh bien! quand il s'agit d'intervenir chez de tels sujets, évidemment non infectés, est-il absolument nécessaire de recourir à la *méthode antiseptique pure*, à celle qui consiste à déposer dans la plaie opératoire des substances capables de détruire sur place — ou tout au moins d'en atténuer notablement la puissance pathogène ou septique — les germes qu'au cours de l'intervention on a pu introduire au niveau de la solution de continuité? Ne vaut-il pas mieux, comme notre maître, M. F. Terrier s'efforce de le démontrer *scientifiquement* depuis bientôt deux ans, faire tout ce qu'il faut pour empêcher ces germes de forcer la brèche créée sur les téguments, jusqu'à guérison complète? C'est notre conviction intime. Il suffit pour cela, on le sait, de ne mettre en contact avec l'organisme, au préalable rendu lui-même *aseptique*, c'est-à-dire dépourvu de tout germe au point où doit porter l'acte chirurgical, aucun objet *septique*, c'est-à-dire susceptible d'être le véhicule d'un organisme infectieux quelconque. Il suffit, en un mot, d'opérer en l'absence de tout microbe pathogène, en n'utilisant que des substances réellement aseptiques. De la sorte, on peut, on le conçoit, se passer totalement d'agents ayant des prétentions antiseptiques, autrement dit d'agents agissant sur les microbes de la plaie, l'opération terminée.

Il y a longtemps, d'ailleurs, qu'en Angleterre, le pays natal de l'antisepsie proprement dite (Craw. Bantock, etc.), les chirurgiens et surtout les gynécologistes ont tenté de marcher dans cette voie. Malheureusement leurs procédés pêchent encore par trop de points (1).

Récemment aussi, en Allemagne, en Italie et ailleurs (2), on a compris qu'une telle manière de faire était plus rationnelle, quand elle est utilisable, et l'on tend de plus en plus à y avoir recours. Sous l'impulsion donnée par M. Terrier et ses élèves, MM. Quénu, Poupinel, etc. (3), qui ont vulgarisé et cherché à rendre pratiques les méthodes de stérili-

(1) Th. JONES. Asepsis in general surgery; in *The Med. Chron.*, mars 1891, n° 6, p. 417, etc., etc.

(2) REIN, VEIT, VON BERGMANN. De l'asepsie en chirurgie et en gynécologie; in Congr. internat. de méd. de Berlin, août 1890, passim. — BIONDI, *Bull. di Sc. Med. di Bol.*, mars 1891, p. 130. — SEYDEL. *Munch. Med. Wochens.*, n° 47, 1890. — NEUDÖRFER. *Klein. Zeit. und Streitfragen*, IV, 9. — SCHIMMEL-BUCH. Die Durchführung der Asepsis in der von Bergmann'schen Klinik in Berlin; in *Arch. f. Klin. Chir.*, 1891, XLII, p. 1, etc. — O. BLOCH. *Nord. Med. Ark.*, Bd. XXII, 1890, n° 1, et Congr. franç. de chir., 1889. — FRITSCH. *Deutsch Med. Wochens.*, 8 mai 1890, etc.

(3) Voir, pour toutes les indications bibliographiques, notre ouvrage sur l'hôpital Bichat, cité plus loin.

sation jusqu'ici réservées aux laboratoires de bactériologie et qui n'ont admis définitivement tel ou tel appareil qu'après l'avoir soumis au contrôle de la clinique journalière, on commence dans notre pays à restreindre l'usage des antiseptiques (1); aussi croyons-nous être utile à tous nos confrères, comme aux chirurgiens de profession, en résumant brièvement ici les divers moyens employés pour *stériliser* tout ce qui doit être, au cours d'une intervention qui doit rester *aseptique*, en contact avec la plaie opératoire.

Il nous sera impossible, vu les limites forcément très restreintes d'un article de ce genre, de passer en revue tous les procédés connus, vantés chez nous et à l'étranger. Parmi eux, nous devrons donc faire un choix. Nous insisterons surtout, on le devine, sur ceux que nous avons vus à l'œuvre, qui sont employés chaque jour dans le service de nos maîtres et de ceux où nous avons accès, c'est-à-dire sur ceux que nous avons longuement décrits en faisant connaître l'organisation du service de chirurgie de M. le docteur Terrier à l'hôpital Bichat (2). C'est dans cet hôpital qu'est née l'asepsie chirurgicale scientifique à Paris (3), qu'elle s'est perfectionnée. On comprendra dès lors nos préférences pour les modèles d'instruments stérilisateurs qui y fonctionnent depuis longtemps.

Pour toute opération sur un *sujet non infecté* — nous répétons que nous laissons à dsssein de côté tous les autres cas qui peuvent se présenter — deux ordres de facteurs seulement interviennent (4) : ce qui a trait, d'une part, au *champ opératoire*, au *chirurgien* et à *ses aides*; d'autre part, au *matériel chirurgical*, c'est-à-dire à l'*instrumentation spéciale* et aux *substances de pansements* nécessaires pour protéger la plaie jusqu'à guérison complète.

Nous indiquerons d'abord comment on peut, avant l'opération, réaliser la *désinfection de tout ce qui est en contact avec la plaie;* mais, chemin faisant, nous insisterons aussi sur les minutieuses précautions à prendre, si l'on ne veut pas perdre en une seconde tout le bénéfice de ces préparatifs. Nous ne dirons par contre qu'un mot de l'asepsie au cours des pansements post-opératoires, car une intervention, menée aseptiquement d'un bout à l'autre, guérit généralement sous un seul pansement, le pansement fait à la fin de l'opération.

En ce qui concerne la *désinfection du champ opératoire et celle du chirurgien et de ses aides* (nous voulons dire de leurs *mains* qui sont seules en contact avec la plaie) elles sont de même ordre. Il s'agit simplement de faire disparaître de ces régions les micro-organismes pathogènes qui s'y rencontrent même à notre insu; on emploiera donc des procédés analogues.

Aujourd'hui, grâce à l'emploi de la *chaleur* sous diverses formes et dans des conditions variées, on peut stériliser avec une précision presque mathématique tout ce qui constitue le matériel chirurgical; malheureusement il n'est pas possible de procéder ainsi pour la région où doit porter l'acte opératoire, où doivent intervenir les mains du chirurgien et celles de ses aides. Comme l'organisme est loin de pouvoir supporter l'action de la température qu'il est nécessaire d'atteindre pour détruire les microbes de nos téguments, on est obligé de recourir à d'autres moyens, beaucoup moins sûrs, mais qui paraissent cependant, à l'usage, suffisants pour la pratique de la chirurgie. Comme la chaleur, ce précieux agent de désinfection, est inapplicable ici, il a fallu revenir aux désinfectants d'ordre chimique, aux antiseptiques en un mot. Et, comme les mains des opérateurs sont absolument de même nature que le champ opératoire, pour la stérilisation des mains comme pour celle de la région où doit avoir lieu l'intervention, pour ces deux facteurs, au moins, la méthode aseptique reste tributaire, aujourd'hui encore, des procédés dits plus spécialement *moyens antiseptiques*. Mais la pratique a montré que ces agents chimiques, employés d'une certaine manière et avec des minuties suffisantes, combinés à certains *moyens d'ordre physique et mécanique* sur lesquels nous insisterons, pouvaient être considérés comme de véritables procédés de stérilisation, suffisants dans la plus grande majorité des cas. Cela est surtout exact pour les régions du corps défendues par le tégument cutané, toutes les parties de l'organisme tapissées par les muqueuses restant d'une désinfection bien plus aléatoire.

Pour le second facteur, que nous allons d'abord examiner, l'asepsie vraie (1) peut, au contraire, être seule employée dans presque toutes les circonstances. Ici, la chaleur doit régner en maîtresse; mais bien peu de chirurgiens s'astreignent aujourd'hui encore à stériliser de la sorte tout leur matériel opératoire et leurs substances de pansements. Le plus grand nombre d'entre eux ont encore recours aux antiseptiques dans une mesure plus ou moins grande pour les éponges, les tubes à drainage, etc. Il en résulte, comme l'a fait très justement remarquer M. Terrier, que la méthode antiseptique actuelle est *mixte* en réalité et que l'ancienne antisepsie subsiste encore dans plusieurs circonstances.

Malgré cela, nous décrirons la façon de procéder quand l'on veut rigoureusement suivre les règles de la méthode aseptique pure, quitte à signaler en même temps les écarts permis et les moyens de transiger avec les données de la théorie, quand celle-ci est trop difficile à appliquer dans des conditions données de pratique chirurgicale.

I

MATÉRIEL CHIRURGICAL PROPREMENT DIT

Le *matériel chirurgical*, pour une intervention importante, se compose du *matériel opératoire* et des *substances de pansements*.

A. Le *matériel opératoire* comprend : 1° les liquides stérilisés (*eau stérilisée*) ou *stérilisants* (*solutions antiseptiques*); 2° les *bocaux*, *cuvettes*, *vases*, servant à renfermer, pendant l'opération, les solutions, les instruments de chirurgie, le matériel à sutures, etc.; 3° les *compresses* ourlées, utilisées pour protéger la plaie opératoire, les organes mis à nu et sur lesquels on n'a pas à intervenir, pour nettoyer les cavités, etc.; 4° les *éponges* et *tampons* destinés aux mêmes usages et surtout à absorber, à enlever les liquides qui s'échappent de la plaie; 5° les *instruments de chirurgie proprement dits*; 6° le matériel qui sert

(1) Fournié. Nouvelles recherehes sur l'asepsie; in *Lyon méd.*, 1890, n° 17. — Gross. Asepsie et antisepsie opératoires; in *Rev. méd. de l'Est*, février-mars 1891, p. 137 et 129. — Gallet. Asepsie en chirurgie; in la *Clinique*, 1890. — Vinay. *Manuel d'asepsie*, 1890. — Gangolphe. *Petite chirurgie*, 1888. — Kummer. Quelle est la meilleure méthode d'asepsie opératoire? in *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 20 oct. 1890. — Mazet. Thèse de Lyon, 1890. — Reynier. Société de médecine pratique, 1890, etc., etc.

(2) Baudouin (Marcel). *L'asepsie et l'antisepsie à l'hôpital Bichat.* Service de chirurgie de M. le docteur Terrier (1883-1889), avec introductions et préface de M. Terrier, Paris 1890.

(3) Nous reconnaissons avec plaisir les vaillants efforts tentés depuis longtemps à Lyon par MM. les professeurs Tripier et Poncet, et c'est pour nous un devoir de citer leurs noms, à côté de celui de M. Terrier, dans l'histoire de l'asepsie en France.

(4) La question de l'*infection par l'air* d'une plaie opératoire, du moins pendant la durée de l'intervention, est aujourd'hui jugée. Lister luimême, l'inventeur du spray, de la purification de l'air des salles d'opérations, a dit récemment : « Nous autres, chirurgiens, nous sommes indépendants de l'atmosphère. » Il ne faudrait cependant pas donner à cette boutade plus de portée qu'elle n'en a.

(1) C'est-à-dire celle qui est obtenue exclusivement par la chaleur.

à faire les *sutures* et les *ligatures* (crin de Florence, fils de caoutchouc, soie, catgut, etc.), le drainage des plaies anfractueuses et profondes, susceptibles de donner lieu à un suintement abondant, quoique aseptique (drains en caoutchouc, etc. ; bandelettes *de gaz* aseptique, etc.).

Nous laissons, à dessein, de côté tout ce qui a trait à la salle d'*opérations elle-même* (1). Bornons-nous à rappeler qu'il faut pour toutes ces interventions aseptiques une *salle spéciale*, uniquement réservée à cet usage et *pourvue d'un matériel chirurgical distinct* de celui qui sert pour les interventions chez les infectés et les suppurants (2).

B. Le *matériel destiné aux pansements des plaies aseptiques*, peu complexe, d'ailleurs, est constitué simplement par de l'*ouate hydrophile* et de la *gaze*, découpée en bandes, bandelettes ou compresses parfaitement stérilisées. Cela suffit absolument pour les opérations aseptiques. Cependant, quand une plaie est *drainée*, il peut être prudent de recouvrir le drain d'une sorte d'atmosphère antiseptique; l'on emploie dans ce cas de la gaze ou de l'ouate iodoformée. Cette gaze et cette ouate devront être faites avec de la gaze et de l'ouate stérilisées au préalable.

Voyons maintenant comment l'on parvient à rendre absolument aseptiques les divers objets qui constituent ce matériel chirurgical d'usage journalier.

A. Stérilisation du matériel opératoire. — 1. *Eau*. L'eau, qui sert aux usages chirurgicaux, doit être aseptique, absolument comme celle que, dans les pharmacies, l'on devrait employer pour préparer les diverses solutions médicamenteuses pour injections sous-cutanées d'un emploi courant (cocaïne, morphine, etc.).

Existe-il actuellement des procédés réellement pratiques sur lesquels on puisse compter ? En réalité, il n'y en a que trois qui méritent de retenir l'attention :

a. Le *filtre Chamberland* qui arrête mécaniquement les micro-organismes au passage ou les systèmes analogues ;

b. L'*ébullition répétée* à plusieurs jours d'intervalle;

c. Les *appareils* plus complexes, mais plus sûrs, appareils construits récemment, d'une part par M. Sorel, d'autre part par MM. Geneste, Herscher et Rouart, et qui détruisent, à l'aide de la *chaleur*, tous les microbes contenus dans l'eau (3).

Actuellement le filtre Chamberland est installé dans un grand nombre de nouvelles salles d'opérations de Paris et de province; mais il n'y a de cela que quelques années à peine. Bornons-nous à rappeler qu'il fonctionne par contre à l'hôpital Bichat depuis fort longtemps. Quant aux appareils stérilisateurs, proprement dits, il n'y a encore à Paris qu'une ou deux salles d'opérations qui en soient pourvues. L'appareil Sorel fonctionne au dispensaire Péreire, à Levallois-Perret; celui de MM. Geneste, Herscher et Rouart doit être sous peu, à ce qu'on nous a rapporté, installé dans le service de M. le professeur Tarnier à la clinique d'accouchements.

a. *Filtres*. — Le *filtre Chamberland*, ancien modèle, a pourtant plusieurs inconvénients ; les pores des bougies s'obstruent vite, et bientôt les micro-organismes passent comme dans les filtres ordinaires. D'autre part, pour avoir une bonne stérilisation, il faut n'employer qu'une bougie à la fois (4) : ce qui oblige à faire d'avance des provisions d'eau filtrée, la filtration dans ces conditions étant très lente.

(1) Voir la description des salles d'opérations de MM. Terrier (Beaudoin. *L'asepsie*, loc. cit.), Poncet (*Revue de chir.*), Maunoury (*Progrès méd.*, 1888), de l'hôpital de Rouen (*Norm. méd.*, 1er mai 1891), etc.

(2) M. Terrier, dans un article du *Progrès médical* qui sert d'introduction à l'*Asepsie à Bichat*, a établi la nécessité de celle salle spéciale.

(3) L'*étuve alambic* de M. Moitessier (Guermonprez. Loc. cit. plus loin, p. 382) est de beaucoup surpassé par ces inventions nouvelles.

(4) Dor. *Lyon méd.*, 9 juin 1889.

b. *Ébullition*. — En somme, avec les bougies Chamberland, la stérilisation n'est que relative. Aussi certains chirurgiens, pour plus de garantie, font-ils *bouillir à plusieurs reprises*, dans des récipients *ad hoc*, cette eau déjà filtrée. C'est ce qui a lieu à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier, où l'on n'emploie, depuis plusieurs années, que de l'eau filtrée bouillie.

D'autres opérateurs, depuis les recherches de M. Tavel (1), préfèrent l'*eau salée* (solution à 7 p. 1000) bouillie, à l'eau simplement filtrée et bouillie. Elle a, en effet, quelques avantages. Mais elle a certains inconvénients : l'altération des instruments qui y séjournent; des appareils dans lesquels on la conserve et la fait bouillir (ce que savent bien les marins : encrassement des machines, etc.). Aussi comme ses avantages ne compensent qu'à grand'peine ses inconvénients, préférerions-nous — dans un grand service hospitalier bien installé, cela s'entend — employer, d'une façon courante, l'eau simple stérilisée. Quand, au contraire, le milieu se prête mal à l'emploi de cette eau, on recourra certainement avec profit, comme l'indique Fritsch (2), à la solution bouillie d'eau salée, parfaitement capable de remplacer, pour les malades non infectés, le sublimé ou les autres antiseptiques classiques.

Récemment, on a perfectionné le filtre Chamberland et un très ingénieux appareil de nettoyage, dû à M. O. André, permet d'avoir des résultats plus certains (3). Mais le filtre Chamberland, malgré ce perfectionnement, qui n'a encore été mis à l'épreuve dans aucun service de chirurgie à Paris, n'est pas encore parfait : il est trop difficile d'obtenir des bougies d'une porosité convenable. Aussi quelques chirurgiens, qui ne veulent rien laisser au hasard, préfèrent-ils des appareils un peu plus compliqués, mais susceptibles d'une précision bien plus grande ou plutôt absolue.

c. *Appareils à stériliser l'eau*. — 1° *Appareil Sorel*. — M. Sorel, chimiste attaché au dispensaire de Levallois-Perret, à l'instigation de M. Quénu, a fait construire un appareil destiné à stériliser l'eau par la chaleur. Ce dernier, que nous avons vu fonctionner au dispensaire I. Péreire, est d'un maniement des plus simples (4). Son principe est le suivant :

Vaporisation de l'eau à 100 degrés dans une chaudière; surchauffage de la vapeur d'eau passant dans un tube rougi jusqu'à 180 à 200 degrés (5) ; condensation de l'eau dans un serpentin (6) et récolte dans un récipient, une fois pour toutes stérilisé (7), de l'eau débarrassée de ses micro-organismes. L'appareil fonctionne automatiquement, l'eau qui est chargée de refroidir la vapeur passant dans le serpentin étant utilisée après son échauffement, grâce à un conduit de déviation qui la ramène dans la chaudière. Un thermomètre permet de vérifier à quelle température la vapeur d'eau est soumise, ordinairement de 180 à 200 degrés. Nous reproduisons ci-après le dessin de l'appareil de M. Sorel; ce qui nous dispense d'une description plus détaillée (8) [Voir Fig. 1].

2° *Appareil Geneste, Herscher et Rouart*. — Récemment MM. Geneste, Herscher et Rouart ont fait construire un appareil du même genre. Celui-ci stérilise l'eau par la chaleur

(1) Tavel. *Ann. de micrographie*, déc. 1890. — D'après M. Tavel, l'eau salée qui a bouilli un quart d'heure ne contient plus aucun microbe, tandis qu'avec l'eau ordinaire il faut une demie à une heure d'ébullition pour obtenir le même résultat.

(2) Fritsch. *Deuts. Med. Wochens.*, 1890, n° 19.

(3) O. André. *Nature*, juin 1891.

(4) Quénu. Présentation à la Société de chirurgie, le 11 février 1891.

(5) A pareille température, il ne saurait persister la moindre spore.

(6) Pour stériliser au préalable ce serpentin, il suffit d'y faire passer un courant à 200 degrés, ce qu'on obtient en mettant l'alambic en fonction, sans alimenter le niveau constant; de cette façon, il n'y a pas d'eau dans le réfrigérant et la vapeur passe dans le serpentin sans s'y condenser.

(7) A l'aide du lavage et du flambage ou à l'acide sulfurique.

(8) L'appareil est en cuivre rouge et étamé intérieurement.

sous pression, de façon à lui enlever le moins possible de ses gaz et de ses sels, parce qu'il doit servir aussi à la purification bactériologique de l'eau de boisson (1).

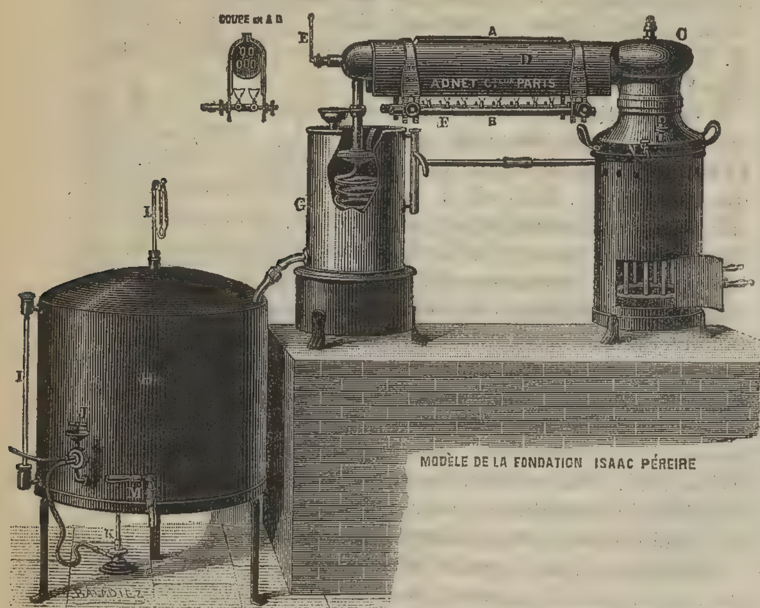


Fig. 1. — *Alambic stérilisateur de M. Sorel.*

Légende. — A, B, appareil de surchauffe; coupe en A, B : coupe de cet appareil; C, tête de l'alambic, à fourneau à gaz; D, garniture des tubes; E, thermomètre indiquant la surchauffe; F, brûleur qui surchauffe la vapeur d'eau à 200 degrés; G, réfrigérant, avec serpentin, à niveau constant; H, réservoir d'eau stérilisée; I, niveau d'eau; J, régulateur métallique d'Arsonval; K, bec Bunsen pour chauffer l'eau du réservoir H et stériliser le robinet M; L, tube à ampoule portant un tampon d'ouate (voie d'entrée d'air stérile); M, robinet (prise d'eau stérilisée), à chauffer au moment de la prise.

Ici on opère en vase clos, sous pression, de 120 à 130 degrés, sans production sensible de vapeur, et c'est cette absence de vaporisation qui permet de ne pas modifier sensiblement la composition de l'eau. L'appareil, très économique, fournit de l'eau absolument stérile, quand le chauffage à 120 degrés a été maintenu pendant quinze minutes, à 130 degrés pendant dix minutes. En voici, du reste, la coupe (Fig. 2).

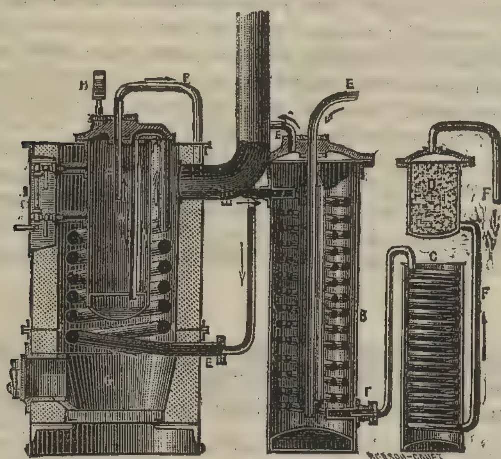


Fig. 2. — *Appareil à stériliser l'eau de MM. Rouart, Geneste et Herscher.*

Légende. — A, chaudière; B, échangeur; C, complément d'échangeur; D, clarificateur, E, arrivée d'eau à stériliser; F, sortie de l'eau stérilisée; G, foyer; H, manomètre; I, niveau d'eau.

Des installations de ce genre devraient exister non pas seulement dans tous les services de chirurgie, mais aussi dans les pharmacies des hôpitaux et être utilisées sur une très vaste échelle pour la préparation des médicaments.

C'est avec cette eau stérilisée que doivent être faites toutes les *solutions antiseptiques* à l'acide phénique, au sublimé, à l'acide borique, etc., destinées à rendre aseptiques la région à opérer et les mains du chirurgien, qu'on ne peut traiter autrement, à réparer une faute d'asepsie commise par inadvertance, etc.

2. *Vases, etc.* — Il est bien plus difficile de stériliser d'une façon satisfaisante et vraiment pratique, les *vases*, les *cuvettes*, les *bocaux* destinés à recevoir les instruments, les compresses, les éponges, etc. On sait pourtant très bien comment on pourrait y parvenir; malheureusement l'emploi des moyens scientifiques qui sont à notre disposition exigerait une installation très coûteuse et, jusqu'à présent, on semble avoir renoncé à rendre ces vases aseptiques à l'aide de la vapeur sèche (1). Cela serait pourtant aisé si l'on pouvait disposer d'étuves suffisamment vastes, de cuvettes en porcelaine, et de bocaux de verre suffisamment réfractaires à l'action des hautes températures, etc. Aujourd'hui on se contente de les nettoyer à diverses reprises avec les solutions antiseptiques chaudes que nous avons mentionnées, et, en particulier, le sublimé. Quand il ne s'agit pas de vases, de plateaux métalliques, on peut avoir recours à une pratique encore préférable, surtout pour les cuvettes de porcelaine, les bocaux de verre qui doivent servir dans les cas de laparotomies (2) : on les laisse séjourner, dans l'intervalle des opérations, dans une grande *cuve* remplie de solution de sublimé à 1 p. 1 000, qu'on renouvelle de temps en temps. De cette façon, ces objets ne peuvent être contaminés. Au moment de l'opération, on les lave à l'eau stérilisée bouillante.

3. *Compresses.* — Les compresses, bien ourlées, de toile ou de coton, qui sont utilisées dans les diverses opérations abdominales ou autres, demandent une préparation très soignée; mais l'on sait aujourd'hui les rendre aseptiques, sans avoir recours aux antiseptiques chimiques.

Jadis on se bornait à les lessiver, à les nettoyer comme du linge ordinaire; plus tard, on se décida à les faire *bouillir*, à plusieurs reprises, dans une solution antiseptique (acide phénique, sublimé à 1 p. 1000, etc.). Mais ces procédés, encore aléatoires au point de vue de la stérilisation, présentaient un notable inconvénient pour les interventions intra-péritonéales : pendant l'ébullition, l'eau de la solution s'évaporait en partie et le sel employé imprégnait fortement quelques-unes de ces compresses. Celles-ci, introduites dans l'abdomen pendant la demi-heure ou l'heure que durait l'opération, pouvaient être l'origine d'accidents plus ou moins graves dus à une intoxication par le sublimé, etc. (3).

Aussi, aujourd'hui, préfère-t-on les stériliser à l'*autoclave* : ce qui est à la fois extrêmement facile et tout à fait sûr. Elles sont d'abord lavées à fond, puis lessivées (4), enfin conservées pliées comme de simples serviettes dans un meuble ad hoc. Une heure avant l'opération on les empile dans un cylindre métallique, entièrement en nickel, pourvu d'un couvercle avec anse. Le rebord de ce couvercle présente un orifice qui doit correspondre pendant la chauffe à un orifice de même forme placé près du bord

(1) Gabriel Pouchet. Étude critique des procédés d'épuration et de stérilisation des eaux de boisson; in *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, avril 1891, et tirage à part, Baillière 1891. — Voir Soc. de méd. publ. et d'hyg., présentation en novembre 1890.

(1) Cependant, pour quelques objets de petit volume (tubes de verre, verres à expériences, sondes en verre, canules de verre, etc.), rien n'est plus facile que de les passer à l'étuve sèche, comme les instruments de chirurgie ordinaires.

(2) Ce sont toujours les mêmes.

(3) M. H. Delagenière (du Mans) en a observé sous nos yeux quelques exemples.

(4) On emploierait avec de grands avantages, pour cette préparation préliminaire et pour d'autres analogues, la *laveuse-lessiveuse de* M. Dehaistre (*Progrès méd.*, juillet 1891).

supérieur du cylindre. On introduit ce dernier dans un autoclave quelconque dont les dimensions correspondent exactement à celles du cylindre, et l'on dispose le couvercle de telle sorte que, pendant la stérilisation, la vapeur d'eau puisse facilement cheminer à travers les compresses. On porte graduellement l'appareil à 120 degrés et le maintient de un quart d'heure à une demi-heure à cette température. On agit de façon à ce que les compresses soient encore chaudes au moment où on commence l'opération.

La stérilisation terminée, on ouvre l'autoclave et on obture complètement le cylindre sans toucher aux compresses, en déplaçant le couvercle; de la sorte les orifices ne correspondent plus. On a ainsi une boîte métallique hermétiquement close, contenant des compresses réellement aseptiques. Elle peut être facilement transportée du laboratoire où les manipulations préliminaires se pratiquent au lieu même où l'on opère, soit à l'hôpital, soit en ville (1), soit même dans une autre ville. On peut la transporter, de même que la boîte aux instruments.

4. *Tampons et éponges.* — Les *tampons* aseptiques, qui sont destinés à remplacer les éponges, se préparent de la façon suivante, soit avec de la gaze à pansement, soit avec de la gaze et de l'ouate stérilisée au préalable. Les tampons, formés de lamelles de gaze superposées, ourlées et cousues ensemble à l'aide d'un fil de soie, peuvent remplacer parfaitement les éponges plates, comme nous avons pu nous en assurer au cours de diverses laparatomies avec M. H. Delagenière. Les autres tampons, arrondis, sphériques, de volumes divers, dits tampons de Terrier, qu'on confectionne avec de l'ouate hydrophile englobée dans une enveloppe épaisse de même gaze, permettent aussi de se passer des petites éponges. Pour qu'ils soient sans inconvénients, il suffit que la gaze ne s'effrite pas ou que l'ouate ne passe pas à travers les mailles de la tarlatane. La stérilisation de ces tampons est très facile; elle est absolument identique à celle des compresses; on peut donc se borner à les faire bouillir dans une solution de sublimé une ou plusieurs fois. Mais il vaut beaucoup mieux les passer à l'autoclave. Quand on dispose d'un appareil assez grand pour qu'on y puisse introduire deux demi-cylindres métalliques, dans l'un on place les compresses, dans l'autre les petits tampons arrondis et les tampons larges, et même le fil à sutures, la *gaze à drainer*, etc., comme nous allons l'indiquer bientôt.

Eponges. — Les chirurgiens qui emploient les éponges ne peuvent recourir à la stérilisation par la chaleur; il faut revenir aux antiseptiques chimiques, car, dans l'autoclave, elles se raccornissent tellement qu'elles deviennent absolument inutilisables. Le procédé journellement employé est décrit partout : il porte le nom de *méthode de la Salpêtrière* (2). On en trouvera la description, avec les perfectionnements qu'il a subis depuis 1886, dans notre description de l'hôpital Bichat.

5. *Instruments.* — Les instruments de chirurgie peuvent être stérilisés de bien des façons (3); mais les deux procédés généraux paraissant pratiques qui subsistent seuls sont : *a.* l'*ébullition*; *b.* le *chauffage à la chaleur sèche* (4). Tous les autres moyens présentent de grands inconvénients sur lesquels il serait trop long d'insister. Ces instruments doivent, bien entendu, être *entièrement métalliques* et parfaitement *nickelés*. Pour plus de sûreté, il vaut mieux avoir deux séries d'instruments : les uns ne servant qu'aux opérations septiques, dont nous n'avons pas à nous occuper ici; les autres exclusivement réservés pour les malades non infectés. Ces derniers doivent donc être à demeure dans la salle des opérations aseptiques. Il en sera de même d'ailleurs pour tout le matériel opératoire. Quand les instruments ont servi à une opération quelconque, il faut d'abord, avant de les stériliser par un procédé véritablement scientifique, les débarrasser des détritus qui peuvent encrasser leurs parties concaves. Pour cela, on les fait d'abord bouillir dans de l'eau simple ou additionnée de carbonate de soude pendant une demi-heure; puis on les nettoie vigoureusement à la brosse. Ce premier nettoyage terminé, on peut détruire les germes qui persistent, soit par une nouvelle ébullition plus soignée, soit, ce qui vaut beaucoup mieux, par le chauffage à la chaleur sèche, seul procédé dans lequel on puisse avoir vraiment confiance.

a. *Ebullition.* — On peut faire bouillir dans de l'eau simple, ou stériliser par plusieurs ébullitions successives, tous les instruments nécessaires à une opération; mais on peut aussi — et cela vaut mieux — ajouter à cette eau une substance, antiseptique ou autre, qui élève son point d'ébullition (1) et donne plus de chances pour la destruction des micro-organismes. Toutefois la solution de sublimé doit être rejetée; elle détériore en un instant, quoi qu'on en ait dit, les instruments même les plus soigneusement nickelés. La solution phéniquée présente elle-même un inconvénient analogue, quoique à un degré bien moindre. On aura plutôt recours soit au *chlorure de sodium*, soit, ce qui est encore préférable, au *carbonate de soude ou de potassium.* Les instruments ainsi préparés ne sont plus gras et ne rouillent pas (*Stérilisateur* de von Bergmann [de Berlin], etc., etc.).

Quand on a recours à l'ébullition, point n'est besoin d'appareil spécial; une casserole vulgaire, émaillée, est parfaitement suffisante, pourvu qu'elle soit assez grande et permette aux instruments les plus longs d'immerger complètement dans le liquide. Quelques chirurgiens se servent d'une boîte cubique, en forme de parallélipipède très allongé, pourvue d'une grande lampe à alcool avec plusieurs becs. De la sorte ils peuvent en ville, chez le malade même, faire bouillir leurs instruments. Cette manière de voir ne nous semble pas suffisante pour les opérations abdominales — si l'on ne veut rien laisser au hasard — à moins de plusieurs ébullitions successives et à plusieurs jours d'intervalle, ce qui n'est guère pratique. Le chauffage à 130 degrés dans la glycérine, qui ne bout qu'à 280 degrés, ou dans la vaseline, par la méthode de M. Poncet [de Lyon] (2), est très admissible et très sûr dans ses résultats; à Paris, nous n'avons jamais vu nos maîtres y avoir recours, probablement à cause de légers inconvénients, faciles à soupçonner d'ailleurs.

b. *Chauffage à la chaleur sèche.* — La stérilisation à la chaleur sèche est un procédé bien plus scientifique (3), si l'on atteint une température suffisante. A l'hôpital surtout elle est très pratique; on peut l'employer pour tous les instruments (4), qu'on introduit dans l'étuve sèche après les

(1) Quand les compresses sont refroidies, on les réchauffe avec de l'eau stérilisée bouillante; quand elles sont trop chaudes, on les ramène à la température voulue en versant, dans le cylindre qui les renferme, une petite quantité d'eau stérilisée froide.

(2) Terrier. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1886, t. XII, p. 929.

(3) Voir Vinay. *Manuel d'asepsie*, 1890, p. 244.

(4) Le flambage à la lampe à alcool ne peut servir que dans des cas particuliers.

(1) On peut aller ainsi assez loin : on peut avoir de l'eau qui ne bout qu'à 130 degrés, en se servant de solutions très saturées.

(2) Poncet. *Revue de chir.*, 1888, p. 628.

(3) Le *chauffage à la chaleur humide sous pression*, qui serait encore meilleur que celui auquel on a recours aujourd'hui, est en réalité inapplicable; les instruments se détériorent de suite quand on les stérilise à l'autoclave (Tripier, Redard, etc.). L'*étuve à huile* de M. Tripier est d'un usage plus défendable.

(4) Pourtant, à l'étuve sèche, les instruments coupants, bistouris et couteaux, s'altèrent un peu. On peut se contenter de les nettoyer, s'ils ne servent d'habitude qu'à des opérations aseptiques, avec du chloroforme, puis de les faire bouillir dans de l'eau filtrée, stérilisée par plusieurs ébullitions successives. Il est parfois aussi nécessaire de faire de même pour les aiguilles à manches. Celles-ci s'abîment à penie pendnat

avoir placés dans des boîtes de cuivre ou de nickel pur. Quand ils ont été chauffés, au moment où l'on ouvre l'étuve, on met une couche d'ouate au-dessus d'eux et on appose le couvercle de la boîte, s'il n'a pas été placé au préalable. Bien fermée à cet instant, cette boîte peut être dès lors transportée en ville sans qu'on ait besoin de l'ouvrir. Les instruments peuvent n'être utilisés que plusieurs jours après.

Pour l'opération les instruments sont sortis de cette boîte par des mains rigoureusement aseptiques, et placés dans des plateaux métalliques ou des cuvettes préalablement stérilisés, comme nous l'avons mentionné. On peut laisser les instruments à sec dans ces plateaux, mais il vaut mieux les faire baigner sous une couche d'eau stérilisée chaude. De la sorte on empêche les poussières de l'atmosphère de venir se déposer sur eux et, pendant le temps qu'ils ne servent pas, les caillots sanguins qui les recouvrent se détachent eux-mêmes et laissent libres les lames des bistouris et les mors des pinces.

Le type de ces étuves sèches est celui qu'a fait construire M. le docteur Poupinel dès 1888 (1) et dont nous croyons inutile de reproduire le dessin (2). Mais il a quelques inconvénients; le régulateur de la température, qui est à mercure et à gaz, fonctionne assez mal; de plus, tous les points de l'étuve ne sont pas portés au même degré (3), alors même que l'on continue la chauffe

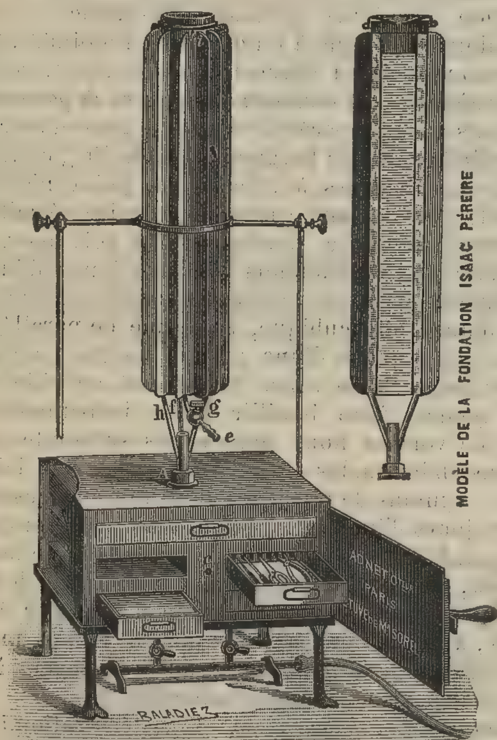


Fig. 3. — *Étuve sèche de M. Sorel pour stérilisation des instruments de chirurgie.*

Légende. — Étuve à cinq compartiments spéciaux, renfermant chacun une boite à instruments. — A, régulateur au xylène et tube de raccord avec la double enveloppe de l'étuve.

pendant longtemps (Quénu). Aussi lui préfère-t-on parfois l'étuve sèche, construite par M. Sorel et qui fonctionne dès maintenant au Dispensaire Péreire, à Levallois-Perret. Cet appareil a un régulateur fondé sur un principe différent et qui ne se dérange jamais; en outre, il est disposé de telle sorte que le vice de construction, signalé plus haut pour l'appareil Poupinel, a été évité avec soin (1) [Voir Fig. 3].

Pour stériliser les instruments par ce procédé, il suffit de les soumettre à une température de 180 degrés (stérilisateur Poupinel) pendant trois quarts d'heure; comme il faut un quart d'heure pour que l'étuve parvienne à cette température, les instruments y séjournent une heure; puis on les y laisse refroidir. La surveillance de ces appareils est absolument nulle.

On stérilise, de la même façon que les instruments de chirurgie, les *fils d'argent* destinés aux sutures *profondes* ou osseuses, jadis très employés. On les coupe de la dimension voulue et on les place dans un tube de verre qu'on obture avec un peu d'ouate hydrophile. Ce tube est placé avec les instruments dans la boîte métallique. On procède de la même façon pour les *broches d'acier*, dont on se sert dans l'hystérectomie abdominale; pour les *épingles anglaises*, destinées à fixer les drains, etc. En un mot, tout ce qui est métallique et peut supporter une température de 180 degrés est susceptible, sans le moindre inconvénient, d'être ainsi rendu aseptique.

Pour les instruments qu'il est impossible de construire en métal, les instruments en caoutchouc rouge ou en gomme, par exemple (sondes, bougies, etc.), on a été obligé de recourir à des procédés spéciaux de stérilisation et à des moyens particuliers pour les conserver aseptiques. La description de ces diverses méthodes de stérilisation nous entraînerait trop loin; nous renvoyons le lecteur à l'étude comparée que nous en avons faite ailleurs (2). Aussi bien s'agit-il là d'instruments ne servant guère que pour les opérations sur les voies urinaires ou biliaires, c'est-à-dire que dans les cas d'opérations faites chez des sujets infectés; nous n'y insisterons donc pas, pour ne point sortir des limites que nous nous sommes imposées.

6. *Matériel à sutures, ligatures, drainage*, etc. — a. *Substances pour ligatures et sutures.* — 1° *Catgut.* — Les chirurgiens, qui se targuent de faire de l'asepsie absolue, ont renoncé, depuis longtemps, à l'antique catgut (M. Terrier et ses élèves, etc.). Il est trop difficile à désinfecter réellement, ainsi qu'en font foi les conclusions d'un mémoire tout récent de P. Klemm (3). Certes, on peut parvenir à le stériliser, mais en somme, comme le dit cet auteur, il vaut mieux s'en passer. D'ailleurs, il y a bien longtemps qu'on a reconnu qu'il ne donnait pas de résultats certains (E. Kammeyer (4), Fowler, etc.).

Cependant, pour ceux qui tiendraient à l'employer encore, voici, sans parler du *catgut au naphtol*, recommandé par MM. Leclerc, Bazy, etc., quelques procédés nouveaux qui sont assez pratiques et semblent suffisants. Brunner (5) le prépare ainsi : nettoyage et lavage du catgut au savon de potasse; séjour pendant une demi-journée dans l'éther; puis immersion pendant douze heures dans une solution aqueuse de sublimé à 1/1000. Le conserver dans la solution suivante : alcool, 90; glycérine, 10; sublimé, 0,1. Au moment de s'en servir, laver à nouveau dans une solution nouvelle de sublimé. Boldt, Grandin, etc. (6), recommandent l'*ébullition* du catgut dans une solution de sublimé à 1/1000, mais nous pensons qu'une seule ébullition n'est pas suffisamment sûre. Malgré sa grande valeur, la stérilisation à

leur séjour à l'étuve, si l'on prend la précaution de les mettre dans de petits tubes de verre isolateurs, obturés à l'ouate.

(1) Poupinel, in *Rev. de chir.*, août 1888.

(2) Pour les différents modèles d'étuves, voir Guermonprez : Etuves en chirurgie; in *Journ. des sc. méd. de Lille*, 4, 11 et 18 octobre 1889, p. 313, 345 et 369.

(3) Il y a, en certains points, parfois 20 degrés de différence.

(1) Le seul inconvénient du stérilisateur Sorel est qu'on ne peut guère dépasser avec cet instrument 135 degrés, le régulateur de température fonctionnant à 140 degrés. Mais, en pratique, cette température est suffisante.

(2) M. Baudouin. *L'asepsie et l'antisepsie à l'hôpital Bichat*, 1890, ch. V, p. 134.

(3) P. Klemm. *Arch. f. Chir.*, 1891, t. XLI, p. 902.

(4) E. Kammeyer. *Ueber Sterilisation von Katgut.* Inaug. dissert., Berlin, 1890.

(5) Brunner. *Beitr. zur Klin. Chir.*, Bd. VII, H. 2.

(6) *Amer. Journ. of Obst.*, févr. 1889. — Ce procédé est très inférieur.

la chaleur sèche (méthode Reverdin) a des inconvénients indiscutables (1). On y recourera pourtant de préférence, car elle semble la meilleure de toutes. Quant aux anciens procédés, décrits dans tous les traités d'antisepsie, ils sont souvent infidèles et il faut les abandonner presque tous.

Pour les opérations qui doivent être tout à fait *aseptiques* et en ce qui concerne du moins les ligatures ou les sutures *perdues* (2), à notre avis on ferait beaucoup mieux, dès aujourd'hui, d'abandonner complètement le catgut, malgré son histoire glorieuse et tous ses titres à la reconnaissance de la postérité. On semble oublier, en effet, que cette substance se fait avec des intestins, c'est-à-dire un organe qui doit contenir, de par sa nature même, un certain nombre de germes plus ou moins pathogènes.

2° *Soie.* — La soie est d'une stérilisation bien plus facile. Deux procédés restent en présence et on peut les employer aussi bien l'un que l'autre, suivant les circonstances.

Si l'on ne possède pas d'autoclave, après avoir enroulé le fil de soie sur des cylindres d'ouate hydrophile (Delagenière) ou sur des petits cadres de verre [Poupinel (3)], plutôt que sur des bobines de verre, on le fait *bouillir* deux ou trois fois, à plusieurs jours d'intervalle, pendant vingt minutes environ, dans une solution de sublimé à 1/1000. Pour cela, on se sert avec avantage de petits vases émaillés. Plusieurs ébullitions successives sont nécessaires; mais elles ont un inconvénient : elles rendent la soie *cassante* et l'on est obligé de la renouveler souvent.

Avec l'*autoclave*, cet ennui disparaît; la soie peut ici être enroulée sur des bobines et les bobines doivent être placées dans une compresse, avant d'être introduites dans l'appareil (Quénu). Certes, comme l'ont fait MM. Poupinel, Poncet [de Lyon (4)], il est plus commode peut-être de les mettre dans de petites *boîtes en nickel*, plates et cylindriques, construites sur le même type que le cylindre à compresses, c'est-à-dire à couvercle pourvu d'une anse et d'un orifice pour la pénétration de la vapeur d'eau sous pression. Mais l'usage de ces boîtes, qui sont très transportables en prenant les mêmes précautions que pour les compresses, a un grand inconvénient : il nuit à la stérilisation. Des recherches récentes (5) ont montré, au dire de M. Terrier, que, dans ces boîtes placées dans l'autoclave, la température n'atteignait jamais 120 degrés. Dans ces conditions, la stérilisation n'est pas absolue : il faut donc renoncer à ce procédé (6). La soie est conservée dans une solution de sublimé à 1/1000, pour les opérations courantes; mais il vaut mieux la stériliser le jour même de l'intervention, s'en servir de suite et autant que possible ne pas employer des fils préparés depuis longtemps, à moins de les avoir tenus dans une solution alcoolique de sublimé à 1 p. 100.

La soie est aujourd'hui la meilleure substance pour faire toutes les sutures *perdues*, pour lier les vaisseaux les plus volumineux comme pour réunir diverses parties de l'intestin, pour fixer un organe en un point quelconque (7); et il n'est pas douteux que, dans quelques mois, elle aura presque complètement détrôné le catgut, qui vit surtout aujourd'hui sur son ancienne renommée listérienne.

3° *Crins de Florence.* — Après avoir été lavés et dégraissés à l'eau chaude et au savon, les crins de Florence peuvent être stérilisés à l'autoclave (Quénu), dont ils supportent bien mieux que le catgut la température élevée; nous en avons vu faire l'expérience à l'hôpital Cochin. Mais il est plus simple, pour cette substance qui ne doit servir qu'à faire que des sutures temporaires et superficielles, de se contenter de plusieurs ébullitions dans la solution de sublimé.

On conserve les crins, comme la soie, dans de petits bocaux de verre à très larges ouvertures, pour que la préhension des fils puisse se faire au milieu de la solution de sublimé conservatrice sans qu'on ait à toucher aux parois du bocal pouvant être malpropres.

b. Drainage. — Les drains de caoutchouc rouge de divers calibres doivent être stérilisés par plusieurs ébullitions successives dans la solution de sublimé à 1 p. 100. Chaque ébullition doit durer une vingtaine de minutes. On les conserve comme le crin de Florence. On pourrait les stériliser à l'autoclave ou à la chaleur sèche; mais il faudrait alors prendre certaines précautions, recourir à certains artifices, car le caoutchouc ne supporte pas sans s'altérer un peu une température supérieure à 100 degrés. Les ébullitions suffisant amplement, on conçoit qu'on n'ait pas encore employé pour les drains les procédés utilisés pour la stérilisation des sondes ou des bougies en gomme ou en caoutchouc rouge.

Certains chirurgiens se servent, pour drainer ou faire le tamponnement dans les cavités anfractueuses et saignantes, de bandelettes de *gaze*. C'est là une très bonne pratique; mais au lieu d'employer de la gaze iodoformée comme le font la plupart des opérateurs, et à cause des ennuis que l'iodoforme peut causer, on recourra à de la *gaze à pansements stérilisée* à l'aide de l'appareil de M. Sorel. L'emploi de la gaze stérilisée a été vanté déjà par divers gynécologistes au Congrès international de Berlin (août 1890).

B. Stérilisation des matériaux de pansements. — Nous avons vu que, pour une plaie restée aseptique pendant toute la durée de l'opération, il suffisait d'avoir à sa disposition de l'*ouate hydrophile* et de la *gaze*, cest-à-dire de la tarlatane ordinaire du commerce. La gaze est placée directement sur la plaie; par-dessus on dispose une couche d'ouate. Le pansement est complété avec de l'ouate ordinaire et maintenu en place à l'aide de bandes ou de bandelettes de gaze qu'à la rigueur on peut stériliser aussi.

L'appareil qui nous semble de beaucoup le plus pratique pour cette stérilisation de l'ouate et de la gaze, préparée à l'avance en bandes ou compresses, des bandelettes de flanelle, etc., est l'*étuve* qu'a construite M. Sorel pour le dispensaire de Levallois-Perret et dont un modèle récemment perfectionné fonctionne dès aujourd'hui à l'hôpital Cochin (voir Fig. 4), dans le service de M. Quénu.

Certes à Lyon et à l'étranger (1), on se sert d'autres stérilisateurs construits sur un principe différent. Mais celui-là nous paraît, sinon le plus simple, du moins le plus commode et le plus sûr qu'on ait construit jusqu'à présent.

Cette étuve de M. Sorel n'est qu'un autoclave modifié de telle sorte que les matériaux de pansements, stérilisés à la chaleur humide sous pression, sont desséchés ensuite dans l'appareil lui-même. Ce résultat est obtenu à l'aide d'un

(1) La Rochette. *Lyon méd.*, 1er juin 1890.

(2) Avec M. Quénu, nous n'admettons l'emploi du catgut en chirurgie que pour les interventions siégeant au voisinage des cavités naturelles, impossibles à désinfecter complètement (le vagin [opérations sur le col utérin, etc.], la bouche, le rectum, etc., etc.). La soie est moins bonne dans ces cas, parce qu'elle ne se résorbe pas vite et favorise l'infection des points de suture (Société de chirurgie, 8 juillet 1891).

(3) En mettant sur chaque cadre très peu de fil, 1m50 à 2 mètres, le sublimé imprègne mieux toutes les parties de la soie. Quand on se sert de bobines, les tours de spire, situés dans la profondeur, peuvent ne pas être absolument stérilisés. Les tours les plus superficiels empêchent l'antiseptique de pénétrer suffisamment.

(4) Pic. Thèse de Lyon, 1890.

(5) Terrier. Société de chirurgie, 8 juillet 1891.

(6) On a vanté récemment la désinfection à l'aide du *chloroforme* (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 10 juin 1891, p. 379); mais rien ne vaut l'ébullition et surtout l'autoclave.

(7) Quoi qu'on en ait dit, la soie, absolument *aseptique*, placée dans un milieu *aseptique*, ne s'élimine pas et ne s'infecte généralement pas secondairement (voir *Progr. méd.*, 11 juillet 1891, p. 27).

(1) Kaskaroff. Ein tragbarer Wasserdampfsterilisation fur Verband materiel; in *Centralbl. f. Gyn.*, 28 mars 1891, n° 13, p. 249. — Gleich. Ueber Sterilisirung von Verband-stoffen; in *Wien. Klin. Wochens.*, 1891, n° 5 (méhode de Billroth).

dispositif spécial qui permet d'abord de refroidir l'autoclave par l'introduction d'un courant d'eau froide, puis d'obtenir le desséchement par le passage à travers son contenu d'un courant d'eau stérilisé lui-même à son entrée dans l'appareil.

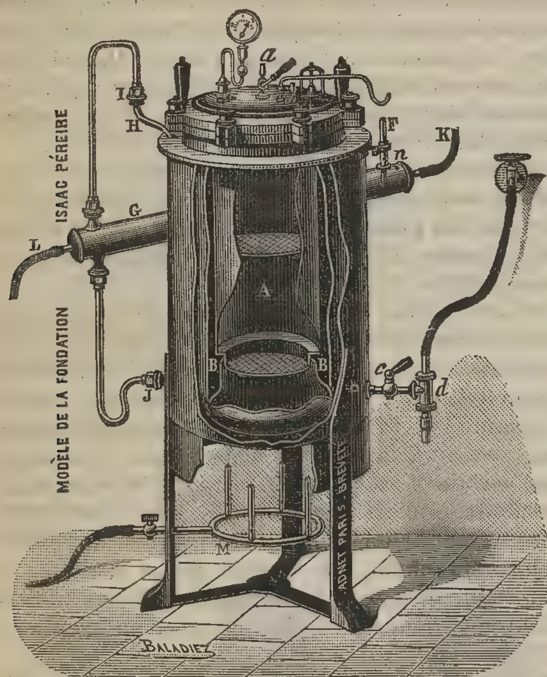


Fig. 4. — *Stérilisateur pour matériaux de pansements de M. Sorel* (dernier modèle).

Légende. — A, cylindre où sont placés les matériaux à stériliser; B, B', rigole annulaire recevant l'eau destinée à être transformée en vapeur d'eau qui pénétrera en A; F, bec Bunsen, destiné à porter au rouge le tube de platine d'entrée pour l'air sec chargé de dessécher A; quand on ouvre le robinet *b*, de l'air stérilisé entre donc en A; G, régulateur au xylène : réfrigérant; K, L, voie d'entrée et de sortie de l'eau du réfrigérant G; J, tube de sortie des vapeurs de xylène venant de la double enveloppe de l'étuve; I, H, tube de rentrée de ces vapeurs refroidies au contact de l'eau qui passe en G; M, brûleur à gaz; *a*, robinet servant à l'expulsion de l'air de l'appareil; *c*, robinet de sortie de la vapeur d'eau quand la trompe à eau, *d*, fonctionne.

Les matériaux de pansements sont placés dans des cylindres de laiton à base grillagée et à ouverture supérieure libre, qu'on obture à leur sortie de l'étuve, à l'aide des couvercles mobiles. Dans l'appareil, la vapeur d'eau sous pression (1 kil. 1/2 à 130 degrés) traverse les cylindres où passe ensuite, quand la stérilisation est effectuée, le courant d'air chargé de les dessécher.

Ces cylindres sont conservés hermétiquement fermés jusqu'au moment où l'on a besoin des substances qu'ils renferment. On peut facilement les transporter.

C'est M. Tripier [de Lyon] (1) qui, le premier, a songé à stériliser ainsi par la chaleur les objets de pansements; mais la chaleur sèche n'ayant donné que de mauvais résultats (détérioration du coton, etc.), il se borna à utiliser l'autoclave Chamberland et à faire sécher ensuite ces objets dans un séchoir ordinaire. M. Fournié [de Lyon] (2) essaya bientôt de simplifier cette manière de faire en réunissant ensemble autoclave et séchoir et son invention constituait réellement un perfectionnement important (3); mais l'appareil de M. Sorel réalise encore un progrès plus notable, puisqu'il permet de dessécher les substances préparées à la chaleur humide sans les déplacer et de les conserver longtemps aseptiques, si les cylindres qu'on emploie ferment d'une façon hermétique. En tout cas, il est bien supérieur à ce que l'on a à l'étranger.

II

LE CHIRURGIEN ET SES AIDES

L'asepsie du chirurgien et de ses aides se résume en une seule et unique précaution; mais elle est absolument capitale. Et c'est parce qu'un grand nombre la négligent, n'en tiennent que très peu compte, ne croient qu'à moitié à sa grande importance, qu'on a encore aujourd'hui des accidents septiques d'origine opératoire. Nous y insistons d'autant plus que la *désinfection des mains* — car c'est d'elle qu'il s'agit — est bien plus difficile à obtenir qu'on ne le pense et qu'on veut bien le dire, bien plus *malaisée à conserver* absolue, pendant toute la durée de l'intervention, qu'on ne se le figure généralement.

Désinfection des mains. — 1° *Mesures prophylactiques.* — Il est d'abord un moyen simple d'avoir les mains propres pour l'opération : c'est de ne pas les salir au préalable. Cette vérité, d'une évidence à toute épreuve, n'est pourtant pas bien entrée encore dans l'esprit de beaucoup de chirurgiens et de leurs aides. On les voit souvent, en effet, quelques instants avant d'ouvrir ou de contribuer à l'ouverture de l'abdomen, manier à l'amphithéâtre d'autopsies des intestins infectés ou des vessies purulentes, plonger leurs mains au milieu des fausses membranes de péritonite septique, etc. On les voit passer des journées entières à disséquer des cadavres plus ou moins infectés dans les écoles d'anatomie; puis, sans précautions suffisantes, ils vont souvent aider aux opérations les plus dangereuses au point de vue de l'infection. Ils ne se doutent pas de la responsabilité qu'ils encourent aujourd'hui. D'ailleurs, qui le leur aurait appris?

D'autres — et la majorité en est là, chirurgiens ou internes — font à l'hôpital des pansements infectés, extrêmement septiques, cinq minutes avant d'opérer : nous avons vu bien des fois panser des malades atteints de septicémie gangréneuse, de tétanos, etc., avant une intervention qui aurait pu rester aseptique, si elle avait été bien conduite et faite dans d'autres conditions. Les opérés ne meurent pas tous, parce que l'usage des antiseptiques à haute dose atténue la virulence des germes transplantés; mais tous, dans ces conditions, sont frappés : ils sont légèrement infectés et suppurent à qui mieux mieux. Il est pourtant bien simple de réduire à néant toutes ces causes d'échec, d'éviter le pus. Il suffit, dans un hôpital, de faire toutes les opérations qui doivent être aseptiques, les moins importantes comme les plus graves, *avant la visite* des salles de malades. C'est là une excellente pratique qui empêche maîtres et élèves d'infecter — au contact d'ulcères anciens, de plaies suppurantes — leurs mains qu'ils auront tout à l'heure tant de peine à nettoyer convenablement. M. Terrier y insiste beaucoup et n'entre jamais dans les salles avant d'avoir terminé toutes les interventions aseptiques de la matinée. Toute opération de ce genre est faite la première, bien entendu, et une opération chez un suppurant doit empêcher, à moins d'urgence, le chirurgien de toucher à une plaie aseptique.

Si, de plus, on fait tous ses efforts, lorsqu'on donne des soins à un malade infecté, pour ne toucher la région malade qu'avec des instruments réservés exclusivement à cet usage, on aura presque toujours les mains dans un état de propreté chirurgicale dont l'importance ne saurait échapper. La première chose à rechercher est donc de toujours faire en sorte de les infecter le moins possible, au cours du plus infime pansement, par des contacts avec des

(1) Tripier, *Lyon méd.*, 11 décembre 1887.
(2) Fournié, *Lyon méd.*, 15 avril 1888.
(3) Voir la disposition de cet appareil dans Vinay (*Manuel d'asepsie*, 1890, p. 267 et 279). Nous recommandons spécialement l'emploi de la bobine perforée autour de laquelle on peut enrouler la gaze ou l'ouate.

plaies ou des substances nocives. N'est-il pas, en effet, plus facile de maintenir propre ce qui l'est déjà, que de rendre propre ce qui ne l'est pas? La meilleure façon de réaliser ce desideratum, c'est de ne toucher aux plaies ou aux objets infectés qu'avec les plus grandes précautions; c'est de n'y toucher, pour ainsi dire, que du bout des doigts. Encore faut-il avoir soin de n'y point mettre les ongles! Il est indispensable, quand on est obligé de travailler dans les abcès, dans ces vieilles plaies, véritables bouillons de culture où prospèrent des milliers de microbes pathogènes, d'empêcher à tout prix les plis des doigts, la sertissure des ongles, de donner asile à des hôtes aussi dangereux, aussi difficiles à éloigner ou à détruire que les micro-organismes pyogènes ou septicémiques. En veut-on une preuve clinique, bien terre à terre il est vrai, mais bien démonstrative? Ceux qui ont pris l'habitude de se comporter ainsi vis-à-vis du pus et des liquides septiques, quelle que soit leur origine, peuvent se faire ou subir des blessures aux doigts au cours d'opérations aseptiques (piqûres, éraflures, incisions, etc.); elles guérissent rapidement, sans pansement aucun (1) et sans la moindre suppuration, ces personnes-là évitant ultérieurement d'instinct, malgré leurs occupations habituelles, — anatomiques ou chirurgicales, — tout ce qui pourrait souiller la petite plaie qu'elles ont à la main.

2° *Manuel opératoire de la désinfection des mains.* — Quand il s'agit d'opérations, désinfection des mains signifie désinfection parfaite des doigts, de la main et des avant-bras tout entiers, ces diverses parties du membre supérieur pouvant être, à un moment donné, en contact avec la plaie. On sait comment on y parvient, surtout si la veille on n'a pas touché à des objets infectés (2). Nous n'insistons pas. A l'hôpital, un lavabo ordinaire au-dessus duquel arrive une conduite d'eau stérilisée (robinets pour eau froide et eau chaude) à côté, une planchette où l'on place le savon, les brosses, le cure-ongles, etc.; puis une autre cuvette remplie de solution de sublimé : il n'en faut pas davantage. Après nettoyage soigné des ongles, on se lave vigoureusement les mains avec le savon antiseptique (3), puis à l'eau chaude stérilisée; enfin on les laisse immergées dans la solution de sublimé à 2/1000 pendant plusieurs minutes. De la sorte, on a toutes les garanties possibles, surtout si la *partie mécanique du nettoyage* a été réalisée avec conviction, en particulier pour la sertissure des ongles (4).

3° *Précautions à prendre pour conserver les mains aseptiques pendant l'opération.* — Lorsque les mains ont été parfaitement désinfectées, *elles ne doivent plus toucher à quoi que ce soit*, si ce n'est à des objets ayant subi une préparation analogue (région à opérer) ou stérilisés complètement (matériel chirurgical). Il ne faut point les essuyer à son tablier ou à sa blouse (5), quel que soit l'état de propreté de ces vêtements, aux draps ou couvertures qui protègent le malade ou recouvrent le lit d'opérations, aux meubles voisins, à l'extérieur des cuvettes, etc. Les mains ne doivent pas toucher à un point quelconque du visage : barbe, oreilles, cheveux, etc., toutes régions qui peuvent être, par hasard, occupées par des germes qu'il serait néfaste de transporter dans la plaie. S'il est nécessaire de toucher à un objet impur, il ne faut le faire que par l'intermédiaire d'une compresse aseptique, que l'on met ensuite de côté (manche du thermocautère, etc.; acte de se moucher, etc.). Quand, par inadvertance, il y a eu un contact suspect, il importe de procéder de suite à un nouveau nettoyage mécanique des mains. Pour cela, on les plonge dans une solution de sublimé à 1/1000, placée à portée, et par le frottement des deux mains l'une contre l'autre, on s'efforce de faire disparaître mécaniquement les parcelles solides qui ont pu se déposer sur elles. Une bonne précaution consiste à avoir toujours les mains humides, en les plongeant de temps à autre dans la même solution; de la sorte, les particules qui sont susceptibles de tomber sur elles pendant l'opération sont facilement enlevées à une immersion ultérieure dans le liquide antiseptique. On pourrait, à la rigueur, se contenter pour cela d'eau stérilisée chaude (1).

III

LE MALADE

Le champ opératoire, quand il s'agit d'une région recouverte par la peau, devrait être traité absolument comme la main du chirurgien, puisque tous les deux doivent être rendus aseptiques et sont de même nature. Par une bizarrerie que nous ne comprenons pas encore, on s'est ingénié jadis, pour la désinfection du champ opératoire, à préconiser une foule de procédés différents de ceux utilisés pour le nettoyage des mains.

Aujourd'hui l'on semble revenir d'ailleurs à un *modus faciendi* uniforme et plus simple.

Nous devons remarquer de suite que le champ opératoire peut être tantôt une région du *système cutané*, tantôt une partie des *muqueuses* qui tapissent les cavités de l'organisme accessibles au chirurgien : cavités de l'appareil digestif (bouche, anus), génital (vagin, utérus), urinaire (vessie, urèthre), respiration (fosses nasales), sensoriel (conduit auditif, culs-de-sac conjonctivaux), etc. Autant l'analogie est grande, au point de vue où nous nous plaçons ici, entre la main de l'opérateur et une partie quelconque du tégument cutané du malade, autant est considérable la différence qu'il y a entre la peau et les muqueuses en ce qui concerne leur désinfection.

Ces dernières, pour diverses raisons anatomiques et physiologiques, constituent des milieux bien plus favorables au développement des germes de toutes sortes. Aussi les microbes y fourmillent-ils et des précautions minutieuses spéciales sont-elles nécessaires pour qu'on puisse arriver à les en débarrasser complètement, *si tant est qu'on puisse prétendre à semblable résultat!* Ce qui n'est pas, malheureusement, encore démontré aujourd'hui.

Il en résulte qu'au point de vue de la désinfection, *de l'antisepsie préopératoire de la région malade*, il faut distinguer à tout prix deux ordres de procédés, suivant qu'on a affaire à une muquense où à la peau; d'où les dénominations suivantes :

1° *Désinfection préopératoire de la peau ou antisepsie cutanée*,

(1) Si l'on recouvre la plaie avec du collodion, on la croit suffisamment protégée : ce qui n'est pas. On ne prend plus la moindre précaution et on s'infecte au moindre contact avec un objet malpropre. C'est là un fait d'expérience journalière.

(2) Une bonne précaution, quand on a quelques instants auparavant touché à du pus, consiste à faire au préalable une première désinfection des mains au *permanganate de potasse* (procédé des amphithéâtres d'autopsie).

(3) Il y a de nombreuses formules.

(4) Voir pour les détails historiques : VINAY, loc. cit., p. 295.

(5) Pour plus de sécurité, le tablier, les blouses, les serviettes qui abritent le chirurgien ou ses aides directs (assistants, internes) ou indirects (surveillantes, infirmières) pendant l'opération, peuvent être stérilisés à l'étuve sèche à désinfection que possède actuellement tout hôpital bien installé; mais il serait préférable d'avoir pour cet usage et d'autres analogues une grande étuve spéciale dans chaque service de chirurgie. En effet, pendant la manipulation et les transports de ces vêtements, de leur sortie de l'étuve jusqu'au moment où ils sont utilisés, il y a trop de causes de contamination. Les blouses seront à manches très courtes, ne dépassant pas le coude, extrêmement longues, descendant jusqu'aux talons; celles des infirmières, comme celles des élèves, doivent être faites de la sorte, en toile très blanche.

(1) Quand les mains sont restées longtemps en contact avec de la solution de sublimé ou d'acide phénique, l'épiderme peut subir des modifications fort gênantes. On les évitera si, après chaque opération, on prend soin de se laver les mains au savon d'une façon très soignée.

désinfection qu'aujourd'hui on peut considérer comme assez facile à obtenir, pour les microbes pathogènes ou autres. Dans ces conditions, on peut donc dire que l'opération sera *absolument aseptique*, si le malade n'est pas profondément infecté à l'avance et si la peau elle-même est saine.

2° *Désinfection préopératoire des muqueuses et des cavités qu'elles limitent ou antisepsie des muqueuses*, désinfection qui, dans l'état actuel de nos connaissances, est encore impossible à réaliser, alors même que ces muqueuses sont absolument intactes : ce qui est d'ailleurs la très grande exception, quand on a une opération à faire en ces parages.

Alors même, nous le répétons, que la muqueuse est saine, elle est couverte de micro-organismes, dont certains sont sûrement pathogènes ; et les cavités, diverticules, prolongements glandulaires, qu'elles présentent sont parfois littéralement bourrés de germes qui y pullulent sans encombre. Dans ces conditions on comprend que l'asepsie de pareilles régions soit impossible à obtenir. Une muqueuse doit être dès lors considérée comme toujours infectée et toute intervention sur elle doit toujours être faite avec les procédés *antiseptiques*. Mais il y a des nuances au point de vue de la plus ou moins grande difficulté de la désinfection, suivant qu'il s'agit de telle ou telle muqueuse; d'autre part certaine d'entre elles est plus sensible que telle autre à une substance antiseptique donnée et tel désinfectant convient mieux dans ce cas, au dire des cliniciens.

De là est née, pour le système muqueux, la notion de l'antisepsie régionale, disposant de moyens divers, suivant la muqueuse considérée, et les dénominations suivantes : *antisepsie oculaire*, *nasale et auriculaire*; *antisepsie du tube digestif* (buccale, intestinale, rectale); *antisepsie du canal vagino-utérin* (vagin, utérus) *et des voies urinaires* (urèthre, vessie, reins).

1° *Désinfection du champ opératoire. Peau ou antisepsie cutanée préopératoire.* — Lorsque l'opération doit porter sur une partie de la peau *intacte*, il est possible, comme nous l'avons fait remarquer, en appliquant soigneusement les moyens ordinaires de désinfection des mains, d'obtenir un champ opératoire qu'en pratique on peut considérer comme aseptique. Ce n'est pas à dire que, de la sorte, on détruise sûrement tous les microbes de la peau : il est presque impossible, là, comme pour les mains, d'enlever ou de tuer sur place les micro-organismes qui occupent la partie profonde du derme (glandes, racine des poils, etc.); mais, avec de la minutie et de la patience, un nettoyage soigné en fait disparaître tous ceux qui sont pathogènes et et cela suffit. Et les règles que nous avons formulées ailleurs (1) à ce propos sont d'autant plus importantes à observer, que le sujet présentera une surface cutanée constituant un meilleur milieu de culture pour les germes qui pourraient malgré tout s'y introduire, à savoir, dans les cas de diabète, de syphilis, d'alcoolisme, etc., états constitutionnels qui diminuent considérablement l'intensité de la vie cellulaire, et partant la résistance de l'organisme; ou dans les cas de grossesse, état physiologique qui ne doit plus être considéré désormais comme une contre-indication à toute intervention sanglante.

L'espace nous faisant défaut, nous ne pouvons résumer ici comment il faut procéder dans chaque région cutanée en particulier et nous nous bornons à renvoyer à l'ouvrage auquel nous faisions allusion au début.

2° *Désinfection du champ opératoire. Muqueuses.* — Il nous faudrait maintenant étudier, dans une série de paragraphes distincts, les moyens pratiques auxquels on a recours pour essayer de placer les diverses muqueuses de l'organisme dans des conditions analogues. Mais ici on a beau faire; la clinique a montré qu'on échoue la plupart du temps, quelles que soient les précautions prises. Si l'on réussit, c'est l'effet du hasard; on ne peut prévoir à l'avance le résultat. Dans de telles conditions les méthodes qui relèvent de l'asepsie proprement dite (intervention dans un *milieu* rendu absolument stérile) ne sont plus réalisées. Nous retombons donc dans le domaine de l'*antisepsie*, et ce serait sortir du cadre de cette revue que d'insister davantage.

(1) Voir Beaudoin. *L'asepsie*, loc. cit.

Aussi bien le lecteur de ce journal trouvera-t-il une ample compensation à notre silence sur ce point, en se reportant à une série d'articles parus déjà dans la *Gazette des hôpitaux*, et ayant trait précisément à l'antisepsie génitale et des voies urinaires, à l'antisepsie oculaire, etc. Il suffit de rappeler les Revues substantielles de MM. Hallé (1) et Valude (2), les intéressants articles de M. Ricard (3), sur la stérilisation des instruments spéciaux aux maladies des voies urinaires (4), etc. Le lecteur n'a qu'à s'y reporter; nous n'aurions pu ici que les résumer brièvement, partant faire, sans profit pour personne, une ingrate besogne : *Tacere præstat quam... inutile loqui!*

* * *

Pour conclure, nous n'avons qu'un mot à ajouter, au nom des maîtres incontestés de la chirurgie moderne, que le colossal succès et le triomphe mérité de la méthode listérienne n'ont pas cristallisés dans l'atmosphère phéniquée de l'illustre praticien anglais, au nom des Écoles bien françaises de chirurgie de Bichat, de la Salpêtrière, etc., et de Lyon, qui ont transporté du laboratoire au lit de l'opéré les méthodes vraiment scientifiques de notre immortel Pasteur : Opérez de la sorte, avec toutes les précautions voulues, sans en négliger une seule, un sujet non infecté, dans une région saine; vous aurez résolu, d'une manière suffisante, le problème de l'Asepsie chirurgicale : *intervention aseptique dans un milieu aseptique.*

Opérez de la sorte et dans ces conditions : *jamais, au grand jamais, vous* ne verrez *de pus*; vous aurez supprimé toutes les complications septiques des plaies sans aucune exception. Vos malades guériront absolument *sans fièvre*, sans accidents d'aucune sorte. Vous n'aurez jamais les *phénomènes d'intoxication*, qu'on observe parfois avec l'emploi des antiseptiques chimiques. Mais souvenez-vous aussi que le moindre manquement à ces règles inviolables peut entraîner les plus épouvantables désastres et, si vous ne pouvez pas être absolument aseptique, retournez prudemment à la méthode antiseptique pure, d'où est sortie, on le sait, la doctrine nouvelle. La Méthode listérienne, d'ailleurs, a encore de beaux jours à vivre, puisque tous les infectés — et ils sont nombreux — ne peuvent être soignés et guéris, jusqu'à aujourd'hui du moins, que de cette façon-là!

Il ne faudrait pas croire qu'en province, qu'à la campagne même, il soit matériellement impossible de se conformer, pour les grandes lignes, aux principes de cette théorie. La preuve est faite aujourd'hui; il suffit d'une éducation appropriée, d'avoir été à bonne école. En simplifiant dans une certaine mesure les appareils utilisés à l'hôpital pour la stérilisation du matériel chirurgical; en recourant surtout aux ébullitions successives; en tournant certaines difficultés, suivant les conditions dans lesquelles on est placé, on peut très bien, au moins pour les opérations courantes, agir de la sorte.

(1) Hallé. *Gazette des hôpitaux*, 23 août 1890, n° 96.
(2) Valude. *Gazette des hôpitaux*, 11 février 1888, p. 149.
(3) A. Ricard. *Gazette des hôpitaux*, 6 mars 1890, n° 28.
(4) Pour ce qui concerne l'*antisepsie chirurgicale des voies digestives*, point trop spécial pour être abordé ici, nous renvoyons à la deuxième partie de l'*Asepsie et l'antisepsie à l'hôpital Bichat*, p. 92, où cette question délicate a été étudiée avec tout le développement qu'elle mérite.

Il suffit, de se rappeler qu'avec du feu et du sublimé on peut rendre aseptique tout ce dont on a besoin, et cela se trouve partout.

Encore quelques années et il sera bien temps d'élever à qui de droit la statue d'or que réclamait Nélaton pour celui qui supprimerait le pus!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 26 août 1891, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Loussot, médecin de deuxième classe des colonies, démissionnaire.

— *École d'anthropologie.* — Dimanche, 6 septembre, excursion à Amblainville sous la direction de M. A. de Mortillet. Collection préhistorique et dolmens d'Arronville et de Ménouville.

Rendez-vous gare du Nord, devant le guichet de la ligne du Tréport, à 8 h. 15 du matin.

Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, par M. A. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux. 2 beaux volumes grand in-8° formant 1100 pages, avec 133 figures dans le texte et 16 planches hors texte. — Prix : 24 francs. — Paris, O. Doin.

Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose, publiées sous la direction de M. le professeur Verneuil. Ce volume est vendu au profit de la souscription pour un fonds d'encouragement pour les études sur la guérison de la tuberculose. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Les antiseptiques. Étude comparative de leur action différente sur les bactéries, par les docteurs Rottenstein et Bourcart. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 101. — MARDI 1er SEPTEMBRE 1891. 64e ANNÉE. MARDI 1er SEPTEMBRE 1891. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — HÔPITAL LARIBOISIÈRE. La fièvre et la constipation chez les opérés. — REVUE DE LA PRESSE. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement de la gale. — Campement prolongé et fièvre typhoïde ; contribution à l'étude de l'hygiène du campement. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. PÉRIER.

La fièvre et la constipation chez les opérés.

Toutes les fois que chez un opéré apparaît un mouvement fébrile, que surviennent du malaise, de l'anorexie, de la céphalée, des frissons, une élévation de température, il est difficile au chirurgien de se défendre d'une véritable angoisse. Ceux-là surtout qui ont connu comme moi les terribles accidents de la chirurgie pré-antiseptique retrouvent un instant leurs émotions d'autrefois. Nous sommes aujourd'hui complètement habitués aux suites opératoires simples, régulières, évoluant sans fièvre et presque toujours, sauf quelques opérations faites en des régions préalablement infectées, sans suppuration. Dès que la fièvre apparaît, notre première idée est celle de quelque faute commise contre l'asepsie, soit au cours de l'opération, soit au cours des pansements ultérieurs ; nous redoutons de suite une infection pouvant entraîner des complications graves. Sans doute, notre antisepsie ne se trouve jamais tellement en défaut que nous puissions revoir les terribles accidents de jadis, septicémie, infection purulente, pourriture d'hôpital. L'érysipèle lui-même est un accident rare. Mais nos interventions actuelles, basées sur une asepsie complète, sont bien souvent faites dans des conditions et sur des régions où la plus petite formation de pus devient affreusement redoutable. Quand, après une ovariotomie, une laparotomie, une cure radicale de hernie, une arthrotomie, l'on voit survenir une température de 38°5 à 39 degrés, il est permis, en songeant aux terribles conséquences qu'aurait la moindre suppuration, d'avoir une inquiétude extrême. Fort heureusement cette inquiétude est le plus souvent mal justifiée. Examinez les courbes thermométriques de ceux et celles de nos opérés chez qui les suites opératoires sont restées entièrement satisfaisantes sans le moindre incident local ou général. Chez plusieurs, vous verrez, malgré cette absence de toute complication, une élévation thermique. La température au bout de deux jours, quatre jours, huit jours, monte à 38, 39, 40 degrés même. Le lendemain soir, elle est retombée à 37 degrés et reste normale jusqu'à la fin. Pour faire cesser cette fièvre inquiétante, il nous a suffi, sans toucher au pansement, sans donner de médicaments antithermiques, de prescrire un laxatif léger. La constipation est une cause bien banale, mais bien fréquente, de fièvre chez les opérés. Il faut que vous connaissiez cette cause pour vous épargner, plus tard, bien des angoisses, pour éviter, dès le premier mouvement de fièvre, de défaire un pansement, d'enlever des sutures alors qu'un simple purgatif suffit.

Cette cause est depuis bien longtemps connue. A l'époque où j'étais l'interne de Chassaignac, la thermométrie clinique manquait encore et le grand moyen de surprendre le premier mouvement de fièvre chez un opéré était le frisson. « Avez-vous eu des frissons? » telle était la question que nous posions soir et matin. Bien souvent, hélas ! l'opéré répondait oui. Mais Chassaignac ne s'alarmait pas d'emblée : « Un frisson, nous disait-il, peut dépendre de trois choses : érysipèle, infection purulente, constipation. » Il mettait, vous le voyez, comme cause de fièvre, la constipation au même rang que les infections les plus redoutables, et ce n'est que lorsque les frissons persistaient, un purgatif ayant été donné, qu'il commençait à s'inquiéter sérieusement. Je ne crois pas exagérer en disant qu'à cette époque, la constipation était l'unique cause du mouvement fébrile, chez un tiers des opérés. Aujourd'hui où les complications infectieuses sont si rares, c'est au moins neuf fois sur dix qu'elle doit être invoquée.

La constipation est, en effet, très fréquente après les opérations, comme d'ailleurs après les traumatismes. Le séjour au lit, une crainte vague qui fait redouter le moindre mouvement expliquent facilement cette fréquence. Si banale que soit cette cause, ne pensez pas que le malaise qu'elle provoque soit léger et insignifiant. J'ai vu, dans quelques cas, l'élévation thermique atteindre et dépasser 40 degrés. L'anorexie devient absolue, la bouche est mauvaise et pâteuse, la langue sèche et chargée, le sommeil agité ; l'inquiétude, le malaise sont souvent extrêmes. C'est une véritable auto-infection d'origine intestinale. Les notions récentes sur la production des ptomaïnes par la fermentation des matières stagnantes dans l'intestin et sur leur résorption possible, expliquent facilement cette infection. Peut-être l'action toxique des ptomaïnes est-elle rendue plus intense et plus facile, par la dépression que produit toujours le choc traumatique ou opératoire. Il est certain que, s'il est commun de voir, même en dehors de toute cause chirurgicale, de la fièvre et du malaise chez des sujets constipés,

je ne crois pas que cette fièvre prenne fréquemment les proportions qu'elle atteint si souvent chez nos opérés.

Ce petit fait de la constipation comme cause de fièvre post-opératoire est d'une grande importance pratique. Avant toute opération assurez-vous, un ou même deux jours à l'avance, la vacuité de l'intestin ; je dis deux jours à l'avance, car il est fréquent de voir se prolonger un peu les effets, soit d'un lavement purgatif, soit d'une purgation, et si vous les prescrivez trop tard, ces effets pourraient devenir très gênants en persistant après l'opération. Dans toutes les interventions sérieuses et surtout dans celles qui portent sur l'abdomen ou son voisinage, cherchez de plus à assurer l'antisepsie intestinale en donnant, pendant plusieurs jours, le naphtol β et le salicylate de bismuth. Mais ces médicaments ne sauraient vous dispenser de prescrire un purgatif qui, en évacuant les matières fécales, reste encore un des agents les plus puissants de l'antisepsie de l'intestin.

Quand la fièvre survient après l'opération, donnez encore — sauf quelques contre-indications très rares d'opérations portant sur l'intestin — immédiatement un purgatif. Alors même qu'il ne s'agirait pas d'une fièvre par constipation, qu'il s'agirait d'une infection locale, d'un érysipèle, par exemple, ce purgatif ne serait pas, contre l'embarras gastrique, sans utilité. Et, le plus souvent, il fera cesser de suite tous les accidents fébriles, la constipation étant de beaucoup la cause la plus fréquente. Comme il importe d'assurer simplement l'évacuation sans fatiguer le malade par une purgation trop forte, un bon moyen consiste dans l'emploi de la limonade purgative, donnée par verre à bordeaux de deux en deux heures. On cesse sitôt la première selle obtenue. J'ai pu employer ce moyen même chez des ovariotomisées sans aucun inconvénient. Si, d'ailleurs, vous avez eu la précaution d'assurer avant l'intervention la vacuité intestinale, ce n'est jamais qu'au bout de quelques jours — alors que la fatigue sera moins à redouter — qu'une purgation deviendra nécessaire. Mais n'hésitez jamais à l'employer comme le premier et le plus sûr moyen en présence d'accidents fébriles. Les lavements, dont l'action est moins complète, donnent des résultats moins satisfaisants.

REVUE DE LA PRESSE

Les irrigations chaudes du gros intestin comme moyen de soulagement dans les douleurs pelviennes et abdominales. — M. Forest a employé les irrigations chaudes du gros intestin chez plusieurs malades atteints de coliques néphrétiques, de névralgies ovariennes, de phlegmon du ligament large, de pelvi-péritonite, de dysménorrhée, de coliques hépatiques. Ce moyen a procuré un grand soulagement, même dans des cas où la douleur était telle qu'elle avait résisté à la morphine. Parfois, même en dehors de cette action palliative, il a paru avoir une action décongestive et antiphlogistique réelle.

Pour donner cette irrigation, le malade est placé dans la position dite de Sims. Il est couché sur le côté gauche, le bras gauche derrière le dos, les jambes partiellement fléchies, le siège soulevé par un coussin, la tête basse. Il peut, dans cette position, se donner, au besoin lui-même, l'irrigation de la main droite. L'eau doit être au plus à la température de 41 à 44 degrés. La quantité injectée varie d'abord de un demi-litre à un litre. L'injection est faite très lentement et gardée cinq minutes. Son expulsion est accompagnée d'ordinaire de l'évacuation d'une certaine quantité de matières fécales. On répète alors le lavement, en injectant très lentement une quantité de liquide très considérable, et qui est gardée le plus longtemps possible. Le soulagement est d'ordinaire obtenu par cette nouvelle irrigation. Puis le liquide expulsé, on donne un troisième lavement formé, cette fois, d'un demi-litre seulement et qui est d'ordinaire conservé d'abord. Ce troisième lavement est surtout utile dans les coliques néphrétiques, l'eau absorbée s'éliminant par le rein. On peut, au besoin, additionner l'eau d'un sel alcalin, d'un sel de lithine, par exemple, ou le former d'eau minérale.

Comment agit l'irrigation chaude? Dans le cas de colique néphrétique, surtout du rein gauche, d'ovarite, de phlegmon du ligament large, Phillips admet que, par suite des rapports du rectum et du colon avec les organes enflammés et douloureux, il se produit par l'irrigation une sorte de bain tiède indirect de ces organes. Quelle que soit l'explication théorique, l'effet thérapeutique ne paraît pas moins intéressant à retenir. Phillips est très affirmatif sur les résultats obtenus ; quelques-uns des cas de soulagements qu'il signale, en particulier dans la dysménorrhée, sont vraiment fort remarquables. (*Med. Record.*)

Intubation et trachéotomie. — Pitts compare les avantages et les inconvénients respectifs de l'intubation et de la trachéotomie.

A propos des inconvénients de la canule trachéale, il cite plusieurs observations de sténoses consécutives du larynx et de la trachée. Les avantages de l'intubation seraient : 1° de moins effrayer les familles, d'être proposable et acceptée à une époque plus précoce ; 2° d'être exempte de quelques-unes des complications hémorrhagiques, infection de la plaie, bronchopneumonie par l'air froid et non débarrassé de ses poussières, de la trachéotomie. Les inconvénients sont : 1° la surveillance nécessaire ; 2° la possibilité de l'expulsion du tube ou de sa chute dans le larynx (deux observations) ; 3° le repos moins complet du larynx et les ulcérations laryngées possibles ; 4° l'expulsion moins facile des fausses membranes.

Comme règle pratique, Pitts conseille : 1° de faire d'emblée la trachéotomie dans les diphthéries très malignes avec grande extension des fausses-membranes ; 2° d'essayer toujours l'intubation précoce dans les diphthéries moins malignes, où la dyspnée est l'indication principale ; 3° si, dans ces cas, le tube laryngé doit être maintenu trop longtemps, s'il est mal toléré, souvent expulsé, faire la trachéotomie secondaire, opération bien plus simple, bien plus facile que la trachéotomie primitive. On n'enlève, en effet, le tube laryngé qu'une fois la canule trachéale mise. (*The Lancet.*)

Néphrites ; étiologie des néphrites. — Bluhn, ayant analysé au point de vue étiologique, les 228 cas de néphrites traitées à l'hôpital de Zurich pendant la dernière période quinquennale, arrive aux conclusions suivantes.

Les néphrites diffuses aiguës étaient au nombre de 140. Sur ce nombre, 98 étaient dues à des maladies infectieuses aiguës. La gravité de l'infection ne semble pas en rapport direct avec la complication rénale. Dans aucun des cas de fièvre typhoïde terminée par la mort, celle-ci ne fut due à la néphrite. De même, dans les pneumonies, la néphrite ne parut pas exercer sur l'évolution d'influence particulièrement grave. Enfin, 7 érysipèles compliqués de néphrites se terminèrent par la guérison, 8 autres néphrites aiguës survinrent au cours d'infections chroniques, 4 au cours de la tuberculose et 3 — fait particulièrement intéressant à noter — au cours de la syphilis. Le refroidissement, si fréquemment incriminé, ne paraît avoir qu'un rôle secondaire et occasionnel.

Les néphrites parenchymateuses chroniques diffuses furent au nombre de 40. Causes assez difficiles à préciser, en raison de la marche lente, de la date ancienne déjà du début, quand les malades furent examinés. La transformation d'une néphrite aiguë en néphrite chronique fut très rarement observée. Cette transformation n'eut lieu que dans un cas, à la suite d'une scarlatine. Trois autres cas de néphrite succédèrent à des maladies infectieuses aiguës, un entre autres à des oreillons. Pour les autres cas, l'exposition au froid, et surtout aux changements

brusques de température et à la pluie, parut jouer un rôle important. Ce rôle du refroidissement semble bien plus considérable que pour les néphrites aiguës.

Les cas de néphrite chronique interstitielle diffuse étaient au nombre de 90. La syphilis fut relevée dans 11 p. 100 des cas, l'artério-sclérose dans 18 p. 100. Le rhumatisme fut souvent aussi trouvé dans les antécédents des malades. Le rôle des maladies infectieuses sembla très restreint. Dans six cas, il y avait intoxication chronique, trois fois par l'alcool, trois fois par le plomb.

Telle est cette statistique intéressante. La fréquence relative de la syphilis, dans les néphrites chroniques parenchymateuses et surtout interstitielles, nous semble particulièrement digne d'être relevée. (*Deuts. Arch. f. Klin. Med.*)

Tuberculose ; pathologie et traitement de la fièvre dans la tuberculose, par Th. Williams. — La fièvre dans la tuberculose, soit aiguë, soit chronique, constitue, au point de vue pratique, un accident grave modifiant souvent du tout au tout les conditions du traitement. Williams montre bien qu'il faut, chez les tuberculeux, distinguer, pour apprécier les résultats de l'examen thermométique, deux éléments distincts. Le matin, il y a souvent de l'hypothermie, hypothermie tenant tant à la faiblesse qu'aux déperditions exagérées par les sueurs nocturnes. Le soir, il y a hyperthermie, hyperthermie due à la destruction des tissus, en particulier du tissu musculaire si profondément et si vite touché chez les tuberculeux. Par suite de l'antagonisme entre ces deux facteurs, le thermomètre peut, à certains moments, donner une température normale. Ce serait une erreur clinique que d'attacher dans quelques cas, à cette température régulière, une signification pronostique trop favorable.

Dans latuberculose limitée, la révulsion et, en particulier, la révulsion par les vésicatoires, beaucoup plus actifs que la teinture d'iode, constituera un bon moyen antipyrétique. L'arsenic et le quinquina auront une action à la fois contre l'affaiblissement et contre la fièvre. Il est également très utile de favoriser l'expectoration et, par suite, l'expulsion des toxines pulmonaires. Comme expectorants, Williams préconise surtout le carbonate d'ammoniaque, qu'il fait souvent additionner de quelques gouttes de teinture d'aconit. Repos absolu au lit dès qu'apparaissent les premiers signes de fièvre. Dans les cas rebelles, on prescrira le sulfate de quinine donné dès le début de l'ascension thermique, et parfois le salicylate de soude.

A la période de ramollissement et de cavernes, la fièvre due à la plaie infectée du poumon est bien plus difficile à combattre. Parmi les moyens indiqués, l'acétanilide, donnée en deux doses de 30 centigrammes chacune, l'une le matin, l'autre à quatre heures, constitue le meilleur moyen d'éviter les grandes ascensions. Ce médicament, donné par intermittences au moment des cures fébriles, et très bien toléré par les phthisiques. Les lotions tièdes procurent souvent aussi, à ces malades, un extrême soulagement.

Un moyen hygiénique de premier ordre pour modérer la fièvre est le séjour absolu au lit. En dehors de l'action de ce séjour, il suffit souvent de quelques heures de sommeil pour abaisser la température de 2 à 3 degrés. Les narcotiques peuvent donc devenir indirectement des antipyrétiques. Williams termine enfin par cette sage remarque que le but du praticien doit être, non d'abaisser à tout prix la température, mais seulement de la modérer. Il ne faut pas que l'effet nuisible de médicaments trop actifs vienne compenser et annuler le bénéfice obtenu par une diminution de la fièvre. (*Brit. Med. Journ.*)

Chloroforme et trachéotomie. — M. Geffrier a, en trois ans, employé systématiquement le chloroforme dans quatre-vingt-sept cas de trachéotomie, soit à l'hôpital d'Orléans, soit dans sa clientèle. Cette importante statistique permet d'établir les effets, les indications et contre-indications de l'anesthésie chloroformique dans la trachéotomie.

Tout d'abord, cette anesthésie n'exerce sur le résultat final aucune influence défavorable. La statistique de M. Geffrier est, au point de vue des succès, une des plus belles et des plus satisfaisantes qu'on puisse espérer : 22 décès seulement sur 87 opérations. La chloroformisation ne paraît exercer aucune influence sur les hémorrhagies opératoires. L'albuminurie a été plutôt audessous de la moyenne comme fréquence. La fréquence de la bronchopneumonie post-opératoire n'est, elle non plus, nullement accusée par l'emploi du chloroforme.

La tolérance pour l'anesthésique a été parfaite dans 53 cas sur 87 ; souvent même le sommeil a été remarquablement rapide. Le réveil a été dans tous ces cas faciles, la rapidité de retour du réflexe trachéal très remarquable aussitôt qu'on cessait l'anesthésie.

Chez 17 enfants, il y a eu de légères alertes, un peu d'augmentation de la cyanose et de dyspnée, mais une seule fois seulement, ces alertes ont forcé de renoncer à l'anesthésie.

Chez les 17 autres enfin, l'intolérance, l'aggravation de la cyanose, la gêne respiratoire ont été très marquées ; 15 fois il a fallu suspendre le chloroforme et opérer sans lui ; une seule fois, d'ailleurs, M. Geffrier a eu des inquiétudes vraies. Cette intolérance s'est surtout produite dans les cas d'asphyxie avancée et de prostration par intoxication diphthérique. La cyanose accentuée est également une contre-indication ; la cyanose légère sans gêne de l'expiration permet, au contraire, parfaitement le chloroforme. Des enfants très jeunes, âgés de moins de deux ans, ont parfaitement supporté l'anesthésie. Si la trachéotomie n'est pas contre-indiquée par l'âge, le chloroforme ne l'est pas davantage. (*Rev. de chir.*)

Traitement de la coqueluche par le bromoforme. — Fischer, dans le *Medical Record*, rapporte seize observations de coqueluches traitées avec succès par le bromoforme. Chez les enfants de moins d'un an, les doses sont de VI gouttes par jour, données en trois fois. Jusqu'à deux ans, Fischer ne dépasse pas VI à XII gouttes. Chez les enfants plus âgés, la dose maximum fut de XVIII gouttes. Le bromoforme, dont la saveur est agréable, est simplement donné dans une cuillerée d'eau. La seule précaution à prendre est, par suite de sa pesanteur spécifique qui l'entraîne au fond de la cuiller, de veiller à ce que celle-ci soit entièrement bue.

Dès la première semaine du traitement, les vomissements disparaîtraient ; la bronchite concomitante s'améliorerait très vite ; la guérison complète serait obtenue de deux à quatre semaines. Quelques rechutes ont été observées quand on suspendait trop tôt le médicament.

Le bromoforme a été bien supporté, même par des enfants à la mamelle, des enfants chétifs en convalescence de rougeole. Tout au plus amène-t-il un peu de somnolence. Dans un cas, où l'on donna par erreur une dose toxique, les accidents notés furent du myosis, de la faiblesse du pouls, une pâleur extrême, une respiration faible avec inspiration prolongée, expiration imperceptible. Une injection d'éther suffit pour amener la réaction.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la gale (1).

Deux conditions principales sont à considérer : I. l'état des téguments permet de faire le traitement énergique ; II. les téguments sont trop irrités pour que l'on puisse faire d'emblée un traitement énergique.

I. Le traitement de Saint-Louis, traitement de Bazin, modifié par M. Hardy, comprend les opérations suivantes :

1° Une friction rude de vingt à trente minutes avec du savon noir et de l'eau tiède ;

2° Un bain tiède d'une demi-heure à une heure pendant lequel le malade se frictionne et se savonne encore. On peut, pour

(1) D'après M. Brocq, *Traitement des maladies de la peau.*

arriver plus facilement à ouvrir les sillons, faire ensuite une friction avec un linge rude;

3° On frictionne pendant vingt minutes, sur tout le corps avec la pommade d'Helmerich modifiée par M. Hardy.

Fleurs de soufre.	2 parties.
Carbonate de potasse.	1 —
Axonge	12 —

La pommade doit rester au contact de la peau pendant vingt-quatre heures. Le soir, en se couchant, remettre un peu de pommade sur les points les plus atteints. Le lendemain, la pommade est enlevée dans un grand bain d'amidon. Pendant huit ou dix jours, il est bon de prendre encore un bain d'amidon pour calmer l'irritation des téguments.

Les vêtements sont soumis à la désinfection à l'étuve.

Dans l'armée belge, on emploie comme insecticide le liquide suivant :

Soufre sublimé	250 grammes.
Chaux vive	150 —
Eau	2,500 —

Faire bouillir en agitant avec une spatule de façon à mélanger jusqu'à réduction à 1,500 grammes. On fait une friction générale énergique avec de la flanelle trempée dans cette solution.

Le traitement en ville se fera d'après les mêmes principes; on peut y introduire des variantes qui rendent le traitement moins pénible ou plus élégant.

M. Ernest Besnier recommande la pommade suivante :

Axonge	300 grammes.
Soufre	50 —
Carbonate de potasse	25 —

On peut se contenter de faire tous les soirs, pendant plusieurs jours, des frictions avec la pommade suivante :

Soufre précipité	} *ãã* 125 grammes.
Glycérine	
Carbonate de potasse. . . .	5 —
Eau de roses.	100 —

M. s. a. — Agiter avant de s'en servir.

On savonne le matin pour enlever, pendant le jour, la préparation soufrée. On peut également se servir de la pommade de Bourguignon.

II. Les téguments du malade sont trop irrités pour que l'on puisse faire d'emblée un traitement énergique.

Il importe de calmer, tout d'abord, les lésions d'ecthyma, d'eczéma, de lymphangite qui peuvent exister.

On se servira des bains d'amidon, des cataplasmes de fécule de pomme de terre, etc. M. Brocq recommande particulièrement l'onguent styrax mélangé à de l'huile, dans la proportion de 1 partie d'onguent pour 2 parties d'huile, additionnée ou non de baume du Pérou et de naphtol. On fait des frictions générales matin et soir ou seulement le soir. Le styrax peut suffire chez les enfants; chez les adultes, il vaut mieux avoir recours, dès qu'on le peut, aux préparations soufrées.

Chez les enfants, on peut encore employer la préparation suivante :

Huile de camomille camphrée.	100 grammes.
Baume styrax pur.	20 —
Essence de menthe.	5 —

Pour eux, la pommade soufrée doit être coupée de deux tiers d'axonge fraîche.

Le naphtol a été vivement prôné par Kaposi qui emploie la formule suivante :

Naphtol β . . . . 5 à	15 grammes.
Savon vert.	50 —
Craie préparée	10 —
Axonge	100 —

Frictions deux fois par jour.

M. Besnier emploie la préparation suivante :

Naphtol β . . . . 5 à	10 grammes.
Éther	Q. s. pour dissoudre,
Essence de menthe	Q. s. —
Vaseline	100 grammes.

Une friction tous les jours, pendant cinq à six jours; un bain d'amidon tous les deux jours. La guérison est certaine après ce temps.

M. Brocq recommande encore la préparation suivante, due à Weinberg :

Styrax liquide.	} *ãã* 20 grammes.
Fleur de soufre	
Craie blanche.	
Savon vert.	} *ãã* 40 —
Axonge..	

Frictions matin et soir pendant deux jours de suite; un bain le troisième jour.

Le traitement par le pétrole est également très efficace; il est peu coûteux. On fait, le soir, des frictions sur tous les points malades avec du pétrole ordinaire. Le matin, on savonne; le soir, on recommence la friction au pétrole. La guérison s'obtient en deux à quatre jours.

Les manifestations cutanées survivent souvent à l'acare et il est des malades réellement galophobes. Il ne faut faire de nouvelle frotte que lorsqu'il est bien certain que des acares ont échappé au traitement et qu'ils ont de nouveau attaqué le tégument.

CAMPEMENT PROLONGÉ ET FIÈVRE TYPHOIDE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYGIÈNE DU CAMPEMENT (1)

Par le docteur J. Marty, médecin-major de deuxième classe.

V

Obs. VI. — C'est au mois de septembre qu'il faut arriver pour voir cette expansion se produire.

Du 7 septembre au 10 novembre, 38 cas se succédèrent, dont 4 en septembre, 28 en octobre et 6 en novembre (2). Ces 38 cas donnèrent 10 décès.

Vis-à-vis de cette modification profonde de l'état sanitaire, il était évident que le Kreider possédait un foyer spécial en pleine activité de développement. Sa puissance contrastait singulièrement, par ses effets, avec ceux qu'avait pu produire la fièvre typhoïde les années précédentes, et, ce que n'avaient pu réaliser les conditions où s'étaient trouvés les hommes en 1884, 1885, 1886, celles de 1887 l'avaient fait; nous avions affaire à une bonne épidémie.

Quelles pouvaient être ces conditions et leur influence spéciale?

On agita la question d'une importation récente. Les 22 et 23 octobre, passa au Kreider un bataillon étranger qui présentait des cas d'affection typhoïde. Mais cette hypothèse, émise à un moment donné, ne tenait pas devant l'examen des faits, puisqu'avant que ce bataillon ne traversât le Kreider, il y avait déjà plusieurs cas déclarés, dont deux ayant entraîné la mort et où l'autopsie avait permis de vérifier le diagnostic.

L'alimentation ne pouvait jouer aucun rôle. Elle ne s'était point modifiée depuis les années précédentes. Certes, la viande de la région ne peut pas servir de modèle, mais elle est suffisante; les distributions étaient surveillées et nul ne s'en plaignait.

L'eau, nous l'avons vu, n'est pas mauvaise.

La source était restée éloignée de tout dépôt de matières organiques et ne pouvait être altérée. Une analyse faite peu après confirma les résultats de celle de l'année précédente. Là n'était pas le point de départ.

---

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 924.

(2) Dans la *Statistique médicale de l'armée de 1887*, on trouve à la page 31 le chiffre de 2 décès. Ce chiffre doit être le résultat d'une erreur d'impression et est en désaccord avec le chiffre 11 de la page 273, qui représente bien le total des décès de l'année entière par fièvre typhoïde.

L'acclimatement en Algérie jouait son rôle ordinaire : la presque totalité des hommes atteints étaient les soldats provenant de la dernière classe. Mais ce n'était qu'une cause prédisposante individuelle pour les sujets frappés.

L'âge des troupes n'offrait rien qui pût s'ajouter à la considération précédente.

L'encombrement, étant donné les effectifs élevés du Kreider, a dû jouer un certain rôle. Il n'a pas existé au point de vue réglementaire ; les hommes ont eu le cube d'air auquel ils avaient droit, mais on sait combien ce cube est loin de celui que réclamerait l'hygiène.

La contagion a également eu son rôle, mais elle n'explique pas la diffusion épidémique d'emblée.

Le dernier cas isolé, entré à l'hôpital le 30 juillet, avait été évacué avant tout état confirmé, était mort à l'hôpital, et n'a pu contagionner personne au Kreider, à quarante-cinq jours de distance.

Une fois l'épidémie constituée, il en a été autrement et nous trouvons le fait suivant :

Le chasseur Loock, employé comme infirmier et qui donnait au service de l'infirmerie, et en particulier aux plus malades, tout le temps dont il pouvait disposer avec un dévouement remarqué, a contracté l'affection auprès de ses camarades et a succombé.

Les fatigues et les privations n'ont pas existé.

La propreté personnelle des hommes était surveillée et ne nous paraît pas devoir être mise en cause.

L'insolation a eu le rôle adjuvant qu'elle pouvait avoir. L'exposition du Kreider est S., et l'épidémie a débuté en septembre, c'est-à-dire à la fin des fortes chaleurs. Elle a pu avoir une double influence, d'abord en rendant les émanations nocives plus intenses, fait signalé par M. le médecin-inspecteur L. Colin pour les épidémies nées du miasme putride (1). Il est même à remarquer en passant que, s'il est une habitatioh où ce résultat doive se produire, c'est surtout sous la tente, où la chaleur devient intolérable par les chaudes journées d'été. Mais, encore là, ce n'est qu'une cause adjuvante du développement, insuffisante pour créer le point de départ épidémique.

Les variations de la nappe d'eau souterraine ont pu avoir un certain rôle, bien que les couches profondes du sol soient peu riches en matières organiques au-dessous des redoutes. La profondeur de la nappe est de 3m50 à 10 mètres, suivant le point visé. Le sol est, avons-nous dit, recouvert d'une couche de sable perméable. Puis il devient argileux, et, par conséquent, imperméable, à une profondeur variable, disposition qui tend à retenir près de la surface les liquides putrescibles qui y tombent.

Ces diverses causes étant réduites à leur juste valeur et leur action ne pouvant être suffisante pour créer de toutes pièces l'état existant ou en expliquer complètement le développement, il devenait évident que c'était dans les causes d'infection qu'il devenait nécessaire de chercher l'influence ayant produit l'expansion épidémique. Or, en fait de foyer d'infection, on pouvait admettre les suivants :

Dans la basse redoute, deux foyers. C'était, d'abord, en face d'une cuisine, près du bastion et à l'angle S.-O., le ruisseau recevant les eaux ménagères provenant de cette cuisine; ce ruisseau se dirige parallèlement au mur qui sépare la gare de l'intérieur de la redoute, puis, traversant le mur, va directement, à l'extérieur, du côté du village. Il manque de pente, et, arrivé à l'intérieur de la redoute, cette pente devenant nulle, il est complètement stagnant et constitue un véritable foyer de décompositions organiques. Il est partout à ciel ouvert. De temps à autre, ce ruisseau est bien nettoyé, mais ce n'est là qu'un palliatif insuffisant, puisque chaque nettoyage, accompagné de l'enlèvement du contenu et de son dépôt sur les bords, ne fait que rendre plus étendu le foyer de putréfaction à venir. Près du bastion et à l'angle N.-O., se trouvaient d'autre part les latrines, bien établies, mais devenues petites pour les nouveaux effectifs.

(1) E. Colin. Rapport sur la fièvre typhoïde dans l'armée. *Rec. de mém. de méd. militaire*, 1882, t. XXXVIII.

Nous remarquerons en passant que l'infirmerie se trouvait située juste entre ces deux foyers d'insalubrité, à une distance de quelques mètres à peine, et que l'odeur du fossé décrit plus haut arrivait jusque dans les salles. Aussi, en outre du cas de contagion cité plus haut, deux cas s'y développèrent-ils.

Au camp baraqué qui, à ce moment, contenait les tentes disposées en ceinture sur les côtés, on trouvait un seul foyer bien net.

C'étaient les latrines, placées au milieu de la face E. Ces latrines étaient inférieures comme installation à celles de la basse redoute, et insuffisantes comme elles. Mais, dans cette partie du casernement, existe une certaine pente N.-S., de telle sorte que les infiltrations pouvant éventuellement se produire si, la nuit, une tinette trop pleine débordait, ne pouvaient guère agir que sur le terrain, et, par conséquent, sur les tentes situées plus bas, très rares.

De l'autre côté, sur la face O. du camp, se trouvaient les cuisines, mais leur propreté était surveillée, et de fait, en tenant compte de la déclivité du terrain, on trouve que, sur quatre tentes de ce côté qui donnèrent des malades, les quatre se trouvaient au-dessus.

La partie la plus frappée fut la partie N. au-dessus de ces deux foyers d'insalubrité.

Les premiers cas ne se rencontrèrent point dans les tentes les plus voisines des latrines et des cuisines, et il semble, en conséquence, naturel de ne pas chercher là la cause d'infection principale. Nous remarquerons, d'autre part, que le côté supérieur N. du camp baraqué formait une rue plus abritée contre les vents du Nord que la partie inférieure par la ligne de mamelons dont le principal supporte la haute redoute. Il devait donc être le siège d'une ventilation bien moins active, protégé d'autre part contre ceux du Sud par les diverses baraques de l'enceinte placées au Sud de cette rue et dont quelques-unes lui étaient parallèles.

Il restait à rechercher quels enseignements pouvait fournir l'étude de la marche de l'épidémie, en se guidant sur l'ordre d'évolution des cas et sur le lieu où ils se sont déclarés.

Or, ce qui frappe dans les huit premiers cas, c'est leur diffusion. Les chambres de la basse redoute donnent le premier et le quatrième, les tentes de la basse redoute le septième, les baraques du camp le deuxième et le cinquième, les tentes du camp le troisième, le sixième, le huitième. Ceci est singulièrement confirmatif des déductions antérieures, et la conclusion la plus légitime, c'est que ces cas, développés aux points extrêmes du casernement, dans la première période de l'épidémie, n'indiquent pas l'influence d'un foyer unique.

Le germe infectieux se trouvait partout, dans les baraques comme sous les tentes. Pour les deux, il était le même et la cause de son évolution devait être cherchée dans l'altération progressive des divers milieux par le miasme humain.

En reprenant l'étude de la production successive des premiers cas, on voit que, dans la basse redoute comme dans le camp baraqué, c'est une chambre qui a fourni la première entrée à l'hôpital.

Ce fait comporte deux explications, suivant les idées théoriques avec lesquelles on l'envisage.

Les uns admettront que le degré d'infection nécessaire pour produire l'expansion épidémique s'est formé parallèlement dans les baraques et sous les tentes. D'autres admettront que le germe morbide, existant dans les baraques, a été transporté dans le camp et l'a infecté.

Il est, dans tous les cas, certain que, pour que le développement épidémique survînt, il a fallu que le poste se trouvât dans des conditions qui n'avaient pas existé jusque-là et qui permissent au principe typhique de prospérer.

A partir du moment où son développement, localisé ou non d'abord, puis en tout cas généralisé, prit possession du caser-

nement, quelle a été la différence d'évolution, envisagée dans les baraques déjà vieilles et sous les tentes debout depuis plusieurs mois?

Pour juger la question, nous rechercherons la proportion des malades fournis d'abord par les diverses parties du casernement, puis par les baraques et par les tentes.

L'infirmerie, nous l'avons vu, jouissait d'une position particulièrement insalubre. Si l'on y joint les chances de contagion, on ne s'étonnera pas qu'elle ait donné trois cas, les numéros 15, 16 et 31.

Nous croyons devoir les compter à part, les conditions de l'infirmerie étant exceptionnelles, et ne pas les faire entrer en ligne pour nos autres calculs. Nous avons donné des détails suffisants sur un de ces cas. Des deux autres, le chasseur Gr... était en traitement pour accès palustres irréguliers quand l'affection typhoïde l'atteignit. Le chasseur Ch... était en observation pour lypémanie.

Le chiffre des cas de typhoïde qu'elle a fournis, non compris ceux de l'infirmerie, a été de 9 au total, soit une proportion de 6 p. 100.

Le camp baraqué, y compris les tentes, contenait 700 hommes. Ces 700 hommes ont donné 26 cas, soit 3.71 p. 100.

Donc, en bloc, la basse redoute a été plus frappée que le camp baraqué. Il y a à cela deux raisons. En premier lieu, on a vu que cette partie du casernement, en outre de l'influence humaine, comprenait deux foyers dangereux.

En deuxième lieu, l'aération est moins active dans la basse redoute, entourée de murs élevés, que dans le camp baraqué, où l'on ne trouve sur trois faces qu'un mur à hauteur d'appui.

Voyons maintenant les proportions des cas observés sur les hommes placés sous les tentes vis-à-vis de ceux observés sur les hommes baraqués.

Basse redoute. Effectif total : 150 hommes.

Dont : campés, 60; ayant donné 4 typhoïdes, soit 6.66 p. 100.

Baraqués, 90; ayant donné 5 typhoïdes, soit 5.55 p. 100.

Camp baraqué. Effectif total : 700 hommes.

Dont : campés, 360; ayant donné 20 typhoïdes, soit 5.55 p. 100.

Baraqués, 340; ayant donné 6 typhoïdes, soit 1.76 p. 100.

Proportion prise sur l'ensemble sans distinction de casernement (1).

Hommes campés 420, typhiques 24, soit 5,71 p. 100.

Hommes baraqués 430, typhiques 11, soit 2,55 p. 100.

Ces chiffres se passent de tout commentaire et ont une éloquence brute qu'il est facile d'interpréter.

Dans la basse redoute, la différence a été peu marquée, étant donné le petit nombre d'hommes, bien que sensible.

Dans le camp baraqué elle est énorme et la comparaison des dernières proportions la met absolument en relief.

Elle peut, nous semble-t-il, se traduire ainsi : une cause infectieuse, diffuse, celle qui résulte d'un long séjour d'êtres humains ayant créé les conditions nécessaires à une explosion typhique sur des quantités sensiblement égales d'hommes placés dans le même milieu hygiénique, mais les uns baraqués et les autres campés, l'expansion épidémique a été double sous les tentes, de ce qu'elle a été dans le reste du casernement.

De plus, ce sont les tentes les plus abritées contre les vents (basse redoute, rue Nord et partie haute du camp baraqué), qui ont donné la plus forte proportion de malades, mettant ainsi en lumière l'influence plus ou moins néfaste de leur milieu, suivant que la ventilation naturelle y était plus ou moins facile. Nous n'hésitâmes pas, dès ce moment, à considérer l'infection des tentes debout depuis trop longtemps comme le principal ennemi, sans oublier de tenir compte du casernement.

Plusieurs demandes furent faciles à formuler, ce fut :

1° De changer l'emplacement de toutes les tentes, quitte à les dresser hors des redoutes;

2° De veiller à la propreté des chambres, de les phéniquer, de les aérer, de tenir strictement propres les vêtements et la literie des hommes baraqués et campés;

3° De désinfecter la literie et les effets dans tous les cas douteux;

4° De remédier le plus vite possible aux mauvaises conditions d'établissement des latrines de la redoute basse et à celle du ruisseau.

Nous émettions l'avis que, si le déplacement des tentes et les diverses mesures demandées ne mettaient pas fin à l'épidémie dans tout le casernement, il y aurait lieu de l'évacuer et d'en opérer la désinfection à l'acide sulfureux.

Il ne fut pas nécessaire d'en arriver là. Divers travaux de nettoyage des locaux, effets, literie, furent exécutés; l'emplacement des tentes fut changé dans les journées du 27, 28 et 29 octobre et l'épidémie s'arrêta.

Après cette opération, six cas furent encore observés, le premier et le troisième dans des baraques, chez des hommes n'ayant jamais été campés; les deuxième, quatrième, cinquième, sixième chez des hommes provenant des tentes abattues qui avaient dû y contracter le germe de l'affection.

Devant ce mode de terminaison, on serait presque en droit de se demander si une bonne partie des cas observés dans les baraques, n'était pas due à l'influence des tentes réagissant comme une ceinture périphérique d'infection sur le reste du casernement. En tout cas, il est certain que cette mesure eut la plus grande influence, non seulement sur les hommes campés, mais sur le reste des bâtiments, qu'elle isola, contribua à assainir, et que l'épidémie céda partout.

Dans la première période décadaire d'octobre, M. le médecin-principal de première classe, directeur du service de santé de la division militaire, vint par lui-même constater l'état du bataillon.

Nous eûmes la profonde satisfaction de voir notre façon d'apprécier la situation sanctionnée de sa haute autorité. Il fut d'avis qu'il y avait lieu, dans le but d'empêcher des accidents de même ordre de reparaître, de demander que l'emplacement des tentes fût changé tous les quinze jours, de façon à ce qu'elles n'eussent plus le temps de devenir des foyers d'infection, d'y mettre de huit à dix hommes au maximum.

Comme les tentes transportées hors du camp baraqué occupaient l'espace triangulaire dit « camp des jeunes », il émit l'idée que, vis-à-vis de la proximité du fumier, il serait utile que les détritus qui le composaient ne fussent pas simplement entassés à la surface du sol, mais qu'une fosse fût creusée pour les recevoir.

Il conclut à l'utilité d'adopter pour les tentes la disposition en quinconce, d'augmenter le nombre des tinettes urinoires du camp, absolument insuffisantes, de doubler les latrines, de créer près d'elles des urinoirs en surplus, de diminuer le nombre des hommes dans les chambres, d'ajouter dans le casernement des tubes de tirage à travers la toiture pour augmenter l'aération, de pallier à la cause d'insalubrité créée par le fossé de la redoute basse dans la mesure du possible, une suppression absolue de cette cause d'infection ne pouvant être réalisée faute de pente.

Peu après, pour une heureuse coïncidence, survint le départ de la classe et celui d'une compagnie pour le Sud.

Le chiffre des occupants diminuant partout, de rares tentes seulement furent conservées, la première période épidémique était terminée.

---

(1) *La statistique médicale de 1887* donne un effectif plus élevé que le nôtre. La différence de ces chiffres est expliquée par ce fait que l'effectif qui y est consigné comprend le total des divers détachements, nos chiffres ne visant au contraire que le Kreider. De plus, les effectifs en 1887-1888 ont varié continuellement et dans d'énormes proportions, non seulement d'un poste à l'autre, mais sur l'ensemble du bataillon par suite de la formation des détachements destinés au Tonkin ou à la Tunisie et de leurs départs.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité théorique et pratique du massage (1), par G. Norstrœm.

A propos d'un récent ouvrage sur le même sujet, j'ai eu l'occasion de faire une profession de foi thérapeutique et de me déclarer convaincu de l'excellence, dans bien des cas, des pratiques du massage.

Le traité de M. Norstrœm, fort simplement écrit, ce qui est un mérite, abonde en observations dont le sommaire se termine par l'encourageante mention : guérison.

Nous ne ferons qu'un reproche à cet ouvrage : sa longueur ; 672 pages in-8° consacrées au massage, c'est beaucoup. Un livre si volumineux serait capable d'effrayer ceux qui ne sont pas initiés. Le massage emploie, en somme, des procédés fort simples, et il ne faut pas lui donner des allures trop rébarbatives. Pour manier convenablement l'effleurage, la friction, le pétrissage et le tapotement, les quatre manœuvres fondamentales, il me semble à moi, laïque, que, lorsqu'on possède des muscles fléchisseurs du pouce d'une suffisante vigueur, une bonne instruction médicale et du bon sens, on peut entreprendre facilement de traiter par le massage la plupart des cas que l'on peut rencontrer dans une pratique ordinaire. C'est pourquoi, malgré les qualités solides du livre présent, un manuel court, clair et précis ferait mieux mon affaire.

Hygiène de la femme enceinte (2), par le docteur A. de Sayre.

Véritable manuel à l'usage de la femme enceinte, renfermant des conseils circonstanciés sur ce que la femme peut se permettre et doit éviter pendant toute la durée de la gestation. Ce petit livre sera sans doute très apprécié des intéressées. Les médecins feront bien d'en prendre connaissance pour être à la hauteur : pour en savoir autant que leurs clientes. A. M.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.
(2) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les élèves ajournés au premier examen de doctorat, pendant les sessions de juillet et de novembre, pourront renouveler cet examen à une session spéciale, qui sera ouverte dans la première quinzaine de janvier, au siège des Facultés. Ils seront admis, sur leur demande écrite, aux travaux pratiques de deuxième année, à la condition de payer le droit supplémentaire (40 francs).

En cas d'échec à cette session, ils seront définitivement ajournés à la session de juillet suivant, et ne pourront prendre aucune inscription de deuxième année.

En cas de succès, et sur la justification de leur participation effective aux travaux pratiques de deuxième année, ils seront admis à prendre immédiatement les cinquième et sixième inscriptions à titre rétroactif.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

Atlas de cystoskopie, par le docteur E. Burckhardt, privat docent de chirurgie à l'Université de Bâle. In-8°, 24 planches en chromolith. — Prix : 15 francs. — Basel, Benno Schwabe, éditeur.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 102. — JEUDI 3 SEPTEMBRE 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 3 SEPTEMBRE 1891. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL TROUSSEAU. La thérapeutique et ses indications générales chez l'enfant. — CHIRURGIE PRATIQUE. Traitement des granulations de la conjonctive; — Traitement de l'amygdalite lacunaire chronique par la discision des amygdales. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On se rappelle que, dans la dernière séance, l'Académie s'était occupée des juifs. On leur avait accordé certaines qualités et certains défauts particuliers. M. Javal leur attribue un astigmatisme spécial; M. Lagneau les croit plus disposés à l'épilepsie et à l'aliénation mentale. Par contre, on s'accorde à reconnaître qu'ils sont moins atteints généralement par les épidémies, qu'ils ont plus d'enfants et les élèvent mieux, qu'il y a chez eux moins de naissances illégitimes et moins de mortalité infantile. Aujourd'hui, M. Germain Sée, dans une courte note fort bien écrite, nous donne des renseignements précis sur l'hygiène et les maladies de ses coreligionnaires. Pour répondre à l'accusation portée par M. Lagneau au point de vue de la plus grande fréquence de l'épilepsie et des maladies mentales, il insiste sur ce fait, qu'il n'y a pas d'alcoolisme parmi les juifs, ce qui est en contradiction avec l'assertion de M. Lagneau. On trouvera, en outre, dans la communication de M. Sée, de curieux détails sur la prévision merveilleuse des maladies que nous appelons microbiques, prévision que l'on trouve tout au long dans le thalmud, qui prescrit les mesures les plus draconniennes et une police des plus autorisées contre la tuberculose elle-même. M. Worms, après M. Germain Sée, est venu affirmer à son tour en se basant sur sa longue pratique, à l'hôpital israélite, que l'épilepsie, en particulier, est plutôt rare parmi les juifs. Plusieurs orateurs sont encore inscrits pour cette discussion qui sera reprise dans la prochaine séance.

M. Larrey a donné lecture d'un travail intéressant de M. Tholozan, sur la grippe en Perse, en 1889 et 1890.

M. Panas a lu trois rapports, dont un officiel sur la conjonctivite granuleuse dans les écoles. On trouvera, au compte rendu, les réponses que M. Panas propose de faire à M. le ministre de l'Instruction publique sur ce sujet.

Signalons, enfin, une communication de M. Polaillon sur un nouveau procédé de palatoplastie.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. SEVESTRE.

La thérapeutique et ses indications générales chez l'enfant.

Les médications générales de la thérapeutique chez l'enfant sont, en bien des points, les mêmes que chez l'adulte. Chez l'un comme chez l'autre, il faut surtout vous attacher à vous défendre d'un empirisme vague, à ne jamais prescrire un traitement quelconque par des moyens quelconques, à toujours bien établir le motif et la raison d'être de votre prescription. Les recherches pathogéniques modernes ont singulièrement augmenté l'importance de cette règle; elles ont rendu en même temps son application plus facile. Prenez pour exemple la fièvre typhoïde et l'érysipèle. En 1869, dans le *Traité* de Grisolle, vous ne trouverez qu'une série de médicaments qui, s'ils ne sont pas tous sans valeur, sont au moins conseillés sans motifs bien précis. En 1872, M. Jaccoud établit déjà nettement trois indications fondamentales : soutenir les forces, combattre la fièvre, combattre les congestions passives du poumon. Aujourd'hui les théories pathogéniques de l'infection nous permettent de serrer de plus près encore ces indications fondamentales. Elles permettent d'agir sur l'affection elle-même et aussi de prévenir sa propagation. Peut-être, pour la fièvre typhoïde, le traitement antiseptique n'a-t-il pas donné encore tous les résultats qu'on peut en espérer. Pour l'érysipèle, ces résultats sont déjà plus satisfaisants. En donnant l'acide salicylique à l'intérieur et surtout en agissant à l'extérieur par les lotions salicyliques, la vaseline au salol et, dans certains cas, les bains d'acide borique, on enraye certainement le développement de l'érysipèle. J'ai observé ce fait d'une façon très nette chez une nourrice des Enfants-Assistés : un érysipèle migrateur durant depuis trois semaines et n'ayant subi, sous l'influence de l'acide salicylique à l'intérieur, qu'une modification peu appréciable, a cédé en quelques jours à des bains boriqués prolongés.

Jamais non plus vous ne devez donner de médicaments sans vous être assurés de l'état de tous les organes et, en particulier, de l'organe d'élimination par excellence : le rein. Faute de cette précaution vous vous exposez à des intolérances et à des intoxications qui deviennent facilement graves. Je dois ajouter que, chez l'enfant, sauf dans quelques maladies comme la scarlatine, les reins fonctionnent généralement d'une façon parfaite. Cette circonstance vous explique la tolérance dont jouissent les enfants

à l'égard de certains médicaments, comme l'antipyrine ou le salicylate de soude.

Votre thérapeutique sera, d'ailleurs, guidée moins sur la nature de la maladie que sur la forme qu'elle a prise sur les manifestations morbides. La scarlatine, par exemple, peut évoluer avec une bénignité telle qu'il n'y a qu'à vous contenter de précautions d'hygiène. Au contraire, ses déterminations pharyngées, nerveuses, rénales, peuvent devenir la source d'indications impérieuses. Je voyais aujourd'hui même un enfant atteint de scarlatine, depuis trois jours. Hier matin, l'éruption disparaissait subitement en même temps que survenait une diarrhée d'une intensité extraordinaire. Il y avait bien certainement une localisation spéciale sur l'intestin. L'indication, en présence de ces accidents très graves, m'a paru de chercher à ramener l'éruption à la peau par des bains sinapisés.

Chez l'enfant, le fond de votre thérapeutique doit être toujours constitué par l'hygiène. C'est l'hygiène qui vous fournira vos moyens d'action les plus puissants pour prévenir les gastro-entérites de la première enfance, le rachitisme, la scrofule, etc. Dans les maladies aiguës elles-mêmes, la guérison, chez l'enfant, est souvent spontanée. L'intégrité des organes d'élimination, leur fonctionnement parfait amènent, pour peu que les conditions hygiéniques soient satisfaisantes, l'expulsion des agents infectieux et des produits toxiques. Aux Enfants-Assistés la rougeole, il y a quelques années, avait une gravité extrême; la mortalité s'élevait à 40 et jusqu'à 51 p. 100. Il a suffi d'améliorer les conditions des salles, leur aération, et surtout de réaliser les pratiques de l'antisepsie pour que, dans le même milieu, la mortalité ait diminué de plus de moitié. L'hygiène ne peut donc pas seulement vous servir à prévenir les maladies, elle peut encore vous servir à en atténuer la gravité. Je ne veux pas énumérer les règles multiples applicables au traitement de chaque affection. Laissez-moi toutefois vous indiquer deux points principaux. L'impressionnabilité nerveuse des enfants, très grande déjà dans l'état de santé, s'exagère encore quand ils sont malades; il faut ménager et limiter autant que possible cette impressionnabilité. Enfin, le besoin de réparation et d'alimentation est plus grand chez l'enfant que chez l'adulte. Une diète absolue serait toujours fort mal supportée.

Les indications médicamenteuses sont relativement rares chez l'enfant; cependant, quand elles existent, il faut, pour employer l'expression de MM. Rilliet et Bailliez, les remplir avec énergie, décision, rapidité. Elles sont souvent si fugaces qu'il faut savoir saisir l'occasion thérapeutique.

Le mode d'administration des médicaments offre déjà, chez l'enfant, quelques difficultés spéciales. Pour vous en citer les exemples les plus importants, le sulfate de quinine est fort difficile à donner : vous ne pouvez songer à le donner en cachets; les pilules, les plus petites, de 1 à 2 centigrammes, même mélangées à du miel ou des confitures, sont parfois difficilement prises par l'enfant. L'administration du quinine en lavements est assez infidèle : il faut avoir soin d'augmenter la dose d'un tiers environ. Pour triompher de ces difficultés, Lutz a proposé la formule suivante qui masquerait assez bien l'amertume :

Sulfate de quinine.	50 centigr.
Acide sulfurique dilué à 1 p. 100.	50 —
Essence de menthe	v gouttes.
Solution saturée de saccharine. .	10 grammes.
Eau	90 —

Le naphtol, par suite de sa saveur si spéciale, est tout à fait impossible à donner autrement qu'en cachets. Vous pourrez heureusement le remplacer par le betol ou salicylate de naphtol sans goût et que vous ferez prendre en suspension dans une simple potion gommeuse.

Vous faciliterez toujours beaucoup l'administration d'un médicament en donnant à la potion, non seulement une saveur aussi peu désagréable que possible, mais une couleur se rapprochant de la couleur des boissons ordinaires. Le sirop de framboises, le sirop de cerises, par leur coloration rosée, remplissent bien cette double condition. Au lieu de donner la potion avec une cuiller, faites verser la cuillerée mesurée dans un gobelet; l'enfant la boira avec moins de défiance et d'appréhension.

La dose à prescrire offre pour chaque médicament des variations par rapport à la dose de l'adulte. On a souvent essayé de dresser des tables permettant pour chaque âge de calculer ces variations. Les chiffres donnés sont absolument théoriques. L'intolérance pour l'opium est, chez les tout jeunes enfants, presque absolue; la tolérance pour la belladone est très considérable; la tolérance pour l'antipyrine est peut-être plus grande que chez l'adulte.

Je ne puis passer en revue tous les médicaments et toutes les médications. Pour me limiter à un exemple prenons une des médications les plus fréquentes : celle de la médication antiseptique. Pour réaliser l'antisepsie intestinale, vous aurez à employer les évacuants vomitifs et purgatifs. Comme vomitifs, c'est l'ipéca sous forme de poudre et de sirop qui sera votre grande ressource, plus rarement le tartre stibié à faibles doses. Comme purgatifs, vous renoncez souvent à faire accepter l'huile de ricin. La limonade citrique est aussi assez bien prise en la prescrivant de la façon suivante :

Citrate de magnésie.	25 grammes.
Eau le moins possible.	
Sirop de cerises.	q. s.

L'enfant n'a ainsi à boire qu'un verre environ. Mais je vous recommande surtout le calomel, si facile à prendre, doublement utile comme évacuant et comme antiseptique. De plus, le mélange à parties égales de charbon et de glycérine proposé par M. Bouchard est — chose assez inattendue — bien pris par les jeunes enfants à condition d'être en pâte assez molle. Les lavements, enfin, vous permettront d'assurer la vacuité et la désinfection du gros intestin. Rappelez bien toutefois aux parents que la quantité d'eau injectée doit, pour ne pas produire de coliques, être peu considérable. Chez un enfant de quatre ans, l'injection du tiers de l'irrigateur est largement suffisante. Pour l'antisepsie de la gorge, les gargarismes, si utiles chez l'adulte, sont inapplicables chez l'enfant. C'est aux pulvérisations, aux badigeonnages, aux lavages avec la solution boriquée, la solution de chloral à 1 p. 200, qu'il faut avoir recours. Pour le poumon, si vous ne pouvez chercher exactement l'antisepsie, vous pourrez, en veillant à la pureté de l'air inspiré, prévenir bien des complications. Pour la peau, les bains, les lotions, en dehors, de leur effet antipyrétique et calmant, préviendront souvent les phénomènes inflammatoires, abcès, furoncles si fréquents chez l'enfant, de sorte que ces moyens deviendront fort utiles dans un très grand nombre de maladies.

Prenons un autre exemple parmi les modes de médication externe, la révulsion. La révulsion, chez l'enfant, à

cause de la susceptibilité nerveuse, de la susceptibilité de la peau, doit être appliquée avec grands ménagements. Il est tel révulsif comme le thapsia qu'il faut appliquer avec des précautions très grandes. Dans le service, nous ne mettons jamais de vésicatoires qu'après avoir nettoyé la peau au savon et au sublimé. La durée de l'application est limitée à trois heures. Si la cloque n'est pas formée, un cataplasme est appliqué pendant une heure environ. Le pansement est fait très soigneusement avec du protective trempé dans la solution boriquée et recouvert d'ouate boriquée : l'iodoforme ou le salol sont appliqués dans certains cas, lorsqu'il y a des raisons de craindre une infection diphthéritique. Toutes ces précautions sont nécessaires pour prévenir les accidents graves qu'entraîne si souvent ce moyen thérapeutique précieux. Il n'est pas jusqu'aux moyens de révulsion moins énergique, la teinture d'iode, les sinapismes qui, chez l'enfant, n'aient besoin d'être surveillés. La teinture d'iode, si elle n'est pas très fraîche, amène souvent des inflammations violentes, les sinapismes en feuille sont presque toujours trop énergiques et l'on doit se contenter de cataplasmes sinapisés.

Je pourrais multiplier ces exemples, mais il faudrait passer en revue, d'une part, toute la thérapeutique, de l'autre, toute la pathologie infantile. Les quelques faits que je vous ai cités suffiront à vous faire concevoir les difficultés spéciales du traitement chez l'enfant, difficultés d'administration des médicaments, difficultés pour le choix des doses et des moyens, difficultés plus grandes encore, mais qui, elles, ne sont plus spéciales à l'enfance, dans l'appréciation des indications thérapeutiques.

CHIRURGIE PRATIQUE

Traitement des granulations de la conjonctive. — Nos lecteurs n'ont pas oublié l'intéressante Revue publiée, sur ce sujet, par M. Valude, dans notre numéro du 20 juin dernier; M. le docteur Peretti, de Cassaigne (Algérie), nous fait connaître un traitement qu'il emploie depuis cinq ans avec un succès constant.

Ce traitement, le voici :

1° Tous les soirs en se couchant frotter, au moyen du doigt, avec gros comme un grain de blé de vaseline au précipité rouge, le bord libre des paupières;

2° Le lendemain matin mettre du collyre suivant :

S. acétate de plomb liquide . . . . } *āā*
Eau distillée . . . . }

Quelques gouttes (IV ou V) dans chaque œil et laver ensuite à l'eau salée;

3° Le jour d'après, avec un pinceau de blaireau, roulé dans la poudre suivante :

Calomel. . . . . }
Poudre d'iris. . . . . } *āā*
Tannin. . . . . }

en mettre un peu dans chaque œil.

Alterner, en somme, tous les jours successivement, le collyre liquide avec le collyre sec formulés ci-dessus;

4° Si les granulations sont anciennes, indurées et charnues, il convient, tous les deux ou trois jours et avant de mettre les collyres, de retourner les paupières et de les râcler très légèrement avec la pointe d'un bistouri mousse. Cette opération est peu douloureuse; mais il est avantageux d'insensibiliser avec la cocaïne les surfaces à attaquer. Il est arrivé, à notre confrère, de négliger le râclage dans des cas très sérieux. Après dix ou quinze jours de traitement les granulations se flétrissent, s'atrophient, s'affaissent et commencent à disparaître.

Après le collyre au calomel, etc., il est bon de laisser le malade dans l'obscurité, les paupières closes, et lui conseiller de ne pas les remuer.

D'après notre confrère, il ne lui serait jamais arrivé de rester plus de deux mois pour obtenir la guérison dans les cas les plus graves, traités depuis de longues années par des spécialistes ou des personnalités médicales très en vue dans ce département.

Le pannus translucide et la kératite vasculaire, qui accompagnent presque toujours les vieilles granulations, guérissent à merveille par ce traitement.

Traitement de l'amygdalite lacunaire chronique par la discision des amygdales. — Dans le cas d'amygdalite lacunaire chronique, la discision des amygdales est aujourd'hui recommandée par certains spécialistes de préférence à l'ablation et à l'ignipuncture. Voici la technique de ce procédé, telle que nous la donne M. le docteur Gampert, ancien interne des hôpitaux :

Instruments. — Un abaisse-langue spatulé.

Un petit releveur de la luette (anneau emmanché à angle obtus sur une tige) qu'on utilise comme abaisse-langue.

Un crochet mousse (crochet à strabisme, servant aux oculistes à soulever les tendons dans l'opération du strabisme).

Un crochet pointu.

L'*anesthésie* à la cocaïne est inutile.

Éclairage. — Il faut s'assurer d'un bon éclairage : une lampe à large flamme et un miroir frontal.

Manuel opératoire. — L'opérateur se place bien en face du malade, éclaire la gorge, abaisse la langue doucement pour éviter les réflexes, puis, avec le crochet mousse, tenu dans la main droite, il cherche le point douloureux si le malade a su l'indiquer, sinon il pratique systématiquement la discision des cryptes. Il vaudra mieux commencer par les cryptes inférieures pour ne pas être gêné par le sang qui s'écoule.

On engage l'extrémité mousse du crochet dans un orifice et l'on cherche à le faire ressortir par un autre ou bien à travers le tissu dans un point voisin.

Un pont de tissu est ainsi compris dans la concavité du crochet; on tire à soi, le tissu friable cède, un peu de sang s'écoule et la lacune béante laisse échapper des concrétions qui sont crachées par le malade. On renouvelle la même manœuvre, si c'est nécessaire, pour agrandir l'ouverture, et pour les autres cryptes.

Si le tissu est trop dur, ou si le pont compris dans le crochet est trop épais, il est bon d'appuyer sur l'amygdale avec l'extrémité du petit releveur de la luette, pour empêcher l'amydale de venir trop en avant, et de ne pas déchirer les tissus à distance. Quelquefois on ne pourra faire pénétrer le crochet mousse; on prendra alors le crochet pointu dont on se servira de la même manière.

Mais il est d'un maniement plus difficile, car pour peu que le malade soit indocile ou ait des réflexes marqués, le crochet risque de blesser la gorge.

Cette petite opération n'est presque pas douloureuse, aussi peut-on ouvrir plusieurs cryptes dans une séance. Toutefois il est mieux de ne pas prolonger trop, car le malade est fatigué au bout d'un moment.

Il faudra le laisser reposer huit jours environ, pour laisser le temps aux petites plaies de se cicatriser.

Très souvent le soulagement est immédiat; tellement que les malades sont tout surpris de se voir débarrassés en un instant d'une gêne qui durait depuis fort longtemps.

D'autres fois, il ne se manifeste qu'au bout de quelques jours, lorsque la légère douleur de la discision a disparu.

Il faut quelquefois jusqu'à dix séances pour arriver à un résultat.

Lorsqu'on revoit les malades au bout de huit jours, on trouve souvent les parties discisées réunies de nouveau par des adhérences faibles qu'on rompt facilement en y passant le crochet.

Pour éviter cela, on fait, après la discision, un badigeonnage des surfaces saignantes avec le mélange suivant.

Iode métalloïde............	20 centigr.
Iodure de potassium.......	50 —
Glycérine.................	50 grammes.
Eau.......................	10 —

et l'on prescrit un gargarisme boriqué le premier jour, et un gargarisme iodé les jours suivants.

Si la discision a produit de petits lambeaux flottants, le mieux est de les exciser d'un coup de ciseaux.

Le traitement est terminé lorsque toutes les cryptes sont bien ouvertes, et qu'il n'en reste plus d'adhérentes. Pour ces dernières, il faudra beaucoup de séances, c'est pourquoi l'on peut employer avec plus de profit le galvano-cautère.

Lorsqu'on revoit les malades plusieurs semaines après, on est frappé de voir la diminution qu'ont subie les amygdales, et leur plus grande résistance.

Elles ont des aspects bizarres et paraissent divisées en feuillets, en lobules, dans lesquels on ne remarque plus de cavités.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er septembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un pli cacheté sur le traitement spécifique du bouton d'Alep, de Biskra, par M. le docteur Amin Gemoyel;

2° Une note sur six empoisonnements mortels par l'oronge citrique et l'application rationnelle du sulfate d'atropine au traitement de cette intoxication, par M. Crié (de Rennes).

LECTURE

La grippe en Perse en 1889-1890. — M. LARREY lit un travail de M. Tholozan (de Téhéran), sur ce sujet. M. Tholozan établit, à l'aide des documents qui lui ont été communiqués par les médecins persans, l'époque de l'invasion de la maladie dans les principales villes de la Perse.

Les deux localités les premières atteintes sont Rècht, en septembre 1889, et Téhéran, au commencement d'octobre de la même année. La grippe avait déjà atteint Isfahan (fin octobre) quand elle se montra à Tauris, tout à fait au nord de la Perse, au commencement de novembre. Ce n'est qu'un mois après (fin novembre) qu'elle parut à Goum, au premier quart de la route de Téhéran à Isfahan. Ce n'est qu'après ces invasions qu'elle est signalée à Méched, au nord-est de la Perse, au commencement de décembre.

Toutes ces données concordent à démontrer que la grippe a déjà atteint le littoral sud-ouest de la mer Caspienne et peu après Téhéran. Ensuite, passant par-dessus les deux villes intermédiaires de Goum et de Cachan, sans les toucher, elle s'est installée au centre même du royaume, à Isfahan. De cette ancienne capitale, pour atteindre Chiraz, l'épidémie met environ deux mois, et de là, pour se montrer à Bonchir (14 mars 1890), deux mois et demi. La progression de ce fléau a donc été relativement lente (environ six mois).

Il serait important, pour l'histoire générale de cette épidémie, de comparer les dates ci-dessus avec les dates d'invasion de la Transcaucasie, d'une part, et du Turkestan, de l'autre. On pourrait établir ainsi la filiation des faits, si toutefois il y en a une.

RAPPORTS

De la conjonctivite granuleuse dans les écoles d'Algérie. — M. PANAS lit un rapport officiel à l'occasion d'une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, invitant l'Académie à émettre son avis sur les conditions qui rendent la conjonctivite granuleuse contagieuse et sur les mesures qu'il conviendrait de prescrire pour prévenir la contagion.

S'appuyant sur la contagiosité aujourd'hui bien établie de la conjonctivite granuleuse et sur les conditions de sa transmission, M. Panas propose de prendre les mesures suivantes pour prévenir la contagion :

1° N'accepter aucun élève dans l'école avant qu'il n'ait subi un examen des yeux, au point de vue de l'ophthalmie granuleuse;

2° Sur les élèves admis à fréquenter l'école, pratiquer régulièrement un examen tous les trois mois au moins, et cela indistinctement, que les élèves se plaignent ou non d'affections oculaires.

La raison de cet examen de la totalité des élèves tient à ce que les granulations palpébrales existent à l'état latent et qu'elles peuvent passer inaperçues, si l'on ne procède pas au renversement des paupières;

3° Sitôt qu'un élève offre de vraies granulations, déclarées telles par un médecin compétent, on doit l'isoler et le traiter avec vigueur, de façon à éteindre au plus tôt le foyer de contamination et à permettre à l'élève de continuer le cours de ses études;

4° Il va de soi que ce sera au médecin d'indiquer, dans chaque cas particulier, le moment où l'élève sera autorisé à rentrer en classe sans danger pour les autres.

Anévrysme artério-veineux de la carotide interne gauche dans le sinus caverneux. — M. PANAS lit un rapport à l'occasion d'une observation de M. Kalt sur ce sujet.

L'intérêt de cette observation est l'inefficacité de la pression digitale exercée, dans les premiers quinze jours, sur le tronc de la carotide au cou.

La ligature de la carotide primitive fut alors faite, sans accidents immédiats; mais, comme il ne s'était passé que quinze jours lors de la communication de M. Kalt à l'Académie, que déjà un certain souffle se faisait entendre au niveau de la région malaire et que la paralysie des nerfs moteurs de l'œil subsistait, on ne peut rien conclure au sujet de l'efficacité de la ligature de la carotide dans le cas de M. Kalt.

Du traitement de la conjonctivite granuleuse. — M. PANAS donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Abadie relatif à cette question.

S'inspirant de la pratique de Sattler qui scarifie profondément le terrain granuleux en y combinant le curetage auquel Moralescu a substitué le brossage, et de celle de Guaita qui préfère le sublimé en solution à tout autre topique, M. Abadie a proposé une nouvelle méthode de traitement de la conjonctivite granuleuse, qui constitue certainement un progrès.

Cependant il ne faut pas, d'après M. Panas, proclamer d'ores et déjà, avec M. Abadie, qu'on doit bannir de la thérapeutique tous les autres moyens de traitement pour se restreindre à celui qu'il préconise.

Tout partisan que nous sommes des scarifications avec brossage et le reste, dit M. Panas, nous affirmons qu'à côté de succès brillants, il y en a de médiocres, sinon nuls et en tout cas temporaires;

Que dans les formes avec purulence abondante, comme nous en avons observé en Égypte, le nitrate d'argent, en solution forte, est ce qui réussit le mieux entre les mains de nos confrères qui exercent sur les bords du Nil;

Qu'enfin il existe heureusement des formes relativement peu graves de conjonctivite granuleuse, qu'on peut enrayer par des moyens non sanglants, ce qui nous dispense de l'emploi de l'anesthésie chloroformique.

COMMUNICATION

La pathologie des juifs. — M. GERMAIN SÉE répond aux assertions étranges et surtout contradictoires qui ont été émises dans les deux dernières séances relativement à l'hygiène et aux maladies des juifs. C'est par M. Lagneau que les juifs ont été le

mieux traités, surtout au point de vue des mœurs, de la sobriété, de la parcimonie d'ailleurs souvent forcée. Accroissement très élevé de la population par suite des soins extrêmes que les mères donnent à leurs enfants qu'elles allaitent elles-mêmes; pas de natalité illégitime; voilà deux faits considérables qui sont hors de doute et tout en faveur de la race et de ses habitudes.

M. Sée signale deux autres points ressortissant de la vie hygiénique et qu'il faut signaler : pas d'alcoolisme, ce qui est en contradiction avec le reste du discours de M. Lagneau; prévision merveilleuse des maladies que nous appelons microbiques.

Moïse avait-il observé la mort après l'usage de la viande trichinée? Ce qui est certain, c'est que le thalmud prescrit les mesures les plus draconiennes et une police des plus autorisées contre la maladie qui a décimé de tout temps le genre humain et continue ses terribles ravages; M. G. Sée veut parler de la tuberculose.

Voici ce que dit, à cet égard, M. Anatole Leroy-Beaulieu : « Le judaïsme a mis la foi au service de l'hygiène; il a fait tourner la piété au profit de la santé. Les règles minutieuses de la loi sur la chair des animaux destinés à l'alimentation de l'homme, constituent aujourd'hui, après deux mille ans, une révélation scientifique. Le dernier Congrès de la tuberculose a signalé, au législateur moderne, ce qui était ordonné au sacrificateur israélite; il doit écarter tout animal qui, à l'autopsie, présente des adhérences des plèvres; on insufflait les poumons des bêtes égorgées pour vérifier leur contexture avant de livrer la chair à la consommation. »

Comment se fait-il que des individus aussi prévoyants, aussi pénétrants dans l'intérêt de leur santé, aussi sages dans le choix de l'alimentation pure et dans la prohibition des boissons nuisibles qui font partout autant de victimes que la tuberculose, viennent tout à coup à tomber en épilepsie et en aliénation? M. Lagneau dit, d'après Morselli, un aliéniste italien, qui le tient lui-même d'un statisticien américain nommé Spitzka, que l'épilepsie est fréquente chez les juifs. Mais de quelle épilepsie s'agit-il? Est-ce de celle de César, Mahomet, Pétrarque, Napoléon Ier et autres célébrités? Ou bien est-ce celle des clients de M. Bourneville, qui vont droit à l'idiotisme et au crétinisme, ce dont on n'accuse guère les juifs? On sait d'abord que les idiots ne deviennent pas aliénés; il faut avoir de l'intelligence pour la perdre. On est d'accord aussi pour considérer dans le cas présent l'alcoolisme comme inconnu chez les juifs; retranchez cette dernière cause qui constitue, comme le dit le récent Congrès, plus d'un tiers du total de l'aliénation; que restera-t-il après cela des chiffres sans portée d'une statistique incompréhensible?

M. Sée examine ensuite les doctrines démographiques de la race juive, telles qu'elles sont formulées par M. Javal : « On sait, dit M. Javal, que, dans la Bible, il n'est nulle part question de l'immortalité de l'âme : comme il ne leur est rien promis dans l'autre monde, les juifs se sont toujours efforcés de vivre le plus longtemps et le plus confortablement possible dans celui-ci. »

Pour répondre à cette assertion, M. G. Sée se croit le droit d'invoquer les témoignages historiques. Le grand historien des juifs, Josèphe, qui avait plus de tendresse pour les Romains que pour ses coreligionnaires, écrivit ceci au premier siècle de l'ère chrétienne, à propos de la secte principale de la Judée, les pharisiens, qu'il ne faut pas confondre avec leurs faux frères du même nom : « Ils mènent, dit-il, une vie simple et sans luxe; ils observent consciencieusement leurs devoirs, honorent extrêmement les vieillards, vivent dans la concorde pour le bien général et croient les âmes immortelles. »

Saint Paul, le grand apôtre, dit lui-même : « J'ai vécu en pharisien, selon cette secte qui est la plus exacte de notre religion. » Est-ce que M. Javal prendra désormais le même parti que l'historien Josèphe et que l'apôtre saint Paul au point de vue de la croyance à l'immortalité ? S'il refuse de suivre ces grands penseurs, certes de plus humbles que lui suivront ces exemples, et je défie, à l'heure actuelle, de trouver un seul juif, pauvre ou riche, qui, par cela qu'il croit fermement dans le Dieu unique, ne soit amené à reconnaître la perennité de l'âme; il serait même étonné de l'interrogation et du doute à ce sujet.

Il est vrai que le mot n'est pas dans le Pentateuque. Moïse ne voulut pas faire de l'immortalité de l'âme un dogme religieux, il savait bien que son monothéisme est d'essence divine. La doctrine de Moïse est une loi, c'est-à-dire une série de commandements formulés avec une âpre précision, mais c'est une loi; ce n'est pas un article de métaphysique; la loi découle uniquement de la foi, et elle s'adresse au cœur plutôt qu'à l'esprit; elle agit sur le sentiment, car elle craint les extravagances de l'imagination et cherche même à déraciner toute espèce de superstition de l'esprit du peuple, si mal préparé, d'ailleurs, à la discussion d'un dogme, si disposé, au contraire, à obéir aux lois divines, à la condition qu'on les lui montre simples, dignes, pratiques. Aujourd'hui, nous lisons entre les lignes de ce livre fameux, et avec un peu de bon sens, il nous apparait avec toutes ses conséquences morales, au milieu de sa merveilleuse simplicité. La perspicacité dans le jugement, et surtout la persévérance dans la conviction qui en émane, sont, dit-on, les qualités dominantes des juifs, fils directs ou ralliés d'Israël.

Il y a, en effet, ajoute en terminant M. Germain Sée, une maladie dont ils sont généralement exempts et que j'ai beaucoup étudiée dans ma longue carrière médicale. M. Javal nous a enseigné, avec un grand talent, l'astigmatisme, la myopie et le strabisme oculaire, mais il ne nous dit rien du strabisme intellectuel, si commun dans la pratique et dont les juifs ne sont pas justiciables; c'est que, cérébralement, ils voient aussi juste, aussi droit qu'ils voient mal en oculistique. Ils ont pu juger ainsi de la vérité morale du livre de la Bible et ils en sont si bien convaincus qu'aujourd'hui encore, ils se laisseraient peut-être supplicier plutôt que de consentir au baptême. On comprendra facilement, d'après cette démonstration qui repose sur des documents positifs et historiques et qui repousse toutes les négations superficielles, pourquoi je ne saurais admettre les conclusions de M. Javal sur les tendances égoïstes, épicuriennes et sybaritiques des juifs dans leur mode d'existence.

Et précisément à propos de cet épicurien qui s'appelle l'Ecclésiaste, et qui déclame sur tous les tons que tout est vanité dans ce monde, notre grand penseur Renan dit ceci : « L'homme n'arrivera point à se persuader que sa destinée soit semblable à celle de l'animal; même quand cela aura été démontré, on ne le croira pas. L'humanité ne nous écoutera que dans la mesure où nos systèmes conviendront à ses devoirs et à ses instincts. » Cette belle pensée s'applique à toutes les religions; le juif, comme le chrétien, s'appliquera toujours à éviter l'avilissement et à relever sa dignité d'homme.

M. WORMS a dirigé pendant onze ans le service médical de l'hôpital israélite de Paris. Il peut affirmer, contrairement à ce qui a été dit dans les deux précédentes séances, que le nombre des épileptiques n'est pas plus considérable que celui que l'on observe dans les autres services hospitaliers, il peut même dire que, dans les services ordinaires, les épileptiques sont plus nombreux qu'à l'hôpital israélite.

M. LAGNEAU a voulu surtout insister sur ce fait que, d'une façon générale, le système nerveux des juifs est particulièrement excitable.

En ce qui concerne les maladies nerveuses chez les israélites, il apportera à l'Académie un certain nombre de documents écrits, entre autres une lettre de M. Zambaco, qui démontrent la fréquence de ces maladies dans la race juive à Constantinople.

M. LEBLANC fait remarquer à M. Sée que les prescriptions de Moïse étaient relatives, non à la trichinose, mais à la ladrerie, maladie très fréquente parmi les porcs et même parmi les bœufs de la région occupée par la race juive.

Il ajoute qu'il ne faut pas abuser des prescriptions hygiéniques, sans quoi on s'expose à rendre l'alimentation du pauvre, déjà fort difficile, presque impossible.

Ainsi les lois de Moïse prescrivaient de rejeter les animaux dont les plèvres étaient adhérentes. Or, cette adhérence existe

dans la péripneumonie, affection qui n'empêche pas les animaux d'être livrés à la consommation, et elle fait souvent défaut dans la tuberculose.

D'ailleurs, en ce qui concerne cette même tuberculose, il ne faut rien exagérer. Il n'est pas rare de voir des bêtes ayant un aspect merveilleux, dans les poumons desquels on rencontre, cependant, un noyau tuberculeux. Il serait absurde d'éliminer ces bêtes de la consommation, alors que l'on peut écarter tout danger en enlevant l'organe malade.

M. LANCEREAUX appuie l'opinion de M. Leblanc au sujet de la proscription de certaines viandes chez les juifs ; il croit, comme lui, qu'il s'agissait de ladrerie.

Moïse avait habité l'Égypte et avait été instruit par des prêtres égyptiens ; or, Hérodote rapporte que les prêtres d'Égypte avaient soin de pratiquer le langueyage chez les bœufs qu'ils allaient sacrifier, afin de s'assurer qu'ils n'avaient pas de cysticerques sous la langue, et, dans le cas où il en existait, ils détruisaient la viande de l'animal. Ils connaissaient également la ladrerie du porc. Moïse, en interdisant le porc, suivait donc les préceptes qu'ils lui avaient donnés.

M. Lancereaux croit, comme M. Leblanc, qu'il est très exagéré de détruire la viande des animaux qui sont atteints de tuberculose localisée. La viande des animaux tuberculeux, si tant est qu'elle puisse être une source d'infection, est, en somme, un danger très minime. S'il n'y avait que des tuberculeux infectés par la viande, la tuberculose serait une maladie rare.

PRÉSENTATION DE MALADES

Sur un procédé de palatoplastie en deux séances. — M. POLAILLON présente trois malades chez lesquels il a pratiqué avec succès la palatoplastie en deux séances, par le procédé suivant :

Il divise l'opération en deux actes séparés par un intervalle de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Dans la première séance, il trace les deux incisions latérales et décolle de chaque côté la muqueuse jusqu'à la perforation, en ayant soin de bien raser les os du palais.

Il arrête l'écoulement du sang par une compression plus ou moins prolongée avec une éponge et abandonne le patient à lui-même. S'il y a hémorrhagie, il a toute facilité pour y remédier par l'application d'une ou deux pinces hémostatiques ou par une petite cautérisation au fer rouge. L'acte chirurgical de la première séance se borne donc à la confection des lambeaux en forme de pont. Il ne dure que quelques minutes, et il est peu fatigant pour le patient.

La seconde séance a lieu le lendemain ou le surlendemain. Les lambeaux se sont légèrement tuméfiés et tendent à se rapprocher naturellement sur la ligne médiane. M. Polaillon avive alors les bords de la perte de substance, et comme le suintement sanguin est presque insignifiant, il exécute très facilement le temps minutieux de la suture.

Le procédé en deux séances permet de faire l'anesthésie par la cocaïne et d'opérer le malade soit assis, soit dans le décubitus dorsal. D'ailleurs, si l'on est obligé d'employer la chloroformisation chez des enfants ou chez des sujets peu raisonnables, celle-ci n'est plus compliquée par les suffocations dues à l'abondance de l'écoulement sanguin.

Cette manière de procéder réalise un progrès et assure le succès des palatoplasties, même dans les cas les plus difficiles.

COMMUNICATION

Lait. — M. BÉCHAMP continue sa communication sur le lait. La conclusion à tirer de cette partie de son travail est qu'on peut arriver à reconnaître un lait provenant de vaches tuberculeuses.

La séance est levée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Il vient de se fonder, à Paris, une « Association syndicale des médecins de la Seine » ; le secrétaire général nous adresse la note suivante :

Les médecins du département de la Seine viennent de fonder une association analogue aux associations fondées par les médecins étrangers et par les médecins de province, sous le nom d'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine. Elle a été autorisée par arrêté de M. le préfet de police en date du 17 juin 1891. Les syndicats des professions libérales n'étant pas encore reconnus par la loi, l'autorisation peut leur être accordée, mais seulement sur la demande d'un certain nombre de personnes des plus honorables. Ces syndicats datent même, en France, de plusieurs années, et ils étaient compris dans le Congrès des syndicats qui eut lieu en 1886.

Dès que l'autorisation fut accordée, une assemblée des membres signataires désigna le bureau définitif, et le président adressa au corps médical une circulaire qui, par suite de sa concision forcée, a prêté à quelques critiques erronées ou mal intentionnées.

C'est ainsi qu'en parlant du repos du dimanche, nous n'avions aucune intention d'interdire aux médecins les visites de ce jour, mais seulement de procurer un repos souvent nécessaire, tout en donnant aux malades des facilités plus grandes de trouver un médecin les jours fériés. Ce résultat peut être obtenu par un groupe de confrères s'entendant pour qu'il y en eût toujours un de garde — si l'on me permet le mot — ce qui n'implique pas que les autres ne puissent faire des visites.

On a dit aussi que les médecins de cette Association s'engageaient à ne faire de visites qu'aux malades payants. Nous sommes presque obligés de voir dans cette observation un intérêt personnel, car les vrais pauvres trouvent toujours un médecin, et voudrions-nous qu'ils soient privés de soins, qu'à Paris cela serait impossible avec les services organisés tels qu'ils le sont. Disons même que le pauvre a intérêt à s'adresser aux médecins chargés de ces services, car il a les médicaments gratuitement. Notre désir, c'est de ne pas voir les faux pauvres abuser de nous au détriment de ceux qui sont malheureux, et ne venez pas dire qu'ils ne sont pas nombreux. La préfecture de police a été obligée de faire payer à ceux qui le pouvaient les visites de nuit. Les faux pauvres attendaient dix heures du soir pour demander un médecin au poste de police. Les catégories de faux pauvres sont innombrables, et ils occupent souvent des positions brillantes qu'ils cherchent à dissimuler, et, s'ils sont découverts, du coup ils ne possèdent plus rien, c'est leur femme qui les entretient. Nous n'insisterons pas ici, nous ne voulons donner qu'un exemple.

Ce que cette association se propose, c'est d'amener les médecins à se réunir et à se fréquenter, et par suite à s'apprécier, nous pensons qu'ainsi cesseront ces tristes rivalités qui se voient trop souvent entre confrères voisins, et naissent toujours d'un malentendu. C'est aussi de leur permettre de discuter toutes les questions qui peuvent les intéresser, et qu'il serait trop long d'énumérer. C'est, mieux encore, de leur permettre d'assurer leur avenir et celui de leur famille.

Et en cela nous ne voulons point faire de concurrence aux sociétés déjà fondées et qui ont rendu de grands services : l'Association générale des médecins de France, l'Association des médecins de la Seine, le Concours médical, l'Association médicale mutuelle contre les maladies ; nous espérons, au contraire, leur apporter un aide précieux, tout en leur demandant l'appui confraternel que mérite notre jeune société.

Nous ne sommes pas une association de combat, nous sommes une association de concorde, nous ne formons pas un corps doctrinaire, nous demandons que chacun vienne discuter son opinion pour la faire prévaloir. Nous n'éliminons que l'homme taré, ce qui doit être bien rare dans le corps médical.

Si nous ne pouvons remédier à tous les maux, nous nous efforcerons à les soulager; plus l'entreprise est difficile, plus il faut d'entente. Et pour cela, il est nécessaire que certains de nos confrères veuillent mettre de côté leur timidité et sachent bien qu'ils ont tout intérêt à se réunir à nous pour résoudre les questions qui les intéressent.

Nous souhaitons que ceux qui n'ont plus besoin d'aide se souviennent de leurs débuts, et songent aux revers qui peuvent survenir, que ceux qui jouissent d'une situation privilégiée comprennent que la fortune et les honneurs les obligent envers les moins heureux. Et nous espérons fermement que nous arriverons à former une association durable, les uns apportant leur bonne volonté, les autres leurs conseils et leur expérience.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 août 1891, ont été nommés :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Richard, Mosimann et Boussavit, médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, démissionnaires.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Lannois, médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Soutoul, Maurin, Helme, Raymonenq, Allard, Charier, Ducasse, Valat, Ménard et Duchou-Doris.

— Le concours pour la nomination à la place de chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer, dont nous avons donné les conditions d'admission et le programme, ainsi que les modifications qui y ont été apportées, dans nos numéros des 4 juillet et 22 août 1891, sera ouvert le jeudi 22 octobre 1891, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, depuis le lundi 14 septembre jusqu'au mercredi 7 octobre inclusivement, de onze heures à trois heures.

— Une médaille de bronze a été décernée à M. Destot, interne des hôpitaux de Lyon, pour le courage et le dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie de diphthérie qui a sévi, en 1891, à Neuville-les-Dames.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Elie Bellencontre (de Drucourt) et Brisson, médecin de la marine.

— M. le docteur Landouzy, agrégé, fera chaque jour, à l'hôpital Laënnec, à partir du lundi 14 septembre, avec l'aide de ses anciens internes, un cours théorique, pratique et clinique de médecine interne, avec démonstrations bactérioscopiques (présentation : sur préparations; sur milieux de culture; sur animaux inoculés) des éléments pathogènes ressortissant aux maladies et aux malades étudiés dans le cours : pneumonie, érysipèle, diphthérie, charbon, tuberculose, fièvre typhoïde, etc., etc.

Le darwinisme; exposé de la théorie de la sélection naturelle (Bibliothèque évolutioniste, t. Ier), avec quelques-unes de ses applications, par A. R. Wallace, traduit de l'anglais par le docteur de Varigny. Un vol. in-18° avec 37 figures dans le texte. — Cartonné, prix : 9 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Aide-mémoire d'anatomie pathologique, d'histologie pathologique et de technique des autopsies, par le professeur Paul Le Fort. 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné; prix : 3 francs. — Ce volume fait partie du « Manuel du doctorat en médecine » publié par la librairie J.-B. Baillière et fils, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 103. — SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1891. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Revue générale. Les complications nerveuses de la blennorrhagie, par le docteur Paul Raymond, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Campement prolongé et fièvre typhoïde; contribution à l'étude de l'hygiène du campement. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Les complications nerveuses de la blennorrhagie.

Par le docteur Paul Raymond,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Depuis que la nature de la blennorrhagie est mieux connue et que des comparaisons se sont établies entre elle et d'autres processus infectieux, il semble que les complications qui portent sur le système nerveux préoccupent davantage les cliniciens. Il semble, du moins, qu'on sache mieux les dépister et surtout rattacher à leur véritable cause des manifestations encéphaliques, médullaires ou simplement nerveuses, qu'on ne savait trop comment interpréter auparavant. Ce n'est pas que, depuis longtemps, quelques-unes de ces localisations de la blennorrhagie n'aient été reconnues et qu'on n'ait entr'ouvert le chapitre des complications nerveuses, mais il est facile de se rendre compte que les observations signalées restaient éparses et peu nombreuses et qu'aucun travail d'ensemble ne venait les grouper sous une même rubrique. Il semble en retour que, depuis plusieurs années, il y ait un revirement en faveur de cette étude délaissée quelque peu par nos devanciers; successivement, ont été publiés travaux, mémoires, observations que nous nous proposons d'analyser. Cette question est donc, en somme, assez récente. Si l'on peut, en effet, retrouver quelques observations publiées par Everard Home en 1803, par Stanley en 1833, par Gull en 1856, etc., il faut arriver à une discussion soulevée à la Société médicale des hôpitaux en 1866, pour voir se dessiner les premiers linéaments de la question. Dans cette discussion Ricord, Pidoux, M. Peter rapportaient des faits de myélopathies blennorrhagiques. La même année, dans son article Blennorrhagie du *Dictionnaire de Jaccoud*, M. Fournier, en parlant des localisations diverses du rhumatisme blennorrhagique, disait : « Il se porte de préférence sur les synoviales articulaires, mais ce qu'on oublie trop c'est qu'il affecte différents autres systèmes, les nerfs eux-mêmes, » et il signale la sciatique et quelques troubles de la vue et de l'ouïe. Dans son livre sur les maladies vénériennes (1), M. Jullien consacre trois chapitres aux névralgies, aux névroses et aux myélopathies de nature blennorrhagique, mais ce ne sont pas là encore notions courantes, puisque, dans son livre, pourtant très complet, sur la blennorrhagie et ses complications, Finger ne parle même pas des complications nerveuses (2). Depuis deux ou trois ans cependant, les travaux se sont multipliés, et, aujourd'hui, ce chapitre des complications nerveuses de la blennorrhagie est parfaitement établi et délimité.

Je borne ici ces quelques mots d'historique : les indications bibliographiques des travaux que je me propose de mettre à contribution le compléteront d'ailleurs.

I

La sciatique est une complication de la blennorrhagie aujourd'hui bien connue : « Deux causes pathologiques, dit M. Charvot (3), semblent surtout prédisposer à la sciatique ou la déterminer, ce sont : d'une part, les maladies des organes pelviens chez la femme; d'autre part, la blennorrhagie chez l'homme. » Il n'est que juste de rappeler que c'est à M. Fournier que revient le mérite d'avoir attiré l'attention sur cette complication, signalée, il est vrai, avant lui dans quelques observations, mais sur laquelle aucun auteur n'avait insisté. En 1883, M. Brisson a consacré sa thèse de doctorat à cette question : nous renvoyons donc à cette thèse très complète ceux que le sujet intéresserait (4). Après avoir donné, d'après M. Fournier, les principales raisons qui militent en faveur de l'opinion qui rattache la sciatique à la blennorrhagie, M. Brisson étudie les caractères de cette sciatique. Elle n'apparaît que quelques jours seulement après la blennorrhagie, rarement la première semaine, souvent dans la seconde, quelquefois vingt jours après. Son début est brusque : elle éclate d'une façon subite, souvent instantanée, dit M. Fournier. C'est fréquemment la nuit qu'apparaissent les premiers symptômes. Après être parvenue très rapidement à son apogée qu'elle atteint parfois dès le premier jour, la maladie décroît ensuite; fort souvent un calme relatif est établi dès le cinquième ou le quatrième jour; après quoi la

(1) Édition de 1886, p. 254.
(2) Finger. *Die blennorrhoë und ihre complic.*, Wien 1888.
(3) Charvot. *Diction. encycl. des sc. méd.*, art. Sciatique, p. 602.
(4) Brisson. *Étude sur la sciatique blennorrhagique*, Th. de Paris 1883.

névralgie s'évanouit ou persiste au même degré pendant un certain temps. Elle se traduit alors par des sensations d'engourdissement, de fourmillement, revenant parfois par accès, la nuit principalement; d'autres fois, ce sont des crampes que le malade éprouve dans les muscles de la cuisse, plus rarement du mollet.

Le siège principal de la névralgie est à la fesse, au niveau de l'émergence du nerf : la douleur irradie dans toute la cuisse, mais dépasse rarement le creux poplité. « Nous avons été tellement frappé de la fréquence avec laquelle nous avons trouvé cette localisation de l'affection à la cuisse, dit M. Brisson, que nous serions tenté d'en faire un de ses caractères. » De la partie postérieure de la cuisse, le mal irradie fréquemment vers la partie externe, les lombes et quelquefois les parois de l'abdomen. La sciatique double paraît rare. La durée de la maladie est très courte, et c'est là encore, dit M. Brisson, un de ses caractères les plus marquants. Le plus ordinairement, les accidents évoluent en quelques jours et se prolongent rarement plus de quinze jours. « En deux mots, une sciatique qui débute brusquement, qui se localise très souvent à la cuisse, qui décroît rapidement et dure peu, voilà la maladie que nous étudions. Sans doute, ces différences ne sont que d'ordre secondaire; elles ne laissent pas toutefois d'imprimer à la maladie une allure spéciale, une physionomie qui n'est plus celle de la sciatique commune. Elle a emprunté à la chaudepisse, en même temps que son existence, un cachet individuel. Elle peut reparaître avec une nouvelle blennorrhagie : elle disparaît par le traitement antiblennorrhagique. »

Depuis le travail de M. Brisson, différentes observations de sciatique dans la blennorrhagie ont été publiées. Tantôt le nerf sciatique seul est malade, comme dans l'observation de Frænkel citée plus bas, tantôt la sciatique est fonction de lésions spinales, comme dans l'observation de M. Peter, celle de MM. Chavier et Février, celle de M. Panas que l'on trouvera aussi plus loin. Il y aura même lieu de préciser, dans les observations ultérieures, si la moelle est parfaitement indemne, si elle ne participe pas, ainsi que ses enveloppes, à l'inflammation du nerf; si celle-ci, en d'autres termes, est bien isolée et essentielle. A cet égard, il sera bon d'examiner si la sciatique est simple ou double, celle-ci étant généralement, on le sait, déterminée par une lésion méningo-médullaire. Sans oser l'affirmer, il m'a semblé, après avoir lu les observations publiées, que ces cas étaient bien moins rares qu'on ne serait porté à le supposer. Ce fait aurait une importance considérable : il faudrait alors distraire du groupe des lésions nerveuses, pour les reporter dans le groupe des accidents spinaux que nous allons étudier, un grand nombre de ces prétendues névralgies sciatiques, et l'on conçoit aisément quelles conséquences diagnostiques et pronostiques découlent de ce fait. On rend à la méningo-myélite ce qu'on attribuait à la névralgie ou à la névrite, et, à une lésion bénigne, on substitue la notion d'une altération dont la gravité n'est pas en discussion. Cette opinion ne porte d'ailleurs aucune atteinte à la réalité bien établie de la sciatique-névralgie ou névrite, sans lésion médullaire concomitante.

Le nerf sciatique n'est pas le seul qui puisse être atteint dans le courant d'une blennorrhagie. Après le mémoire dans lequel M. Fournier établissait la réalité de cette complication, et la discussion à la Société des hôpitaux, M. Coutagne, interne des hôpitaux de Lyon, publiait, dans les *Annales de dermatologie* (1), deux cas de névralgie crurale coïncidant avec une blennorrhagie, et il s'efforçait de préciser les rapports pouvant exister entre les deux affections. Il est certain que l'on retrouve, dans ces deux observations, la plupart des caractères que nous signalons comme appartenant à la sciatique blennorrhagique. Là encore, la névralgie, qui s'était développée pendant la période aiguë de l'écoulement, disparaissait peu à peu, en même temps que cet écoulement diminuait.

Dans une observation récente, publiée par MM. Hayem et Parmentier, on trouve signalée cette névralgie crurale (2). Elle est aussi indiquée dans la thèse de M. Tixier en 1866.

Dans la plupart de ces cas de névralgies liées à la blennorrhagie, aussi bien dans ceux qui sont rapportés dans ces travaux que dans ceux publiés depuis, il est à remarquer que la névralgie coïncide ordinairement avec des manifestations articulaires plus ou moins intenses, plus ou moins généralisées. Un cas publié par Frænkel (3) est particulièrement instructif à cet égard. Il semble donc que ce soit de préférence dans les blennorrhagies qui tendent à se compliquer que l'on voit survenir ces névralgies. Il serait, en tout cas, désirable que l'on indiquât, dans les nouvelles observations, la gravité que revêtait la maladie et le terrain sur lequel elle évoluait, c'est-à-dire, en l'espèce, les antécédents nerveux héréditaires ou acquis du sujet.

Il existe dans la blennorrhagie d'autres douleurs qui, pour ne pas être produites par le même mécanisme que les précédentes, n'en doivent pas moins avoir leur place à côté d'elles. Vulpian (4) a publié, en 1879, une observation de rhumatisme blennorrhagique, dans laquelle des douleurs vives existaient dans la partie inférieure de la région dorsale. « Plusieurs médecins, dit-il, avaient cru à l'existence d'une méningite spinale : c'était là une erreur manifeste. Il s'agissait bien d'arthrites vertébrales avec compression ou plutôt irritation des racines nerveuses. » En 1870, M. Mauriac a consacré, aux névralgies réflexes qui partent du testicule enflammé dans l'orchi-épididymite blennorrhagique, un travail important (5). Il mentionne nettement la névralgie lombo-abdominale, la névralgie sciatique, la névralgie crurale, mais il en fait des névralgies réflexes ayant leur point de départ dans le testicule malade. Il s'agit de savoir si ces névralgies sont de même ordre que celles que nous avons examinées, c'est-à-dire directement produites par l'infection blennorrhagique, ou si, comme le croit M. Mauriac, elles ne se produisent que lorsqu'il y a orchite et, par suite, irritation réflexe gagnant la moelle et se réfléchissant ensuite vers différents nerfs. En d'autres termes, existe-t-il bien, dans la blennorrhagie, deux types de névralgie, ces deux types que nous désignerions volontiers sous les noms de type Fournier et de type Mauriac?

Pouvons-nous nous demander maintenant quelle est l'essence de ces névralgies? S'agit-il d'une névralgie, d'une névrite? Le nerf seul est-il intéressé ou bien faut-il remonter plus haut, à l'axe médullaire par exemple? En

(1) 1870, p. 303.

(2) Hayem et Parmentier. *Rev. de méd.*, 1888, p. 439.

(3) Frænkel. *Berlin. Klin. Wochens.*, 23 août 1886.

(4) Vulpian. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, p. 123.

(5) Mauriac. *Névralgies réflexes symptomatiques de l'orchite blennorrhagique*, Paris 1870.

l'absence d'examen microscopique de ces nerfs, il est difficile de dire exactement quel est leur état, mais la clinique permet de pencher en faveur d'une névralgie ou mieux d'une névrite, légère dans la majorité des cas. La nature infectieuse de la blennorrhagie permet encore, par induction, de croire à la névrite, mais enfin le fait n'est pas démontré et c'est là une pure hypothèse. En dehors de ces faits, il en est d'autres dans lesquels la lésion nerveuse n'est que la traduction d'une lésion de l'axe spinal. Dans la discussion à la Société médicale des hôpitaux en 1866, M. Peter signalait l'observation d'un malade atteint de sciatique double et il la rattachait parfaitement à une lésion médullaire. Des faits cliniquement semblables ont été publiés depuis et ainsi s'ouvre pour nous le chapitre des complications spinales de la blennorrhagie. C'est là un sujet tout nouveau, plein d'intérêt et sur lequel nous demandons la permission de nous étendre en mettant à contribution trois importants travaux : le mémoire de MM. Hayem et Parmentier, la note de MM. Chavier et Février, tous deux de 1888, et la thèse de M. Dufour de 1889.

II

A part la sciatique, disent MM. Hayem et Parmentier dans un mémoire sur les manifestations spinales de la blennorrhagie (1), il n'est pas question de troubles nerveux : la blennorrhagie ne peut-elle donc pas frapper l'axe spinal à l'égal des autres maladies infectieuses ? MM. Hayem et Parmentier répondent alors par l'affirmative et ils étudient les cas dans lesquels l'axe spinal a été atteint du fait de l'infection blennorrhagique. Ils mentionnent d'abord quelques cas puisés dans les travaux sur les paralysies urinaires, puis ils rapportent deux observations, l'une de méningo-myélite, l'autre d'accidents spinaux, de nature blennorrhagique, et ils arrivent ainsi à un total de six observations des plus nettes, sur lesquelles ils basent leur mémoire. La première observation de MM. Hayem et Parmentier peut se résumer de la façon suivante : blennorrhagie suivie d'accidents de diverse nature; la plupart des articulations ont été le siège d'arthropathies; des bourses séreuses, des gaines synoviales ont aussi été atteintes. L'écoulement a subi des recrudescences après s'être apaisé plusieurs fois. En même temps que ce rhumatisme blennorrhagique, il existe des phénomènes spinaux : douleurs dorso-lombaires, douleurs en cercle à la base de la poitrine, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, hyperesthésie très marquée, affaiblissement de la motilité, exagération des réflexes, trépidation épileptoïde. Ces phénomènes méningo-médullaires, sans disparaître jamais d'une manière notable, se sont reproduits avec un caractère aigu à trois époques différentes : ils ont alterné et coïncidé avec les accidents articulaires et avec la reprise de l'écoulement uréthral. Dans la seconde observation, nous assistons, disent les auteurs, à l'évolution des symptômes suivants : quinze jours après le début d'une blennorrhagie intense, apparition de douleurs dans les membres inférieurs, de préférence dans la sphère du crural, hydarthrose double, arthrites tarsiennes et tibio-tarsiennes, douleur du talon, puis douleurs fulgurantes, exagération des réflexes patellaires et trépidation épileptoïde, tremblement et spasmes du membre inférieur lorsque le pied repose à terre, affaiblissement musculaire, légère douleur dorso-lombaire, enfin atrophie considérable des masses musculaires. Ici encore, tout s'est amendé lentement et progressivement, manifestations articulaires et nerveuses. Les quatre autres observations de MM. Peter, Tixier, Stanley, Everard Home ne sont pas moins intéressantes, pas moins évidentes. C'est en les rapprochant de leurs observations personnelles que MM. Hayem et Parmentier décrivent les caractères de ces accidents spinaux. Ils établissent d'abord qu'ils sont bien imputables à la blennorrhagie : l'absence de toute autre cause, l'association des accidents nerveux aux autres manifestations du rhumatisme blennorrhagique, la simultanéité dans les poussées articulaires et dans l'exacerbation des phénomènes nerveux, enfin même, dans un cas, la réapparition de ces derniers, coïncidant avec une nouvelle chaudepisse, sont des preuves suffisantes pour écarter toute idée de complication fortuite. L'époque d'apparition des accidents nerveux est aussi variable que celle des accidents articulaires. C'est tantôt quinze jours, trois semaines après le début de l'inflammation uréthrale, tantôt au cours d'un rhumatisme blennorrhagique, à marche aiguë ou subaiguë, qu'ils se déclarent. Leur durée, leur intensité oscillent entre des limites extrêmes. Ces accidents nerveux sont caractérisés par des troubles de la sensibilité et de la motilité diversement associés, portant sur le segment inférieur du corps; ils ne se sont jamais étendus aux membres supérieurs. Ils se groupent différemment, suivant les cas : tantôt les troubles de la sensibilité dominent : névralgie sciatique, crurale, douleurs en ceinture, douleurs à la percussion des apophyses épineuses, fourmillements, engourdissement, hyperesthésie ou anesthésie par plaques, dysesthésie, phénomènes associés à un léger degré de parésie musculaire. Tantôt les troubles de la sensibilité et les troubles de la motilité sont développés au même degré : troubles de la sensibilité plus intenses, douleurs fulgurantes, hyperesthésie excessive, affaiblissement musculaire, exagération des réflexes, trépidation épileptoïde, spasmes, tremblement non volitionnel. Tantôt, enfin, les troubles de la motilité attirent, seuls pour ainsi dire, l'attention : paraplégie à des degrés divers. La localisation de ces accidents n'est pas toujours chose facile; ils se présentent, semble-t-il, sous l'aspect d'une congestion de la moelle, d'une méningo-myélite intéressant plus ou moins le système postérieur ou latéro-postérieur de la moelle. Il convient encore de tenir compte d'un autre facteur dans la production des phénomènes douloureux : il est certain que les racines qui traversent la pie-mère, l'arachnoïde et la dure-mère, subissent un certain degré d'irritation inflammatoire.

Quelques mois après le mémoire de MM. Hayem et Parmentier, MM. Chavier et Février publiaient, dans la *Revue de médecine* (1), sous le titre de « Manifestations spinales de la blennorrhagie », une observation qui est évidemment du même ordre. Il s'agit d'un militaire de vingt-deux ans qui prend une blennorrhagie. Douze jours après, surviennent de la courbature, des frissons, de la céphalalgie, de la perte d'appétit, puis, aussitôt, des crampes dans les mollets. Bientôt se déclarent des mouvements involontaires et incessants d'élévation et de projection en avant de l'épaule droite, avec inclinaison et flexion de la tête du même côté;

(1) Hayem et Parmentier. Loc. cit., p. 433.

(1) Chavier et Février. *Rev. de méd.*, 1888.

de flexion, extension et rotation en dedans du membre supérieur droit, avec quelques tremblements de la main, de flexion et projection en avant du tronc, avec inspirations brusques ressemblant à du hoquet. Le membre supérieur gauche est à peu près indemne : quelques convulsions cloniques de temps en temps des membres inférieurs amènent des mouvements de flexion et d'extension des jambes sur les cuisses. Rachialgie lombo-sacrée ; douleurs le long de la partie postérieure de la cuisse gauche et dans les genoux. En pressant les différents points de la colonne vertébrale, notamment à la partie inférieure, on développe de la douleur, mais les différentes pièces de cette colonne sont mobiles. Les douleurs de la cuisse suivent le trajet du nerf sciatique et s'arrêtent à la tête du péroné. Hyperesthésie générale de tout le tégument dans ses divers modes, chatouillement, contact, température : réflexes patellaires exagérés, trépidation épileptoïde. Pas de troubles des sphincters, diminution de la puissance musculaire, principalement aux membres inférieurs, sur lesquels le malade ne peut se tenir. Si l'on attire fortement l'attention du malade, les mouvements à grandes oscillations de l'épaule et des bras s'arrêtent pour reparaître après. Mais si l'interrogatoire dure quelque temps, l'arrêt ne peut se prolonger. Ces mouvements choréiformes ne durent que vingt-quatre heures environ ; en même temps, l'hyperesthésie disparaît et l'on peut presser sur les apophyses épineuses : atrophie consécutive de certains muscles. Les chorées écartées, disent les auteurs, nous nous trouvions en présence de mouvements oscillatoires à grands rayons, associés à d'autres troubles de la motilité, de la sensibilité, dont le centre devait évidemment se localiser dans la moelle ; en d'autres termes, nous avions affaire à une manifestation spinale. Nous n'hésitons pas à rattacher ces accidents nerveux à une infection blennorrhagique, qui, contrairement aux observations du mémoire de MM. Hayem et Parmentier, aurait porté sur toute la longueur de la moelle.

Dans sa thèse sur les méningo-myélites blennorrhagiques (1), M. Dufour rassemble ces différents cas ; il y ajoute deux observations de Gull et une observation personnelle, ce qui porte à dix le nombre des observations aujourd'hui publiées. Dans l'observation de M. Dufour, il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, qui contracte une blennorrhagie au mois de janvier 1889. Au mois de mars surviennent, dans l'espace de quarante-huit heures, des douleurs lombaires très violentes, accompagnées de fourmillements dans les membres inférieurs, de diminution de la force et de la motilité, puis, après une quinzaine de jours, de paraplégie. Paralysie vésicale ; incontinence des matières ; escharre sacrée ; exagération des réflexes rotuliens ; anesthésie des membres inférieurs ; soubresauts réflexes ; atrophie rapide ; douleurs fulgurantes, etc. Mort au mois de juillet, avec des phénomènes bulbaires. A l'autopsie, la moelle est ramollie dans toute son étendue, mais surtout à sa région cervicale ; l'arachnoïde est le siège d'une vive inflammation. Au niveau de la deuxième vertèbre cervicale, on trouve une fausse membrane méningée qui a environ 4 centimètres de longueur sur 1 de largeur. Malheureusement l'examen microscopique de la moelle fut très incomplètement fait. Au niveau de la moelle dorsale, la seule examinée, les faisceaux pyramidaux croisés présentaient des altérations consistant en congestion très nette et en sclérose interstitielle. Le cylindre-axe des tubes nerveux est conservé. Désintégration granuleuse de la gaine de myéline, avec accumulation de corps granuleux. En somme, méningo-myélite diffuse ascendante. Il est une autre lacune importante dans cette intéressante observation : l'examen microbiologique fait défaut.

De ces différents cas, il est, sans contestation, possible de déduire la physionomie clinique des manifestations spinales de la blennorrhagie. Il s'agit tout d'abord de complications à la fois méningées et médullaires. Ces lésions méningées sont à retenir, nous en verrons l'importance en signalant notamment une observation de M. Panas ; elles expliquent, en outre, un certain nombre de symptômes qu'on ne peut véritablement pas rapporter à la lésion médullaire seule. Ces complications apparaissent toujours dans des blennorrhagies où existent des arthropathies. L'arthrite blennorrhagique, quelle que soit sa forme, coïncide donc, autant qu'on peut l'affirmer en se basant sur un aussi petit nombre d'observations, avec les manifestations méningo-médullaires ; mais tantôt les arthropathies précèdent ces complications spinales, tantôt elles les suivent. Il n'y a donc là rien de fixe : qu'il y ait, d'autre part, simple coïncidence, peu importe ; il me semble qu'il y aura lieu de tenir compte de ce fait lorsqu'on sera en présence d'un rhumatisme blennorrhagique et qu'il sera dès lors indiqué de surveiller l'axe spinal, particulièrement chez les blennorrhagiques à système nerveux taré. Je ferai ici la même remarque que pour la sciatique ; il est possible qu'il y ait une question d'infection dans ces complications du côté des nerfs ou de l'axe médullaire, mais il me semble surtout qu'il y a une question de terrain, car il est à remarquer que dans ces observations, somme toute assez rares, de complications spinales, on ne trouve signalée, à part les arthropathies, aucune autre de ces complications si fréquentes de la blennorrhagie. Il paraît donc logique d'admettre que, si c'était une question d'intensité de l'infection, les complications communes, banales si l'on peut dire, devraient se montrer, sinon avant, du moins en même temps que les localisations nervo-spinales.

Nous résumerons, d'après la thèse de M. Dufour, la symptomatologie de ces accidents méningo-myélitiques. Les observations présentent des points communs, mais aussi des divergences. Les symptômes sont tantôt légers, tantôt graves, affectant d'une manière spéciale la motilité dans certains cas, la sensibilité dans d'autres, le plus souvent sous la dépendance unique de la moelle lombaire, d'autres fois indiquant une participation évidente de tout l'axe médullaire. Le tableau clinique le plus habituel a été la forme dorso-lombaire de la myélite diffuse partielle aiguë ou subaiguë, avec fièvre modérée, sensation douloureuse au niveau du foyer de myélite, douleurs en ceinture, fourmillements et soubresauts musculaires dans les membres inférieurs, perte rapide de la sensibilité et de la motilité, troubles de la miction et de la défécation, quelquefois troubles trophiques. La myélite peut être ascendante et la mort survenir par accidents bulbaires. Survenant tantôt à la période purulente de la blennorrhagie, tantôt à la période d'écoulement séreux, tantôt enfin, et plus rarement, quelque temps après la cessation du catarrhe uréthral, elle revêt la marche de toutes les myélites infectieuses, ne se distinguant en rien, par exemple, de la myélite varioleuse, érysipélateuse ou typhique. La durée a oscillé entre quinze jours et six mois ; exceptionnellement, deux ans et demi

(1) Dufour. Th. de Paris, 1889.

dans une observation. Dans trois cas, la mort est survenue du fait de la maladie ; dans six observations, le malade a guéri.

Dans les cas terminés par la mort, on a trouvé des lésions de méningite et de myélite. Nous avons déjà indiqué celles qui avaient été rencontrées dans le cas de M. Dufour. Il en est de même des observations de Gull, dans lesquelles on trouva, chez un des malades, une moelle entièrement ramollie jusqu'à la sixième vertèbre dorsale; chez l'autre, une injection méningée, avec accumulation du liquide sous-arachnoïdien. Rappelons les faits cités par Ricord, par Pidoux, à la Société des hôpitaux, en 1866 : arachnitis spinale purulente ; accidents de compression du côté de la moelle et du cerveau.

Ces complications méningées dans la blennorrhagie ont, d'ailleurs, été signalées déjà et, dans sa thèse, M. Bonnet rapporte deux cas d'inflammation des méninges craniennes (1). L'auteur, néanmoins, les rattache non pas à l'infection, mais au rhumatisme blennorrhagique. Le rhumatisme blennorrhagique, dit-il, de même que le rhumatisme ordinaire, peut donner lieu à des complications du côté des centres nerveux, complications très rares, affectant des formes variables, et il cite alors la méningite rhumatismale. Nous dirons aujourd'hui la méningite blennorrhagique. Il reste donc acquis que la blennorrhagie peut donner lieu à des accidents spinaux et que ceux-ci reconnaissent pour substratum anatomique, dans certains cas, une méningite ou une myélite. Mais tous les cas sont-ils susceptibles d'être ainsi expliqués ? M. Charcot ne le pense pas. Dans ses *Leçons du mardi*, en 1888 (2), il a présenté un malade dont l'observation est évidemment semblable aux précédentes. Deux blennorrhagies, en 1880 et en 1883, toutes deux accompagnées de rhumatisme. En 1884, sans cause connue, sans réapparition du flux blennorrhagique, les douleurs articulaires et synoviales apparaissent aux mêmes points que la deuxième fois. C'est à cette époque, que le malade commence à remarquer, dans les membres inférieurs, un certain degré de trépidation qui se produit à l'occasion de certains mouvements et un amaigrissement sensible, surtout dans les jambes. En 1886 et en 1887, retour de l'écoulement blennorrhagique. C'est vers le mois de mai 1887, que les symptômes spinaux, en particulier les trépidations déjà esquissées antérieurement, tendent à prédominer et à occuper le premier plan. Voici en quoi consistent les symptômes spinaux : atrophie musculaire très prononcée aux membres inférieurs et surtout aux mollets ; réaction de dégénérescence et secousses fibrillaires; teinte rouge violacé sur les jambes et les pieds en même temps qu'un certain degré d'algidité. Exagération des réflexes rotuliens; trépidation très marquée produite par le redressement de la pointe du pied. Pas de douleurs en ceinture; pas de troubles des sphincters ni de la sensibilité. La question qui se présente, dit M. Charcot, est celle-ci : étant donné l'existence de l'affection spinale, quelle est la nature de celle-ci ? S'agit-il d'une lésion dynamique ou, au contraire, d'une lésion organique ? Quel a été le mécanisme de son développement? S'agit-il d'une affection spinale infectieuse blennorrhagique au même titre que le sont les affections des bourses séreuses et des jointures qui l'ont précédée ? S'agit-il, au contraire, de cette affection spinale qui se montre consécutivement à de certaines affections articulaires et qui se traduit par une paraplégie spasmodique amyotrophique ? Dans ce dernier cas, il est clair que l'affection spinale, se rattachant directement aux arthropathies, ne relèverait que fort indirectement de l'affection blennorrhagique. C'est cette dernière opinion que soutient M. Charcot. « Il ne me paraît pas établi encore que, dans de tels cas, l'affection spinale puisse être considérée comme une manifestation directe, immédiate de l'infection blennorrhagique. Je préfère donc, pour le moment, m'en tenir à l'hypothèse plus simple et déjà éprouvée, d'après laquelle il s'agit là, tout simplement, d'une affection spinale de cause articulaire. » M. Charcot développe ensuite les raisons qui lui paraissent militer en faveur de son opinion et il fait valoir ce fait sur lequel nous insistions précisément plus haut, à savoir que, pour que cette complication spinale se produise, l'existence des arthrites est nécessaire. « Or, étant donné, ajoute-t-il, des affections articulaires, qu'elles soient blennorrhagiques ou non, on doit s'attendre à voir survenir, à titre de conséquence naturelle, l'amyotrophie spinale, combinée, dans certains cas au moins, à une paraplégie spasmodique. » Il est certain que cet argument de M. Charcot a la plus grande valeur et, n'étaient les quelques autopsies, dont nous avons parlé, on tendrait évidemment à admettre, pour tous les cas, l'explication que M. Charcot propose pour le sien, à savoir que l'irritation des extrémités des nerfs articulaires, des ligaments, des bourses synoviales peut retentir sur le centre spinal et y produire des lésions tantôt dynamiques et tantôt organiques. « En résumé, dit, en terminant, M. Charcot, je ne crois pas qu'il soit encore démontré qu'il existe une méningo-myélite blennorrhagique à proprement parler, c'est-à-dire manifestation directe de l'infection blennorrhagique. Il me semble que les cas de paraplégie spasmodique amyotrophique, observés jusqu'ici, peuvent s'interpréter en admettant que l'infection spinale qui est en cause est une conséquence des arthropathies. Naturellement, l'observation de cas de paraplégie spasmodique amyotrophique survenant à la suite de la blennorrhagie infectieuse, sans participation des jointures, fournirait, pour la solution de la question, un argument décisif et il faudrait se rendre à l'évidence. Mais jusqu'à plus ample informé, l'opinion à laquelle je me rattache me paraît devoir être préférée. »

Ce serait donc le moment de parler des paraplégies réflexes que l'on a décrites consécutivement à la blennorrhagie même à sa période aiguë. Elles rentreraient dans le groupe encore si mal connu des paralysies urinaires ou réflexes. M. Jullien leur consacre un chapitre de son livre (1). « Les troubles, dont les fonctions de la moelle peuvent être frappées à la suite de la blennorrhagie, sont, dit-il, de deux ordres : les premiers sont liés à une altération du tissu médullaire (myélite), les autres ne s'accompagnent d'aucune lésion (paraplégie réflexe). Nous venons de voir qu'en ce qui concerne les paralysies réflexes, il peut y avoir une lésion matérielle de la moelle. Il est donc difficile de se faire une opinion pour le moment et le mieux est encore de poser la question. Les troubles spinaux, que l'on voit parfois survenir dans une blennorrhagie, sont-ils produits par l'intermédiaire d'une lésion articulaire ou bien sont-ils produits directement par la blennorrhagie? Dans ce cas y

(1) Bonnet. *Complications cérébrales du rhumatisme blennorrhagique*, Th. de Paris 1877.

(2) Charcot. *Leçons du mardi*, 1888, p. 505.

(1) Jullien. Loc. cit., p. 266.

a-t-il toujours lésion matérielle de la moelle? C'est de cette façon qu'on résoudra les trois points de la myélite blennorrhagique, de la myélopathie par lésion articulaire (Charcot), de la paraplégie réflexe. Il semble, pour dire toute notre pensée, que c'est dans la voie des recherches sur la myélite infectieuse que se trouve la solution du problème.

III

Que dire maintenant de l'atrophie musculaire que l'on voit survenir chez la plupart des blennorrhagiques atteints d'arthropathies? Tantôt l'atrophie occupe les muscles voisins des jointures affectées et ces cas nous semblent tout simples, tellement nous sommes habitués à voir survenir des atrophies musculaires au voisinage de jointures malades. Il est vrai que la pathogénie est peut-être moins connue que la physionomie clinique de ces amyotrophies. Quoi qu'il en soit, on assimile encore de tels faits, nous venons de le voir, aux amyotrophies consécutives aux traumatismes articulaires, au rhumatisme, etc. : l'avenir montrera si l'on est bien dans le vrai, en même temps qu'il en élucidera le mécanisme. Mais à côté de ces amyotrophies régionales en rapport avec les articulations atteintes, il est des atrophies diffuses en quelque sorte, affectant différents groupes musculaires sans rapport apparent avec les arthropathies et s'accompagnant de phénomènes nerveux, d'où un ensemble qui diffère notablement de ce que l'on voit habituellement.

Dans le cas de M. Dufour, que nous avons cité plus haut et dans lequel il s'agissait d'une méningo-myélite, on voit une exagération des réflexes rotuliens, puis une atrophie des membres inférieurs qui marche rapidement. Un mois après, atrophie débutant par les mains, envahissant rapidement le reste des membres; puis atrophie des muscles du tronc, précédant de quelques jours la mort par phénomènes bulbaires.

C'est bien là un type d'amyotrophie généralisée et diffuse par myélite. Voici un autre fait signalé par M. Fournier (1). Un malade blennorrhagique présente des arthropathies de type déformant : « Ce malade a des déformations des doigts et des orteils, véritables oignons, et le petit doigt de la main gauche a pris, depuis deux jours, l'aspect d'un radis. » Il y a, en outre, de l'atrophie musculaire, surtout à la main gauche, atrophie portant sur les interosseux et aussi sur les masses musculaires de l'avant-bras. Les réflexes rotuliens sont exagérés; il y a de la trépidation épileptoïde du membre inférieur droit et M. Fournier pense qu'on se trouve en présence d'un rhumatisme blennorrhagique de forme spinale. Il y a bien là encore une complication spinale et l'amyotrophie paraît bien résulter d'une lésion matérielle de l'axe médullaire. J'ai vu pour ma part, récemment, dans les hôpitaux, deux cas de rhumatisme blennorrhagique, mais accompagnés d'amyotrophies si généralisées et si peu en rapport avec les articulations affectées, qu'il était difficile de ne pas croire à une lésion matérielle de la moelle, hypothèse que venaient appuyer, en outre, divers phénomènes nerveux et, notamment, une exagération des réflexes patellaires. Il sera donc nécessaire de rechercher dorénavant si les myotrophies, consécutives au rhumatisme blennorrhagique, sont bien liées à un trouble réflexe, à une altération dynamique ou fonctionnelle de la moelle, ou si, plutôt, elles ne ressortissent pas, quelques-unes d'entre elles, du moins, à une lésion matérielle des cornes antérieures. M. Charcot a, d'ailleurs, parfaitement signalé ce fait, qu'il peut y avoir une lésion matérielle de la moelle dans les amyotrophies consécutives au rhumatisme. Reste à savoir si cette myélite antérieure ne peut pas être produite directement par la blennorrhagie infectieuse.

Il y a quelques mois, M. F. Raymond a publié une observation qu'il présente sous le titre d'arthropathies multiples et d'atrophie musculaire généralisée consécutive, en rapport probable avec une infection blennorrhagique (1). Il s'agit d'un malade qui avait eu, en 1886, une blennorrhagie dont la phase aiguë avait duré huit jours, mais qui avait été suivie pendant plusieurs mois de goutte militaire. En janvier 1887, douleurs articulaires, puis à la partie inférieure de la colonne vertébrale au niveau des vertèbres lombaires. A mesure que les articulations se prenaient survenait un amaigrissement rapide des segments des membres avoisinants : la force musculaire diminuait et il survenait des troubles psychiques.

Dans les années 1888 et 1889, le malade continue à accuser des douleurs vagues le long de la colonne vertébrale : en avril 1890 surviennent des douleurs subaiguës à la région cervicale, à la suite desquelles les muscles de la nuque s'atrophient; la tête tombe en avant sans qu'il soit possible de la redresser. Atrophie musculaire généralisée ayant son point de départ au pourtour des jointures malades, mais portant principalement sur les pectoraux, les deltoïdes, les périscapulaires, les autres muscles du tronc, ceux de la fesse. Les avant-bras sont flasques, amaigris, sans que l'atrophie porte particulièrement sur aucun groupe de muscles. Aucun trouble trophique; sensibilité absolument intacte; réflexes rotuliens légèrement exagérés, contractilité faradique et galvanique normale dans tous les muscles, même dans ceux qui paraissent le plus atrophiés. M. Raymond rattache bien cette amyotrophie à la blennorrhagie, mais il la fait rentrer dans la classe des myopathies primitives. Cette observation est pourtant bien voisine des observations précédentes. Cette atrophie, dit M. F. Raymond, a eu son point de départ au voisinage des jointures malades. Or, on sait que les arthropathies de toute nature, pour peu qu'elles durent, ont pour conséquence l'atrophie du tissu musculaire avoisinant. M. Charcot a insisté sur la tendance de ces atrophies musculaires à s'étendre, à envahir tout un membre et davantage. Avec cette théorie, nous pouvons expliquer, continue M. Raymond, le développement de l'atrophie musculaire et sa propagation à une grande partie des muscles, chez un sujet dont une dizaine de jointures avaient été le siège d'arthrites blennorrhagiques. M. Raymond ajoute en terminant : « Une hypothèse permise à la rigueur serait de voir dans l'atrophie musculaire l'expression d'une intoxication microbienne, l'agent toxique ayant exercé son action délétère directement sur les muscles. En résumé, notre malade réalise un exemple, le premier connu, autant que nous sachions, d'une atrophie musculaire généralisée survenue, en très peu de temps, à la suite d'arthrites blennorrhagiques multiples et ayant présenté les caractères d'une myopathie primitive. Pour le moment, nous en sommes réduit à des hypothèses pour expliquer l'enchaînement des accidents morbides, mais le fait subsiste avec l'intérêt exceptionnel qu'il présente. »

(1) FOURNIER. *Ann. de dermat.*, 1889, p. 26.

(1) F. RAYMOND. *Gaz. méd. de Paris*, 1891, n° 1.

On voit donc que cette question des myopathies blennorrhagiques n'est guère plus claire que celle des autres troubles spinaux.

IV

En ce qui concerne les organes des sens, nous avons aussi à compter avec les complications de la blennorrhagie. Déjà dans son article du *Dictionnaire de Jaccoud* (1), M. Fournier signalait, comme phénomènes exceptionnels, une diplopie temporaire coïncidant, pendant quelques jours, avec des arthropathies multiples; une surdité incomplète qu'il avait vue deux fois dans les mêmes conditions. M. Jullien ne fait pas mention de ces complications. Deux observations récentes ont de nouveau attiré sur elles l'attention des cliniciens et montrent bien la possibilité de la participation de l'œil et de l'oreille au processus infectieux.

L'année dernière, M. le professeur Panas publiait une clinique qu'il intitulait : « Névrite optique d'origine blennorrhagique (2). » Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-neuf ans, dans les antécédents duquel on relevait une blennorrhagie en 1886; cette blennorrhagie s'était compliquée d'un rhumatisme généralisé, puis elle avait guéri au bout de six mois. Une seconde blennorrhagie survint en 1889 : les symptômes aigus avaient duré quatre mois et la sécrétion persistait sous forme de goutte militaire, lorsque le malade vint consulter M. Panas pour des accidents oculaires. Il est à noter que, dans cette seconde chaudepisse, le malade avait eu comme pour la première un rhumatisme des plus intenses : « Il était entièrement perclus comme un vrai cul-de-jatte et cloué dans son lit, dans l'impossibilité absolue de se retourner. » Ce malade vient donc consulter M. Panas pour une amaurose de l'œil droit, déterminée par une atrophie papillaire. Tous les signes, dit M. Panas, sont ceux d'une inflammation de la papille; mais celle-ci n'est pas seule malade, le tissu rétinien participe aussi à l'inflammation : la névrite a débordé sur la rétine et nous avons affaire manifestement à une neuro-rétinite. L'œil gauche, contrairement à ce que pensait le malade, n'est pas sain et on y trouve aussi une légère papillite, mais cette lésion n'est pas encore assez accentuée pour amener une gêne fonctionnelle. M. Panas discute le siège de la lésion et il arrive au diagnostic de lésion basilaire. « Je crois, dit-il, à une poussée de méningite de la base avec exsudation séreuse, qui a retenti surtout sur le nerf optique droit, sans doute parce que sa gaine était plus perméable que celle du côté gauche. Tous les commémoratifs m'entraînent vers ce diagnostic; ce début si brusque, cette céphalalgie si bien localisée et dont nous trouvons encore des traces, cette élévation de température me permettent d'être affirmatif. » M. Panas discute de même la cause de cette méningite et il arrive à cette conclusion que, chez cet homme qui était sous l'influence d'une intoxication blennorrhagique, une poussée de méningite s'est faite le jour où, entrant dans une glacière, il s'est refroidi. Les accidents ont, en effet, éclaté quelques heures après.

Dans cette observation, on retrouve, comme toujours, ces caractères de blennorrhagie infectieuse à accidents graves, ces arthropathies généralisées, persistantes, le plus souvent, et surtout ces localisations méningées. C'est là cette triade que l'on retrouve dans la plupart, sinon dans la totalité des observations.

(1) T. V, 1886, p. 238.
(2) PANAS. *Semaine méd.*, 1890, p. 477.

Tout récemment, Fischel publiait, sous le titre de « Complication rare de la blennorrhagie », une observation très importante (1). Un malade, atteint de blennorrhagie aiguë avec épididymite gauche et fièvre assez intense, se plaignit d'abord de céphalalgie violente et de sifflement dans les oreilles, puis devint presque complètement sourd des deux côtés. Comme la perception osseuse des sons était conservée et comme, d'autre part, il n'existait chez ce malade aucune cause visible pouvant provoquer subitement une surdité aussi considérable, l'auteur fut conduit à admettre, dans ce cas, une affection des branches labyrinthiques du nerf auditif, affection qu'il rattacha à la blennorrhagie et à l'épididymite. Sous l'influence de badigeonnages de teinture d'iode sur l'apophyse mastoïde et d'une sudation abondante, la surdité s'amenda au point que, au bout de cinq jours, le malade pouvait entendre la voix parlée à une distance de 5 mètres, et n'était plus incommodé que par un léger sifflement dans l'oreille gauche. L'auteur propose, pour ces accidents, l'explication suivante : troubles labyrinthiques vaso-moteurs ou trophiques d'origine réflexe et dont le point de départ doit être cherché dans une irritation des nerfs des organes génitaux (de l'épididyme enflammé). Sans vouloir discuter cette interprétation, on peut faire remarquer que ces troubles réflexes sont bien peu vraisemblables : elle est bien déchue la théorie réflexe appliquée à de tels cas. N'est-il pas plus logique de rapprocher cette observation de celles qui ont été rappelées plus haut et de voir, ici comme ailleurs, une de ces déterminations locales (dont, en l'absence d'autopsie, il serait téméraire de vouloir affirmer la nature exacte), une névrite, par exemple, relevant de l'infection blennorrhagique ?

V

Nous avons passé en revue les complications de la blennorrhagie à localisation sur les nerfs, sur les méninges, sur la moelle. En existe-t-il à localisation sur l'encéphale ? En 1877, M. Bonnet a étudié dans sa thèse de doctorat les complications cérébrales du rhumatisme blennorrhagique. Il assimile, comme nous l'avons vu, le rhumatisme blennorrhagique au rhumatisme ordinaire et il fait des troubles cérébraux qu'il constate, des complications de ce rhumatisme, au même titre que les lésions qui intéressent les séreuses cardiaque et pleurale. Aujourd'hui, cette théorie peut être considérée comme erronée : toutes ces complications sont indépendantes les unes des autres et elles n'ont de commun que le processus infectieux qui les a produites. Ces troubles cérébraux, dont parle M. Bonnet, et qui n'ont rien à voir avec les arthropathies blennorrhagiques, sont-ils donc réels ? M. Bonnet, adoptant la classification du professeur Ball pour les complications cérébrales du rhumatisme commun, reconnaît de même, à ce qu'il appelle le rhumatisme cérébral blennorrhagique, quatre formes : un rhumatisme compliqué de délire; une méningite rhumatismale; une folie rhumatismale; une apoplexie rhumatismale. Or, il est facile de se convaincre, par une lecture attentive des observations, qu'elles sont susceptibles de recevoir une autre interprétation, et que, sauf pour la ménin-

(1) FISCHEL. *Prag. Med. Wochens.*, 18 mars 1891, analysée in *Semaine méd.*, p. 200.

gite, l'existence des autres formes n'est rien moins que démontrée. Je crois donc qu'il peut y avoir dans la blennorrhagie des accidents de méningite cérébrale, comme il y a des accidents de méningite spinale, que ces accidents se traduisent par les symptômes multiples et complexes de toute méningite, mais que, si d'autres complications cérébrales existent, elles sont encore à démontrer. Ici donc, ce que produit encore la blennorrhagie, c'est la méningite. De quelle nature est-elle? Sont-ce les gonocoques qui la déterminent? Est-elle le fait d'une infection seconde? Les documents font défaut pour répondre à ces différentes questions.

Rappelons ici l'observation de M. Panas, qui est encore un exemple de méningite cranienne selon toute probabilité.

VI

Dans son excellent *Traité des maladies vénériennes*, M. Jullien étudiant, comme nous l'avons déjà vu, quelques-unes des complications nerveuses de la blennorrhagie, consacre un chapitre (1) à l'étude des névroses consécutives à la gonorrhée. Il cite plusieurs auteurs, et notamment Ultzmann, qui se sont occupés de la question; il adopte la classification d'Ultzmann et décrit une névrose de sensibilité, une névrose de motilité, une névrose de sécrétion. Je vais exposer les faits et laisser le lecteur libre de juger, mais pour ma part, il me semble bien difficile de faire des accidents que je vais passer en revue des troubles spéciaux à la blennorrhagie et surtout d'en faire des névroses.

Névroses de la sensibilité, uréthralgie, sensibilité génitale : ce sont des douleurs qui persistent parfois pendant des mois après la cessation des accidents, chez des sujets qui viennent d'être atteints de blennorrhagie. D'autres fois, ce sont des sensations variables de fourmillement, de picotement, de froid, etc., dans le canal ou les parties avoisinantes. A mon avis, ce qui serait extraordinaire, c'est que ces phénomènes ne se produisissent pas. Voici un canal qui a été vivement enflammé, irrité de toutes les façons, et l'on ne voudrait pas que, chaque fois qu'il se congestionne à nouveau par le coït ou toute autre cause, il ne devînt pas douloureux, alors que la convalescence est à peine assurée? Croit-on qu'un individu qui a eu une fracture, une pleurésie, ne souffre pas de son foyer, de sa plèvre, pendant des mois après son accident? Quelle névrose y a-t-il dans ces faits? Ils n'ont même pas pour eux l'explication qu'on peut invoquer pour les suivants, de réveiller le nervosisme du sujet. Ce sont ces cas d'akinésie, d'anesthésie génitale, voire même d'impuissance. C'est un fait d'observation que les maladies des organes génitaux sont celles qui ont le plus grand retentissement sur le moral de l'individu et vraiment je ne vois rien d'extraordinaire à ce qu'un sujet, quelque peu nerveux qu'on veuille même le supposer, qui vient de passer par tous les ennuis d'une chaudepisse, présente quelque défaillance, lorsque, se croyant guéri, il recommence ses exploits. Tous ceux qui ont eu la moindre écorchure en sont là, et il faut reconnaître que ce qui vient de leur arriver n'est vraiment pas très encourageant; il me semble que c'est surtout dans ce cas-là qu'on comprend l'influence du moral.

Quant aux névroses de la motilité, aux cysto-spasmes, aux uréthro-spasmes, à la faiblesse du sphincter, ils n'ont encore, ce me semble, rien à voir avec les névroses. Ce sont des accidents que l'on retrouve à chaque pas dans l'histoire des inflammations et l'on ne peut guère demander à un organe qui est à peine guéri de fonctionner comme avant sa maladie. S'il en était autrement, il faudrait faire rentrer dans les névroses tous les troubles fonctionnels des organes irrités ou malades.

Je ne puis donc admettre qu'il y ait des névroses succédant à la blennorrhagie. Si l'on admet qu'un sujet qui est passagèrement impuissant par cause psychique, à la suite d'une blennorrhagie, est atteint de névrose génitale, je réclame, à côté de ces névroses locales, une place pour les névroses générales, pour l'hypochondrie, par exemple, et je la réclame alors non seulement pour la blennorrhagie, mais pour toutes les lésions des organes génitaux et l'on comptera alors par centaines ceux qui, à la suite de la moindre érosion, sont devenus, pour un temps, hypochondriaques, neurasthéniques, etc. Je ne nie pas que, chez des sujets nerveux, impressionnables, on ne puisse rencontrer souvent tous les troubles que j'ai mentionnés après M. Jullien, Ultzmann, etc., mais ce que je nie, c'est que ce soit là une complication directe de la blennorrhagie. Il y a dans ces faits une distinction à établir : les uns sont inhérents à la lésion matérielle elle-même et encore une fois il serait extraordinaire qu'on ne les observât pas. Quant aux autres, ils sont un exemple du retentissement sur le moral d'une maladie quelle qu'elle soit et des affections vénériennes, en particulier. Je ne leur trouve aucun caractère propre qui me permette d'en faire des entités et de les décrire à côté des troubles de la moelle ou des nerfs, que j'ai précédemment exposés.

VII

Avant de terminer, je voudrais dire un mot d'une complication nerveuse possible, que je trouve indiquée dans un très bon travail de M. le docteur Perrin, sur les déterminations cutanées de la blennorrhagie (1). Après avoir étudié les éruptions blennorrhagiques, M. Perrin montre que leur pathogénie n'est pas toujours la même. Il en est qui sont dues à des causes banales; d'autres sont sous la dépendance de la médication balsamique, mais il en est enfin dont l'interprétation est beaucoup plus difficile. « Reste, dit M. Perrin, la théorie dite réflexe de M. le professeur Fournier, rajeunie en Allemagne par Lewin et admise par M. E. Besnier, pour lequel l'érythème blennorrhagique serait un érythème angio-nerveux, dont la blennorrhagie a déterminé la production par action sur le système nerveux vaso-moteur. On sait que, d'après Lewin, les érythèmes polymorphes et, en particulier, ceux qui sont consécutifs à des maladies des organes génito-urinaires seraient des angio-névroses produites par des irritations de l'appareil génito-urinaire. L'intervention du système nerveux paraît être l'explication la plus rationnelle de certains phénomènes, tels que la symétrie fréquente des efflorescences érythémateuses, leur nature congestive plutôt que véritablement inflammatoire, l'apparition des arthralgies et plus rarement des épanchements articulaires non inflammatoires. Ces éruptions sont donc d'ordinaire, conclut M. Perrin, des érythèmes angio-nerveux dont la blennor-

(1) Jullien. Loc. cit., p. 256.

(1) Perrin. *Ann. de dermat.*, 1890, p. 773.

rhagie a déterminé la production par action sur le système vaso-moteur.

Nous voyons donc, en résumé, que le système nerveux peut être intéressé dans la blennorrhagie : il existe certainement des complications nerveuses qui portent soit sur les nerfs, soit sur la moelle, soit sur les méninges. Nous avons pu décrire la névralgie ou la névrite sciatique et crurale, les méningo-myélites blennorrhagiques, les méningites rachidiennes ou craniennes. Nous avons vu qu'il y avait des amyotrophies liées vraisemblablement à une myélite antérieure diffuse, mais que ce chapitre restait, en somme, assez obscur. Nous avons passé en revue des observations de complications du côté des nerfs sensoriels et discuté l'existence de certaines névroses. Nous avons vu enfin que certaines dermatoses liées à la blennorrhagie paraissaient pouvoir s'expliquer par un retentissement de la maladie infectieuse, sur le système nerveux vaso-moteur. Il faut reconnaître néanmoins que tous ces faits sont entourés d'incertitudes multiples et prêtent à la discussion. Aussi avons-nous eu plutôt l'intention de montrer quel est sur ce point l'état actuel de nos connaissances, d'établir le cadre de ces complications nerveuses de la blennorrhagie, que d'en donner une description immuable et surtout une interprétation *ne varietur* auxquelles les recherches ultérieures ne pourront rien ajouter. Nous sommes convaincu, au contraire, que ce chapitre ne fait que s'ouvrir et que nous ne tarderons pas à le voir aussi bien étudié, aussi bien connu que les différents chapitres des complications de la blennorrhagie.

CAMPEMENT PROLONGÉ ET FIÈVRE TYPHOIDE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYGIÈNE DU CAMPEMENT (1)

Par le docteur J. MARTY, médecin-major de deuxième classe.

VI

OBS. VII. — On a vu que les quelques tentes restées nécessaires au Kreider avaient été, après changement de tous les emplacements, reportées en dehors du camp baraqué, sur l'emplacement dit « Camp des jeunes ».

Au début de novembre, ces tentes furent à peine occupées. Malheureusement, cet état de choses dura peu. Les mouvements des compagnies terminés, deux se retrouvèrent au Kreider. Puis, vers le 20 novembre, arrivèrent 800 jeunes soldats.

En conséquence, les conditions qui s'étaient déjà présentées en fin 1886 se reproduisaient.

On établit les tentes nécessaires aux nouveaux arrivants. Ce travail fut fait les 25, 26, 27 novembre. Le camp fut établi dans des conditions qui en firent un camp permanent.

Nous avons dit que le sommet du triangle occupé se trouvait au pied et à l'E. de la pente de la haute redoute, au sud et en bas des berges du Chott. Le côté O., le plus élevé, était formé par une arête des mamelons supportant cette redoute, le campement du petit détachement des chasseurs d'Afrique ne comportant guère qu'une dizaine d'hommes et autant de chevaux, celui du train, et le mur d'enceinte du camp baraqué.

Le côté N. était adossé immédiatement aux pentes rapides du même mamelon des berges du Chott, et abrité par elles contre les vents du nord.

Le côté E., le plus déclive, s'abaissait progressivement vers l'Oued dont il a été déjà parlé, et le côté S., vers la voie ferrée.

Ainsi se trouvait circonscrit par des fossés avec levées de terre en provenant, sur les bords, ce camp abrité au nord et à l'ouest et incliné sud et sud-est.

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 944.

Le terrain fut préparé, nettoyé, et sur l'aire des tentes, la terre tassée et damée.

Les tentes furent disposées en séries parallèles au côté S. L'ensemble forma trois groupes de rangées séparées par des rues.

Comme latrines, les hommes devaient se servir de celles du camp baraqué, et des factionnaires furent mis de garde jour et nuit pour les empêcher de salir le camp. Cependant, sur ce terrain neuf, de nouveaux cas de typhoïde ne tardèrent pas à se produire.

Le premier éclata le 1er janvier, et du 1er au 24, neuf hommes entrèrent à l'hôpital.

Ces cas furent graves, car ces neuf malades donnèrent quatre décès où les autopsies confirmèrent le diagnostic. De nouveau, la recherche de la cause s'imposait. Aucune cause d'importation de l'extérieur ne fut trouvée. Cette deuxième phase épidémique dut avoir un lien avec la première; mais ce lien ne dut être que la persistance du germe dans les baraques où le premier cas éclata, d'où son transport possible dans le camp, mais non son expansion épidémique.

Il est à remarquer que ce n'est point dans les tentes les plus près du camp baraqué que la deuxième épidémie éclata, mais bien à l'autre extrémité du camp, extrémité N., formant la partie la plus abritée de ce camp, par conséquent la moins ventilée.

Les considérations relatives à l'alimentation, à l'eau, à l'acclimatement, à l'encombrement, à l'âge des troupes, aux fatigues, étaient les mêmes. Nous étions en décembre-janvier, donc l'influence adjuvante d'un soleil trop ardent était nulle. Au camp, le niveau de l'eau souterraine est à dix minutes environ. Le terrain était le même.

Notre conclusion fut que l'infection des couches superficielles du sol était en jeu.

Le chiffre des hommes composant le camp étant de 870 pour 340 baraqués, le rôle du casernement se résumait ainsi :

Hommes baraqués 1 malade, soit 0,29 p. 100.
Hommes campés 8 malades, soit 0,96 —

Nous avons dit que, sur 8 cas, les premiers se développèrent dans le groupe N. des tentes. Sur le total de 8, 7 vinrent de cette partie, et indiquaient suffisamment la localisation spéciale de l'épidémie.

Comme causes d'infection, nous trouvions le campement des hussards, mais l'influence de ce campement a semblé nulle dans le cas actuel, car il était placé bien au-dessous des tentes contaminées dans la déclivité générale du terrain et les infiltrations des déjections animales ne pouvaient y arriver.

On pouvait aussi songer au fumier, qui n'était guère distant que de cent cinquante pas du nouveau camp.

Il était peu probable que ses infiltrations pussent venir l'infecter, car il en était séparé par le petit ravin précédemment décrit, mais par certains vents les émanations pouvaient l'atteindre. Ce ne furent cependant pas les tentes les plus exposées à son action qui furent frappées, et sans nier la possibilité de lui attribuer un certain rôle, nous cherchâmes ailleurs la cause déterminante de l'explosion épidémique.

Il nous sembla que le cas qui s'était développé dans une des baraques pouvait être rattaché à l'influence d'un casernement déjà vieux et infecté en partie. Il n'en pouvait être de même des cas développés dans le nouveau camp, et il parut légitime d'admettre que le terrain, recouvert par les tentes élevées les 24, 25 et 26 novembre, était déjà infecté sur certains points.

Nous ajouterons qu'en admettant que le germe soit venu des baraques et ait été transporté dans la partie N. du camp, ce fait reste fort intéressant, puisqu'il montre que le milieu, fourni par des baraques simplement nettoyées depuis la première épidémie, a été insuffisant pour donner plus d'un cas, pendant qu'au bout de cinq semaines les tentes ont fourni un milieu assez insalubre et vicié pour en permettre un développement constituant une épidémie.

Rien d'ailleurs de bien étonnant. En fin décembre et janvier, ce sont les premiers grands froids, insuffisants encore pour

arrêter l'évolution du miasme typhique, mais suffisants pour engager les hommes à se calfeutrer et à aérer le moins possible.

De plus, le camp avait une énorme lacune; il ne possédait pas de tinettes, et cela parce qu'il n'y en avait pas, à ce moment, dans le poste, les demandes faites à la suite de la première épidémie n'ayant pas encore été suivies d'effet. Comme il a été dit, des factionnaires étaient placés avec ordre d'empêcher les hommes d'y uriner, d'y faire leurs ordures et de les forcer à aller soit aux latrines du camp baraqué, soit au delà du fumier.

Mais le but a-t-il été atteint?

Quand l'homme sentait, au milieu de la nuit, le besoin d'uriner, il devait trouver beaucoup plus facile d'uriner derrière sa tente, en évitant le regard du factionnaire, que de s'habiller, et de faire, pour se rendre aux points prescrits, un trajet de près de 150 mètres pour certaines tentes, par les froides nuits des hauts plateaux.

Telle est, pour nous, la raison de cette très rapide et profonde infection du sol.

Quant à la raison qui a fait que 7 cas sur 8 se sont développés dans le groupe N. des tentes, la voici : cette partie du camp était la plus abritée contre les vents d'ouest, par le mamelon de la haute redoute, contre ceux du nord, par les berges du Chott, contre ceux du sud, par les rangées de tentes antérieures. La ventilation naturelle y était donc moins active que partout ailleurs.

Au-dessous du camp des jeunes se trouvait un autre camp occupé, en attendant leur départ, par trois cent quarante hommes à destination du Tonkin. Les tentes de ce détachement avaient été dressées le 12 décembre; il ne donna aucun cas avant le départ. Les conditions de ventilation y étaient supérieures, même à celles de la partie S. du camp des jeunes, et plus actives. Il fut de courte durée.

Pour qui a été témoin de cette période, un fait a dû être remarqué : c'est que le détachement de hussards, bien que recevant les émanations des déjections des chevaux, placés tout près des tentes, n'a pas été touché. Ceci trouve son explication dans les considérations suivantes :

Les chevaux ne pouvaient que difficilement infecter le sol même de tentes situées derrière eux sur la pente normale du terrain. Celles-ci, au nombre de trois, avaient moins d'habitants que celles du Camp des jeunes; elles étaient moins abritées par le mamelon S. de la haute redoute et, par conséquent, mieux ventilées.

Enfin, nous osons donner ici une autre raison : la ventilation y était plus active et continue, car l'usure y avait produit des ouvertures non réglementaires, mais dont l'influence fut peut-être salutaire.

En considérant l'ensemble de cette phase épidémique, nous voyons donc que, dans le cas actuel, un mois a suffi, certaines conditions de ventilation et de manque de tinettes aidant, pour créer, sur un terrain vierge, des conditions suffisantes pour que le germe typhique s'y développât ou du moins prospérât d'une façon rapidement inquiétante. Ce germe, bien qu'existant dans les baraques, ne s'y développait pas épidémiquement.

A ce moment, diverses mesures de nettoyage et d'aération furent prescrites. On rappela la nécessité de ne mettre que huit à dix hommes par tente, de demander de nouveau des tinettes et de tenir la main à la propreté du camp pendant la nuit.

De plus, nous crûmes devoir revenir sur le vœu déjà émis à la suite de la première période épidémique et exprimer l'avis qu'il nous semblait utile de changer encore l'emplacement des tentes.

Cette dernière demande n'eut pas de suites, par suite de raisons d'ordre extra-médical.

Cependant, aux mesures de propreté se joignit la diminution de l'effectif par suite du départ des 340 hommes à destination du Tonkin. Puis la fin de janvier et le mois de février continuèrent le véritable hiver, avec les averses, le froid et la neige, et l'épidémie s'arrêta.

On remarquera que cette période n'a pas intéressé les baraques de la basse redoute. Il s'y trouvait deux causes d'infection de moins que pendant la première. Il n'y avait pas d'hommes campés dans son intérieur. De plus, les latrines avaient été améliorées par l'adjonction d'un urinoir avec tinettes en plus.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement des maladies de l'estomac (1),
par Dujardin-Beaumetz.

Nous sommes, à propos des maladies de l'estomac, dans une période de transition. Les travaux très nombreux, publiés depuis cinq ou six ans d'ici, ont permis d'élucider un certain nombre de questions, d'établir, par exemple, d'une façon indiscutable l'existence de l'exagération de la sécrétion chlorhydrique, de l'hyperchlorhydrie, de montrer nettement que la diminution de la motilité stomacale joue un rôle considérable dans les dyspepsies. Pour notre part, nous pensons que cette viciation de la motilité est le plus important de tous les facteurs de la dyspepsie gastrique.

Malgré cela, que de points en litige et de points capitaux!

Pour les uns, la digestion gastrique passe au second plan; l'estomac est avant tout une antichambre dans laquelle se fait la trituration, la désagrégation et la désinfection des aliments, la digestion vraie devant s'opérer dans l'intestin sous l'influence surtout du suc pancréatique; pour les autres, au contraire, c'est à l'estomac que revient la part la plus importante de l'élaboration des matériaux azotés, les vices de son fonctionnement chimique entraînant des conséquences graves pour l'équilibre de l'organisme tout entier.

Pour les uns, la dilatation de l'estomac est la cause première des maux innombrables que les autres attribuent à la névropathie et, en première ligne, à la neurasthénie.

Pour ce qui est de la valeur nutritive des aliments, de leur digestibilité, on ne possède que des données grossières, insuffisantes. Pour se débrouiller au milieu de ce chaos, il faudrait faire de nombreuses analyses dans des conditions variées, rechercher à propos de chacun des types d'aliments azotés — pour ne parler que de ceux-là — l'état de la digestion gastrique à ses dernières phases, rechercher quelle est la proportion d'azote ingérée et celle que renferment les matières fécales et les urines. Cette recherche, de plus, devrait être comparativement instituée dans les diverses maladies.

Quand on lit les leçons consacrées par M. Dujardin-Beaumetz au traitement des maladies de l'estomac, grâce à la clarté de l'exposition, à l'habileté de son éclectisme, les lacunes énormes de notre savoir n'apparaissent pas. On n'est pas assez frappé de ce que les notions actuelles ont d'incertain, de provisoire. Mais, après tout, c'est une qualité professorale que de savoir grouper et agencer les choses de façon à donner aux leçons l'allure académique que les Français adorent. L'éducation universitaire a ainsi façonné leur esprit.

Quoi qu'il en soit, on trouvera beaucoup de bons conseils, beaucoup d'utiles recettes dans les leçons de M. Dujardin-Beaumetz, ceux-là même le reconnaîtront, qui, comme nous, ne sont pas toujours de son avis.

Son livre rendra des services et nous en recommandons la lecture.

A. M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 août 1891, ont été nommés :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Bouisson, Lion, Jaugey, Bouju, Cézilly, Raulin, Boffard, Franceschi, Vignard, Marqueyrol, Sous, Vigouroux, Monin, Cotton, Millet, Leuchatin de Gubernatis, Devillers,

(1) In-8°. Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Durand, Gaube, Desbrières, Claa, Vaton, de Coquet, Vigouroux, Lalitte et Zaleski.

— Par décision ministérielle, en date du 1er septembre 1891, les médecins-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

MM. Troussaint, au 58e régiment d'infanterie, pour le 2e régiment de dragons ; maintenu à son poste actuel ; — Godet, désigné pour le 12e régiment de hussards ; affecté au 2e régiment de dragons ; — Fournot, pour le 12e régiment de hussards.

— Les journaux de Marseille s'étant plaints, à diverses reprises, du refus de l'admission des malades dans les hôpitaux, les internes ont tenu à dégager leur responsabilité par une note parue dans la presse locale.

La publication de cette note fut aussitôt suivie d'une mesure disciplinaire consistant en la suspension du traitement pendant trois mois et la suppression des sorties du soir. Tous les internes de l'hôpital de la Conception se trouvèrent frappés ; ils refusèrent de se soumettre à la seconde partie de cette punition. L'administration des hospices ayant maintenu l'intégralité de la mesure disciplinaire, tous les internes ont adressé collectivement leur démission. Externes et étudiants appuient les revendications de leurs camarades.

Nous serions heureux d'apprendre que ce regrettable conflit a pris fin et que l'administration des hospices de Marseille n'oublie pas la sollicitude dont elle doit entourer l'élite de nos futurs confrères. Une suppression de trois mois de traitement pour de jeunes internes nous paraît déjà bien rigoureuse.

— M. le docteur Félix Terrier, chirurgien des hôpitaux de Paris, fait en ce moment un voyage en Russie, au milieu des manifestations russes les plus honorables.

— On vient de célébrer le 70e anniversaire de la naissance du professeur Helmholtz. Le célèbre physicien a été nommé grand-croix de l'Étoile-Polaire.

— Une épidémie d'influenza sévit à la Réunion depuis la fin du mois de juillet.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 104. — MARDI 8 SEPTEMBRE 1891. 64e ANNÉE. MARDI 8 SEPTEMBRE 1891. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Tenon. Les laparotomies exploratrices. — Hôpital des Enfants-Malades. Un cas d'oreillons. — Accidents gastriques à la suite de l'ingestion de gouttes de Baumé. — Revue de la Presse. — Thèses de Paris. — Nouvelles.

Paris, le 7 septembre 1891.

Il y a quelques années, un médecin fort occupé de Paris, désireux de prendre quelque repos, après de longues années de pratique, avait *vendu sa clientèle* à un jeune confrère à la recherche d'une position médicale. Tout alla pour le mieux pendant quelques mois, le confrère avait cédé son bail, son appartement, et avait, suivant les conventions, présenté son successeur à ses divers clients; mais, le désœuvrement pesa-t-il trop lourd sur les épaules du docteur, volontairement retraité, ou bien le jeune remplaçant jugea-t-il trop vivement ou trop injustement différents faits de la pratique de son prédécesseur; nous ne le savons; mais, un semestre ne s'était pas écoulé, que l'ex-praticien ouvrait un nouveau cabinet dans la maison voisine de celle où il avait exercé. De là conflit, procès, et finalement le jeune confrère fut débouté de sa plainte, la loi n'admettant pas la cession d'une clientèle médicale.

Le fait suivant, qui vient d'être jugé par la Cour d'appel de Lyon, montre quel est, à cet égard, l'état actuel de notre législation :

Considérant que, par acte du 19 août 1887, B..., médecin à X..., a vendu sa clientèle à S..., médecin. Par cet acte, B... s'engageait à présenter S... à ses clients, et tout en se réservant d'exercer la médecine à L... et dans les communes voisines, il s'interdisait d'avoir un cabinet à X... et de faire une concurrence déloyale à S...; que, par le même acte, ledit B... a cédé audit S... son droit au bail des lieux qu'il occupait et certains objets mobiliers, le tout moyennant la somme de 6000 francs, outre les intérêts;

Considérant que S... conclut à la nullité entière de la convention du 19 août, sauf pour le chef relatif à la cession du mobilier qu'il estime à 700 francs, parce que le traité tombe sous l'application de l'article 1598 du Code civil, la confiance des malades en un médecin n'étant pas dans le commerce; qu'il demande encore la résiliation de ladite convention, parce que B... lui aurait fait depuis une concurrence déloyale;

Considérant, en ce qui concerne ce dernier grief, qu'en présence des explications et productions de B..., le demandeur ne fait pas la preuve satisfaisante de son articulation;

Considérant, au contraire, que la convention du 19 août a eu en vue pour partie la cession de la clientèle médicale de B... et non pas seulement, ainsi qu'il le prétend, l'interdiction d'exercer à V... et l'obligation par B... de recommander son successeur à ses clients; que cela résulte des termes exprès dont les parties contractantes se sont servies, et de ce que B... avait dû, avant de passer acte, montrer à son futur acquéreur ses livres et le nombre des clients de son cabinet; qu'il y a donc lieu d'annuler l'acte du 19 août 1887, mais seulement en tant qu'il porte sur la cession de clientèle;

Considérant que les premiers juges ont estimé que, dans le prix total de 5000 francs, celui afférent à la clientèle médicale n'était que de 580 francs, la valeur justifiée des objets livrés ou des réparations exécutées par B... s'élevant à 4419 francs; que pour arriver à ce dernier chiffre, ils y ont à tort compris le montant des réparations effectuées par B... à son entrée dans les lieux trois ans auparavant, que les avantages provenant de ces réparations avaient en partie disparu;

Mais qu'il y a lieu de faire état des engagements pris par B... de présenter son successeur à ses clients et de ne plus avoir de cabinet à V..., stipulations qui n'ont rien de contraire à la loi; qu'il en est de même en ce qui concerne la subrogation au bail;

Considérant que la Cour a les éléments nécessaires pour faire l'appréciation des différents éléments du prix convenu entre les parties; qu'elle estime à 2000 francs la valeur de la clientèle, et à 3000 francs le droit au bail, le mobilier et les autres obligations prises par B...;

Considérant que sur cette somme, S... a versé celle de 1500 fr.;

Considérant que, chacune des parties succombe sur certains chefs de ses conclusions;

Par ces motifs,

La Cour,

Déclare nulle et non avenue la convention du 19 août 1887, en tant qu'elle a trait à la cession de la clientèle;

Dit pour le reste qu'elle sortira son plein et entier effet selon sa forme et teneur;

Condamne S... à payer à B... :

1° La somme de 1500 francs avec intérêts à partir du 1er novembre 1887, jusqu'au 22 mai 1888;

2° La somme de 150 francs payée à l'enregistrement;

3° Les intérêts de droit;

Condamne S... aux trois quarts des dépenses de première instance et d'appel, l'autre quart devant être supporté par B..., le coût de l'arrêt et de ses suites, demeurant à la charge de celui qui les aura occasionnés;

Ordonne la restitution de l'amende.

En d'autres termes, la loi n'admet point que la clientèle médicale puisse être l'objet d'une cession; la confiance que le médecin impose à ses clients étant un fait personnel qui ne peut tomber dans le commerce (art. 1598, Code civil). L'engagement pris par un médecin de présenter son suc-

cesseur, de s'interdire de lui faire concurrence dans un rayon déterminé, est, au contraire, un engagement légalement valable.

HOPITAL TENON. — M. RICHELOT.

Les laparotomies exploratrices.

C'est vers 1842 que plusieurs chirurgiens anglais et américains proposèrent, pour la première fois, de pratiquer la laparotomie dans un but de diagnostic et d'exploration. C'est le diagnostic des adhérences dans les kystes de l'ovaire que ces laparotomies exploratrices eurent tout d'abord pour but. Depuis, l'opération s'est étendue au diagnostic de presque toutes les affections abdominales.

En France, cette tentative hardie souleva tout d'abord des objections générales. On l'accusa d'être contraire, d'une part, à ce respect de la vie des malades; de l'autre, à ce souci du diagnostic exact pré-opératoire qui avaient toujours été les deux grandes aspirations de l'École française. Aujourd'hui encore, on n'épargne pas toujours les plaisanteries faciles au chirurgien qui, ayant fait la laparotomie, est forcé de refermer le ventre et de constater l'impossibilité de toute opération.

Certes, dans le diagnostic des affections abdominales, il ne faut négliger aucun des moyens, spéculum, toucher, palper, recherche de la sensibilité, examen des phénomènes généraux, que nous avons à notre disposition. Il faut même, pour plus de sécurité, répéter, dans les cas douteux, l'examen sous le chloroforme, bien que la valeur de ce mode d'exploration ait été un peu surfaite; je l'emploie, pour ma part, assez peu. Si l'anesthésie abolit la contracture musculaire, elle supprime la sensation de la douleur à la pression, si souvent utile au diagnostic. Mais, même en employant tous ces moyens, il faut avoir la modestie d'avouer, dans bien des cas, l'impossibilité de faire un diagnostic précis et complet. Si vous renoncez à la laparotomie exploratrice, que deviendront alors vos malades? Ils succomberont dans bien des cas, alors qu'une opération aurait pu les sauver. Vous aurez poussé si loin le respect de la vie que vous les avez laissés mourir.

En réalité, toute laparotomie est d'abord exploratrice. Le diagnostic, même dans les cas les plus nets, a surtout été un diagnostic d'indication opératoire. Mais pouvez-vous savoir à l'avance, dans les affections des annexes, si la lésion est simple ou complexe, s'il y a des adhérences et où sont ces adhérences, si un seul ovaire est malade ou si les deux sont atteints, si une salpingite est ou non suppurée? Presque toujours, c'est seulement au cours de l'opération, qui achève, qui rectifie souvent le diagnostic, que vous l'apprendrez. Pouvez-vous, dans une opération sur les voies biliaires, prévoir, avant d'ouvrir le ventre, l'opération, cholécystotomie, cholécystectomie, entéro-cholécystotomie, qui sera nécessaire? Pouvez-vous, dans l'étranglement interne, savoir si la cause de l'étranglement sera justiciable de l'opération ou si vous serez réduit à pratiquer un anus contre nature?

Mais si toutes les laparotomies sont, à des degrés divers, exploratrices, le nom de laparotomie exploratrice s'applique surtout à celles qui sont faites pour une affection dont le diagnostic est resté absolument vague et incertain. En mars 1890, j'opérai une jeune femme atteinte d'une ascite considérable. Tout ce que je pouvais dire avant l'opération, c'est qu'il n'y avait sans doute pas de kyste de l'ovaire, mais la cause de l'ascite restait entièrement indéterminée. Le ventre ouvert, j'aperçus un restant de granulations tuberculeuses.

Dans d'autres cas, on redoute une tumeur maligne du petit bassin, un carcinome péritonéal; mais l'évidence n'étant pas absolue, on peut se décider à opérer, ne fût-ce que dans l'espoir de soulager un peu la malade, au physique et au moral, de ne pas paraître l'abandonner sans intervention. Parfois même on aura une surprise heureuse. Il est, en effet, bien des malades, inopérables en apparence, fort opérables en réalité, des pseudo-inopérables. L'an dernier, j'en ai eu un exemple bien frappant. Il s'agissait d'une dame profondément cachectique, atteinte d'une ascite énorme qui se reproduisait rapidement après chaque ponction. Deux de mes confrères des hôpitaux avaient déjà refusé d'intervenir croyant à un cancer. Je ne voulus pas refuser, au moins, l'incision exploratrice. Le ventre ouvert, le liquide ascitique écoulé, j'opérai deux kystes de l'ovaire, végétants à leur face externe, à pédicules très minces, qui furent enlevés avec une facilité extrême. Ma malade était malheureusement trop épuisée; la cachexie continua à progresser; elle mourut un mois après l'opération. N'est-il pas permis de dire qu'une laparotomie exploratrice plus précoce l'aurait certainement sauvée?

L'opération, en elle-même, est très simple et, à la condition d'être faite antiseptiquement, entièrement inoffensive. Elle serait plutôt moins dangereuse qu'une simple ponction, ponction qui, d'autre part, est loin de vous donner les mêmes résultats pour le diagnostic. Il faudrait pourtant, dans ce pronostic opératoire si favorable, faire une réserve pour les cancéreux parvenus à une période un peu avancée. Ces malades succombent parfois le soir, le lendemain de l'opération, foudroyés par une sorte de choc traumatique. J'ai vu mourir ainsi, en octobre 1890, un malade de M. Cuffer, malade atteint, croyait-on, d'un abcès du foie en raison de son jeune âge, vingt-sept ans, et qui avait, en réalité, un cancer du côlon propagé au foie. Mais à la période tardive où la simple laparotomie devient dangereuse, le diagnostic sera d'ordinaire établi.

Ce n'est pas tout, si singulier que le fait puisse paraître, cette simple ouverture du ventre aura souvent une action palliative et même curative. Parfois, chez un malade à symptômes menaçants et très nets, vous aurez, l'incision faite, cette surprise et cette joie de ne trouver aucune lésion. J'ai opéré, à Bichat, un malade atteint de vomissements incessants et chez qui M. Rigal avait porté le diagnostic cancer du pylore. Ne trouvant rien à l'estomac je refermai le ventre. Dès le lendemain, les vomissements avaient cessé et le malade se rétablissait rapidement. Vous pouvez voir encore, au n° 2 de la salle Wallace, une femme laparotomisée pour chercher la cause de douleurs ovariennes atroces. J'ai trouvé l'utérus et les ovaires petits, infantiles pour ainsi dire, et ai de suite refermé le ventre. Depuis, la malade ne souffre plus.

Cette amélioration est plus singulière encore, quand il existe des lésions bien nettes et contre lesquelles on n'a rien tenté. Opérant, à Saint-Antoine, un malade atteint de cancer de l'œsophage, je dus, en présence des adhérences des noyaux cancéreux qui immobilisaient l'estomac, renoncer à faire la gastrostomie. Le lendemain, le malade avalait mieux; quelques jours après, il quittait l'hôpital, mangeant de la viande et très amélioré en apparence. C'est

dans les péritonites tuberculeuses que l'amélioration est surtout remarquable. J'en ai vu, pour ma part, deux cas absolument nets. Sur 90 cas, que M. Routier a pu recueillir, on trouve, après la laparotomie exploratrice, 7 morts rapides, 17 suivies de plus de six mois, 33 de plus d'un an. Une opérée célèbre, de Spencer Wells, survécut même vingt-cinq ans. L'amélioration est particulièrement marquée dans la forme ascitique. Pour être difficile à expliquer elle n'en est pas moins assez constante pour justifier largement l'intervention. Quand il n'y a pas de lésions pulmonaires, car c'est pour ces lésions surtout que les malades succombent, on peut presque espérer un arrêt de la tuberculose péritonéale.

Il est une forme d'affection où le soulagement est également très prononcé. C'est cette forme de péritonite développée autour de l'utérus et de ses annexes, les immobilisant par des adhérences multiples, à laquelle vous m'entendez donner le nom « de processus fibreux du petit bassin ». Tenter l'extirpation malgré ces adhérences ce serait aller au-devant d'une mort par choc traumatique presque certaine, tant l'opération est longue et laborieuse. Eh bien! plusieurs fois, j'ai vu, après l'incision exploratrice, survenir une disparition complète de la fièvre, des douleurs, des troubles digestifs. J'ai vu même, fait qui m'a plus étonné encore, survenir, peu de temps après, une sorte de résolution locale, un véritable progrès dans la mobilité utérine, dans l'assouplissement péri-utérin.

En résumé, donc, bénigne par elle-même, ne donnant guère de regrets quand elle est faite avec prudence et opportunité, la laparotomie exploratrice réserve souvent des surprises heureuses, soit qu'elle montre la possibilité d'une intervention sur laquelle on n'osait compter, soit qu'elle amène dans des cas inopérables des améliorations plus inespérées encore.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Descroizilles.

Un cas d'oreillons.

(Observation recueillie par M. Hagopoff, externe du service.)

Nous avons été appelé à suivre de près un cas d'oreillons que présentait un de vos condisciples; aussi avons-nous eu l'occasion de saisir certains détails qui nous ont paru assez intéressants pour mériter d'être consignés.

Voici l'observation :

Le 27 avril dernier, C... A..., âgé de vingt-six ans, stagiaire à l'hôpital des Enfants-Malades dans le service de M. le docteur Descroizilles, ressentit à son réveil une douleur dans l'angle compris entre la base de l'apophyse mastoïde et le bord postérieur de la branche verticale du maxillaire inférieur.

Cette douleur, retentissant dans toute la région parotidienne, augmentait très sensiblement par la pression, surtout lorsqu'en même temps on appuyait le doigt contre les dents.

Comme il se trouvait dans le service, depuis quelque temps déjà, une fillette, en convalescence d'oreillons, nous pensâmes au contage très possible et crûmes, avec raison, à un commencement d'affection ourlienne.

Le malade se reposa et, après un court sommeil, en trouvant la douleur calmée, sortit pour dîner. Mais la mastication devint bientôt assez douloureuse pour l'obliger à interrompre son dîner. Il rentra immédiatement et se coucha après avoir appliqué un enveloppement ouaté. Au bout de quelques heures, il constata un gonflement appréciable en avant et au-dessous de l'oreille gauche, ainsi qu'une certaine tuméfaction des glandes sous-maxillaire et sublingale du côté opposé, tuméfaction qui épargnait néanmoins la parotide. Le pouls était presque normal; pas de fièvre notable ni autres troubles généraux ou fonctionnels que de l'embarras gastrique simple. Mais, quelques jours auparavant, le malade avait constaté, comme prodromes, du malaise, de la somnolence, enfin une sorte de torpeur et de lourdeur de tête.

Le soir du troisième jour après l'apparition du gonflement, il prend 1gr50 de sulfate de quinine en trois doses, et quelques heures après de l'infusion de Jaborandi. Nous tenons à faire remarquer ici que tous ces symptômes ont précédé l'ingestion de Jaborandi; car on attribue (Robin) à ce médicament la propriété de faire déclarer les oreillons.

Le lendemain (le 1er mai), le gonflement qui était survenu sur le parotide avait notablement diminué, mais celui des autres glandes était le même ou à peu près. A partir de ce jour, le malade a eu du ptyalisme considérable. La résolution s'est opérée presque complètement le 5 mai. Jusqu'à ce jour, l'orchite, cette complication des oreillons malheureusement presque constante chez l'adulte, ne s'était pas encore montrée.

Cependant, la veille du sixième jour de la maladie, le patient avait eu une faible pollution nocturne, et le lendemain il se plaignait d'une certaine sensibilité de la fosse iliaque droite, sensibilité profonde qui augmentait par la pression et que nous pensions alors d'origine intestinale, vu qu'il n'y avait pas eu de garde-robes depuis trois jours environ. Le malade a pris alors 40 grammes d'huile de ricin; la sensibilité de la fosse iliaque ne fut pas atténuée.

Le neuvième jour, le malade, se trouvant mieux, sort la tête enveloppée et fait une course sans être muni d'un suspensoir.

Le jour suivant (7 mai), la douleur, plus étendue et plus superficielle, était, cette fois, très accentuée et avait la direction du canal inguinal. Nous avons craint alors la prise très probable du cordon et l'imminence d'une orchite. Des frictions narcotiques furent alors pratiquées sur la région douloureuse.

Le vendredi soir (le 8 mai), la douleur était plus nette encore et il existait des irradiations vers la queue de l'épididyme. Pour cette raison, nous avons alors conseillé de mettre du camphre brut dans le lit pour tâcher de prévenir, si possible, ou du moins d'atténuer la fluxion testiculaire que nous croyions alors être imminente, considérant tous ces signes, non décrits jusqu'à présent, comme des *signes précurseurs*.

En effet, le lendemain, c'est-à-dire le douzième jour de la maladie (à très longue échéance, comme on le voit), l'orchite s'était déclarée; le testicule droit avait augmenté de volume. Pas de douleur à la pression, et la station verticale ne provoquait qu'une sensation de pesanteur au niveau du testicule malade.

Nous avons conseillé le repos au lit, l'enveloppement ouaté et, en même temps, le port d'un suspensoir; le soir, 1 gramme de sulfate de quinine en deux doses et infusion de Jaborandi.

Dans la nuit, sueurs abondantes, le lendemain la résolution se manifestait; le testicule malade était moins dur, ce ne fut que le samedi qu'il reprit très sensiblement sa consistance normale.

Le malade garda néanmoins le lit encore quelques jours, jusqu'au 27 mai, époque à laquelle il enleva le suspensoir. Le 30 mai, il reprenait son service, et aujourd'hui, voilà déjà deux mois et demi, rien de remarquable n'est survenu du côté de son testicule malade.

D'après tout ce qui précède, on peut conclure qu'il faut, dès le début, recourir à l'enveloppement ouaté de la région malade, prescrire le repos au lit, et ne pas négliger de prescrire en même temps le suspensoir lorsqu'il s'agit d'un adulte, chez qui l'orchite est presque toujours à redouter. Il faut, en outre, prescrire : 1° des *purgatifs* (huile de ricin, eau de Pulna, etc.); 2° des *diurétiques*; et 3° enfin et surtout des *diaphorétiques* à plusieurs reprises (l'infusion

de Jaborandi est préférable, car elle s'élimine par les glandes salivaires, hâte leur résolution, grâce à l'activité de leur travail excrétoire, et favorise l'élimination des micro-organismes).

Grâce à ce mode de traitement, la marche de la maladie étant rapide et les micro-organismes ourliens éliminés dans leur plus grande partie, le malade aura beaucoup de chances d'éviter la complication la plus fréquente et la plus importante (orchite), ou du moins ses suites fâcheuses (atrophie complète, impuissance, etc.), la maladie étant réduite de beaucoup dans sa durée et circonscrite dans son siège primitif, sans pouvoir mettre en jeu ses caprices.

Cependant, en dépit de toutes ces précautions, dès que l'orchite est imminente, ce qu'on peut prévoir par des signes précurseurs que nous avons analysés et décrits dans l'observation ci-dessus, c'est-à-dire dès que les douleurs se font sentir dans la fosse iliaque avec irradiations vers la queue de l'épididyme, il est utile de mettre du camphre brut dans le lit, en même temps prescrire le repos. Immédiatement après l'apparition de l'orchite, on doit cesser l'usage du camphre et garder toujours le suspensoir en enveloppant les bourses avec une couche assez épaisse d'ouate et en les relevant vers l'abdomen, l'usage du suspensoir devant durer au moins deux semaines après l'apparition de la fluxion testiculaire. Mais celle-ci présentant des phénomènes bien différents de ceux d'une orchite classique, comme l'observation précédente vient de nous le montrer, serait, en ce cas, avortée et dans son intensité, et dans sa marche, et dans sa terminaison.

Or, l'atrophie testiculaire n'étant due qu'à l'arrêt assez prolongé du fonctionnement de l'organe, on comprend bien que, grâce au camphre agissant à titre de calmant et d'antiphlogistique, l'évolution de l'orchite étant alors abrégée et sa résolution favorisée, l'organe reprend vite ses fonctions et le malade a ainsi beaucoup de chances ou bien d'éviter absolument l'atrophie, ou bien de n'en être atteint que très légèrement.

ACCIDENTS GASTRIQUES

A LA SUITE DE L'INGESTION DE GOUTTES DE BAUMÉ

Par M. le docteur Le Jeune (de Boulogne-sur-Mer).

M. L..., âgé de quarante ans, sans antécédents héréditaires, ni personnels, est un dyspeptique invétéré. Ayant beaucoup consulté, il a beaucoup appris et se soigne à peu près bien lui-même, variant son régime au gré de ses souffrances. Depuis deux mois environ, il prend avant chacun des deux principaux repas trois gouttes amères de Baumé dans un peu d'eau de Vichy. Rarement, durant ce temps, il a interrompu l'ingestion de ce médicament dont il se trouvait bien, dit-il. Aucun phénomène d'intolérance, du reste, pas de raideur ni de secousses musculaires, pas de crampes d'estomac, rien du côté de la peau et des reins, ni constipation, ni relâchement.

Dans la nuit du 26 juin, après s'être couché bien portant comme d'habitude et sans avoir rien changé à son régime, il se réveilla vers quatre heures du matin, avec une sensation de pesanteur et de contraction douloureuse siégeant dans le côté droit, au niveau des fausses côtes et remontant jusqu'à la pointe du sternum, avec un endroit particulièrement sensible à la pression, un peu à droite du creux épigastrique.

La douleur très vive était continue, sans rémission appréciable et retentissait dans l'épaule du même côté et en ceinture. Plus forte dans le décubitus dorsal ou latéral, elle s'atténuait dans la position assise. Pas de nausées, pas de coliques, pas de gaz.

Au bout d'une heure, la douleur disparut en assez peu d'instants, sans aucun gargouillement ni phénomène d'évacuation d'aucune sorte.

M. L... se rendormit et passa, sans nouvel incident, le reste de la nuit. Il se présenta le lendemain à ma consultation et me narra fidèlement tout ce qu'il avait éprouvé. J'hésitai à me prononcer entre un accès de gastralgie à l'allure bizarre, se présentant à une heure insolite, ou une crise de calculs hépatiques, mais les symptômes n'étaient pas conformes à ceux décrits par les auteurs et que j'avais eu maintes fois l'occasion d'observer. Le palper, nullement douloureux, permettait de constater, chez ce sujet assez maigre, l'absence de tout empâtement, de toute grosseur anormale.

Dans le doute, j'ordonnai une préparation opiacée à prendre pendant quelques jours, avant le repas, à l'exclusion de tous autres médicaments. Rien de nouveau ne se produisit et M. L..., ne souffrant plus, revint à son ancien régime : gouttes de Baumé deux fois par jour.

La nuit qui suivit le premier jour de la reprise du médicament, entre trois et quatre heures du matin, une nouvelle crise se reproduisit, en tout semblable à la première : mêmes douleurs, même durée, même terminaison.

M. L..., effrayé, vint le lendemain à ma consultation m'en faire le récit.

L'idée me vint alors que les gouttes amères de Baumé pourraient bien ne pas être étrangères à la production de ces phénomènes. J'en fis part à mon malade qui redoutait une affection organique de l'estomac ou du foie, et je lui proposai de tenter à quelques jours de là une expérience qui nous fixerait définitivement et nous permettrait d'établir un diagnostic.

M. L... accepta sans hésiter, préférant endurer une heure de souffrances et être fixé sur son sort. Trois jours après, il tenta l'expérience, reprit deux fois dans la journée trois gouttes amères de Baumé, se coucha comme d'habitude et fut réveillé toujours vers la même heure par une crise plus intense encore que les deux précédentes, mais qui dura le même laps de temps et finit de la même façon. Mis le lendemain au courant du résultat de la tentative, je crus pouvoir diagnostiquer une contracture de la tunique musculaire de l'estomac et surtout des sphincters gastriques, due à l'administration prolongée, à l'accumulation consécutive et à l'excitation continue de la noix vomique.

Je crois ce diagnostic d'autant plus exact que, depuis plus de quinze jours que M. L... n'a pas repris de gouttes amères, aucune nouvelle crise ne s'est produite et l'état général est très satisfaisant.

REVUE DE LA PRESSE

Pseudo-hermaphrodisme par hypospadias périnéo-scrotal, par M. le docteur Paul Petit. — Eugénie R..., déclarée à sa naissance comme fille, actuellement âgée de vingt ans, remplit les fonctions de servante de salle dans un restaurant. Elle ignore s'il existe dans sa famille des cas de malformation des organes génitaux. Sa mère est névropathe et aurait été atteinte, à la suite d'une deuxième grossesse, de manifestations convulsives qui ont cessé au bout de deux ans pour ne plus reparaître. Sa sœur est bien conformée et a mis au monde, l'année dernière, deux jumeaux en parfait état. Son père est très bien portant.

Sujet de grandeur moyenne, à peau brune, pourvu d'une abondante chevelure, qui descend à la hauteur du coude quand elle est dénouée. Le visage est d'expression plutôt masculine; léger duvet sur la lèvre supérieure, larynx peu proéminent, seins plats, voix mâle, système adipeux médiocrement développé. Appétits sexuels dirigés vers le sexe féminin, coït facile, accompagné de sensations voluptueuses, sans éjaculation sensible pour le sujet. Il affirme avoir provoqué par le coït l'orgasme véné-

rien chez plusieurs femmes. N'a jamais présenté d'écoulement menstruel.

Il y a deux mois et demi environ seraient survenues sur le tronc, les membres, des rougeurs qui étaient probablement de la roséole, puis, sur les grandes lèvres, une éruption croûteuse qui s'est étendue à la verge. Le 17 avril, jour où j'ai examiné le sujet pour la première fois, j'ai constaté dans la bouche et à l'isthme du gosier de nombreuses plaques muqueuses, une pléiade de ganglions indurés et indolores dans les aînes, des syphilides papuleuses sur les grandes lèvres. Je n'ai pu trouver trace de l'accident primitif dont la recherche, on le conçoit, offrait un grand intérêt au point de vue des aptitudes génitales.

La verge, bien développée, répond comme dimensions à l'âge du sujet. Les corps caverneux sont nettement séparés du canal de l'urèthre : du sillon intermédiaire part une bride (bride dite masculine par M. Pozzi), qui bientôt se trifurque; la branche médiane se rend en ligne droite au méat urinaire et le circonscrit; les deux brides latérales vont se perdre dans des vestiges de petites lèvres. Cette constatation offre un grand intérêt au point de vue de la reconstitution de l'appareil hyménal (Pozzi). Au-dessous du méat, dont il est séparé par un pont assez épais, s'ouvre l'orifice vaginal qui admet à peine l'extrémité du petit doigt; il donne accès dans un canal de 7 centimètres de profondeur, qui se termine en cul-de-sac. Soupçon d'hymen. Grandes lèvres bien développées. Nous nous sommes assuré par le toucher vésico-rectal qu'il n'y avait pas d'utérus. Ni dans les grandes lèvres, ni dans le canal inguinal, on ne trouve de testicule ou d'ovaire. En portant l'index dans le rectum, aussi haut que possible, on sent, en tendant la paroi rectale vers la gauche et en avant, un petit corps réniforme, mobile.

En somme, il s'agit ici d'un cas de pseudo-hermaphrodisme rentrant dans la classe dénommée par M. Pozzi (1) « pseudo-hermaphrodisme proprement dit ou par hypospadias périnéo-scrotal ». Mais, en l'absence du critérium principal basé sur la constatation du testicule ou de l'ovaire, dans quel sens faut-il décider du sexe? La plupart des membres de la Société obstétricale et gynécologique, à laquelle nous avons présenté le sujet (2), ont été d'avis qu'il y avait eu erreur d'état civil à son égard et qu'il était homme. M. Le Dentu, à qui nous l'avons adressé par la suite et qui en a fait l'objet d'une conférence clinique, est demeuré dans le doute.

Sans vouloir trancher la question, je crois bon de faire remarquer que tous les caractères en faveur du sexe féminin proviennent d'un arrêt de développement : persistance de l'extrémité inférieure des conduits de Müller constituant un étroit canal, un vestige de vagin; développement incomplet des bords du sillon génital d'où dépendent chez la femme les petites lèvres, le bulbe du vagin et l'appareil hyménal, chez l'homme la portion pénienne de l'urèthre. Ce ne sont donc là, en quelque sorte, que des caractères négatifs. D'autre part, le grand développement de la verge (qui, chez les pseudo-hermaphrodites de cette classe, est ordinairement infantile); l'habitus extérieur du sujet, l'ensemble de son état psychique génital, tous ces caractères plaident d'une façon positive et énergique en faveur de la virilité. (*Nouv. Arch. d'obs. et de gynéc.*)

Hypersécrétion gastrique. — Les observateurs qui ont étudié la sécrétion urinaire dans les affections de l'estomac, l'hypersécrétion et le cancer par exemple, ont signalé seulement les modifications individuelles des principaux éléments de l'urine, l'urée, les chlorures et les phosphates. M. Bouveret, médecin des hôpitaux de Lyon, a suivi une marche un peu différente dans un travail publié dans la *Revue de médecine*. Il a recherché les modifications survenues dans le rapport de deux éléments de l'urine, l'urée et les chlorures, dont les affections de l'estomac troublent plus particulièrement l'élimination et résume comme suit son intéressant mémoire.

Les troubles prononcés de la sécrétion gastrique, l'hypersécrétion et l'anachlorhydrie, modifient la composition de l'urine.

Dans les cas d'hypersécrétion gastrique continue, on observe généralement l'augmentation de l'urée et la diminution des chlorures urinaires.

Ces variations de l'urée et des chlorures sont cependant soumises à des influences étrangères à la sécrétion gastrique elle-même, celles par exemple de l'alimentation et des vomissements. On ne peut donc leur attribuer une valeur absolue, puisque, même dans l'hypersécrétion continue, l'élimination de l'urée peut accidentellement descendre au-dessous du taux normal et celle des chlorures s'élever parfois au-dessus du chiffre physiologique.

Il y a lieu d'accorder plus d'importance au rapport des chlorures à l'urée. Cette donnée est constante, c'est-à-dire que, dans l'hypersécrétion gastrique, le chiffre qui exprime ce rapport des chlorures à l'urée est toujours supérieur au chiffre qui exprime ce même rapport à l'état normal. Cette proposition reste vraie, même si le malade vomit et même si l'alimentation, momentanément très diminuée, fait baisser l'urée et les chlorures au-dessous de l'élimination physiologique.

La formule urinaire de l'hypersécrétion gastrique peut être exprimée ainsi : R est toujours plus élevé que R normal.

Cette formule a une certaine valeur au point de vue du diagnostic. C'est un signe de plus à ajouter aux signes qui permettent d'établir le diagnostic entre le cancer de l'estomac, s'il n'est pas accompagné d'hyperchlorhydrie, et certaines formes cachectisantes de l'hypersécrétion gastrique continue.

Les modifications de R ont aussi une certaine valeur au point de vue du pronostic de l'hypersécrétion gastrique. Quand il s'agit de la forme intermittente (Obs. II), R, très élevé pendant et immédiatement après les crises, se rapproche de plus en plus de R normal pendant les périodes d'accalmie. Dans la forme vraiment continue (Obs. I), la diminution de R, qui reste cependant supérieur à R normal, coïncide avec la cessation des douleurs et des vomissements, ainsi qu'avec l'amélioration de la nutrition générale.

Dans l'anachlorhydrie cancéreuse, la formule urinaire est toute différente. Le rapport des chlorures à l'urée y est moindre qu'à l'état physiologique.

Cette diminution de R est un signe plus constant, par conséquent de plus de valeur au point de vue du diagnostic, que le signe tiré de l'abaissement du chiffre de l'urée. Il faut excepter cependant les cas dans lesquels l'anachlorhydrie accompagne un cancer oblitérant du pylore, car cette localisation du cancer gastrique entraîne des vomissements et l'inanition. En pareil cas, ce n'est plus l'anachlorhydrie cancéreuse qui modifie la sécrétion urinaire, et le rapport des chlorures à l'urée peut s'élever au-dessus du rapport physiologique.

Anesthésie cutanée et musculaire. — M. le docteur F. Raymond, médecin de Lariboisière, résume ainsi, dans la *Revue de médecine*, les recherches qu'il a entreprises sur l'anesthésie cutanée et musculaire généralisée dans ses rapports avec le sommeil provoqué et avec les troubles du mouvement.

L'activité cérébrale qui constitue l'état de veille ne peut se maintenir qu'autant que le cerveau reçoit des excitations du dehors; la suppression complète des excitations du dehors entraîne un état de sommeil qui présente de très grandes analogies avec le sommeil naturel.

L'intervention des organes de la sensibilité est indispensable pour que les mouvements volontaires s'exécutent avec régularité.

(1) Pozzi. *Traité de gynécologie* (se reporter à l'excellent article sur les malformations des organes génitaux).

(2) *Bull. et Mém. de la Soc. obst. et gyn.*, mai 1891.

Cette intervention des organes de la sensibilité a pour but de renseigner la conscience sur la situation des parties à mouvoir, avant et pendant l'exécution des mouvements, sur le degré de contraction des muscles appelés à se contracter, pendant les mouvements en voie d'exécution.

Dans les circonstances ordinaires, ces renseignements sont transmis à la conscience par les nerfs centripètes auxquels les muscles en voie de contraction sont redevables de leur sensibilité propre.

Quand ces muscles sont frappés d'anesthésie, ils peuvent être plus ou moins suppléés dans ce rôle de contrôle par l'organe de la vue, exceptionnellement même par l'organe de l'ouïe.

Les impressions transmises au cerveau par ces voies centripètes, et devant servir au contrôle de l'exécution des mouvements volontaires, sont perçues dans un territoire spécial de l'écorce, siège de la « conscience musculaire ».

Cette conscience musculaire, se guidant sur les impressions qui lui sont transmises par les voies centripètes en question, rend possible l'exécution des mouvements complexes qui résultent des contractions associées de plusieurs groupes de muscles, surveille la direction et l'étendue de ces mouvements.

La suppression complète du contrôle qu'exerce sur l'exécution des mouvements volontaires cette conscience musculaire a, pour conséquence, l'impossibilité d'exécuter des mouvements tant soit peu compliqués.

Les troubles de la motilité qu'on observe dans les cas d'anesthésie superficielle et profonde des membres n'ont rien de commun avec l'incoordination motrice du tabes dorsalis. Cette incoordination motrice (ataxie spinale) peut exister à un très haut degré, alors que les troubles de la sensibilité superficielle font complètement défaut. Inversement, il peut y avoir anesthésie totale des téguments et des muscles, sans la moindre trace d'incoordination motrice dans les parties correspondantes.

Administration de la morphine par le nez. — M. Carl H. von Klein a administré la morphine par la muqueuse nasale à plus d'une centaine de personnes, avec des résultats très satisfaisants. On divise la dose à prendre en deux parties; on met chaque partie sur le pouce, et on procède comme avec le tabac à priser. L'auteur trouve ce mode d'administration beaucoup supérieur à l'administration par la bouche et par la voie hypodermique. On ne sent aucun goût, et le médicament agit promptement. (*The Therap. Gaz.*)

Fibromes utérins et électricité. — MM. Labadie-Lagrave et L. Reynier donnent, à la suite d'un long travail publié dans la *Médecine moderne*, les conclusions qui suivent :

Il paraît établi par les faits que l'emploi de l'électricité peut rendre des services dans le traitement des fibromes, notamment pour arrêter les hémorrhagies et faire disparaître les symptômes pénibles.

L'électricité paraît être la meilleure ressource dans les cas de fibromes inopérables.

Aucune des méthodes actuellement préconisées ne remplit parfaitement toutes les indications : la méthode des hautes intensités est d'un maniement difficile, elle est dangereuse en cas d'erreur de diagnostic, de manœuvre trop brusque ou inconsidérée, d'antisepsie insuffisante, et dans certaines formes de tumeurs dont le diagnostic exact n'est pas toujours possible. Il serait par conséquent imprudent d'en recommander l'emploi à tous ceux qui n'ont pas une très grande pratique de la gynécologie; ce serait les exposer à des mécomptes, à des insuccès et à des accidents capables de compromettre la vie de malades dont l'affection n'est par elle-même presque jamais mortelle.

La méthode vaginale avec intensités plus faibles, inoffensive jusqu'à présent, n'est pas utilisable dans tous les cas. Elle est à peu près impraticable aux intensités nécessaires chez les femmes jeunes, à cause de l'excitation nerveuse qu'elle détermine. Elle n'a réussi que chez les femmes approchant de la ménopause, période à laquelle le fibrome s'améliore souvent de lui-même; ses résultats sont donc contestables et ne permettent pas encore d'en préconiser l'emploi.

Les divers faits publiés jusqu'à ce jour permettent de se faire une idée plus exacte des indications de l'électricité et des contre-indications de cet agent thérapeutique. C'est en cela que consiste le véritable progrès de la question. La méthode parfaite d'application n'est pas encore trouvée.

Ignipuncture des amygdales. — M. le docteur Moure indique dans la *Revue de laryngologie* le procédé suivant qui permettrait de réduire les amygdales en une ou deux séances :

L'amygdale à brûler ayant été anesthésiée avec une solution de cocaïne (au 1/10e ou au 1/5e), on prie le malade d'ouvrir la bouche le plus largement possible en montrant bien ses dents; alors, avec un simple abaisse-langue, ou un ouvre-bouche *ad hoc*, on déprime fortement la langue sur le plancher de la bouche, mouvement qui fait généralement saillir les amygdales au dehors.

Prenant ensuite le couteau ordinaire du thermocautère, ou un couteau galvanique de grosses dimensions, on le plonge dans la glande hypertrophiée de dedans en dehors, faisant ainsi un sillon profond qui divise l'amygdale dans le haut. Au-dessous de ce premier sillon situé en haut de la loge, on en creuse un second, de manière que la partie comprise entre les deux se trouve sûrement détruite; puis un troisième et si besoin est un quatrième au-dessous. On prescrit ensuite un gargarisme émollient et antiseptique dont voici la formule :

Bromure de sodium . . .	*àà*	6	grammes.
Borate de soude.			
Acide phénique		1	—
Glycérine pure.		50	—
Décoction orge et racine de guimauve		450	—

Pour couper avec moitié eau de guimauve et employer en bains de gorge plusieurs fois par jour.

Le malade garde la chambre de vingt-quatre à quarante-huit heures suivant la saison; et généralement, quinze à vingt jours après, l'on peut faire une deuxième séance ou niveler l'amygdale si elle est suffisamment réduite. Cette dernière ignipuncture superficielle, fort peu douloureuse, guérit rapidement.

Traitement de la blennorrhagie. — M. Balzer, médecin de l'hôpital du Midi, après expérimentation, prescrit presque toujours, aux blennorrhagiques du Midi, la tisane alcaline et l'opiat comme on le faisait autrefois, avec quelques modifications pourtant dans leur composition. Comme tisane, il prescrit une poudre composée de :

Salicylate de soude	10	grammes.
Bicarbonate de soude	30	—
Sucre en poudre.	60	—

Pour dix paquets.

Faire dissoudre un paquet dans une bouteille de limonade au citron qu'on boit entre les repas.

Dans l'opiat, il a introduit aussi le salicylate de soude; il est ainsi composé :

Copahu.	*àà*	30	grammes.
Cubèbe.			
Sous-carbonate de fer		2	—
Salicylate de soude		15	—
Sirop de coings		q. s.	

Faire un opiat dont on prend huit à douze bols par jour aux repas.

Lorsque le mélange est donné suivant les règles bien connues de son administration, on arrive, d'après l'auteur, à des résultats supérieurs à ceux que donnent toutes les autres médications.

M. Balzer utilise cependant souvent les injections; il expérimente en particulier depuis quelque temps un liquide qui paraît assez efficace : c'est le rétinol salolé à 5 p. 100. Le rétinol, on le

sait, est un liquide résultant de la distillation sèche de la colophane, liquide que M. Balzer a beaucoup utilisé dans la pathologie vénérienne. Jusqu'ici, les résultats paraissent très favorables, mais les expériences ne sont pas encore assez nombreuses pour qu'on puisse les regarder comme définitives. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

THÈSES DE PARIS

Traitement de la métrite chronique par le crayon de sulfate de cuivre, par Raphaël Vangeon. — Le traitement des endométrites chroniques par le crayon de sulfate de cuivre constitue une précieuse ressource, même dans les formes les plus invétérées. La douleur qu'il produit est négligeable et n'est pas comparable à celle produite par une laminaire, par exemple. Aucun accident n'est à craindre. Il n'amène ni atrésie, ni sténose. La fonction menstruelle se rétablit normalement après l'opération. C'est un moyen efficace et simple que le médecin sera rapidement compétent à employer.

Le crayon de sulfate de cuivre modifie avantageusement et vite les écoulements liquides muqueux et muco-purulents du col et du corps utérin. C'est dans ces cas que l'on obtient les plus beaux succès. Il améliore toujours, il guérit très souvent les écoulements purulents. Il guérit les métrites hémorrhagiques ou pyo-hémorrhagiques; mais il peut amener parfois des complications.

Le curetage serait seulement préférable, quand il y a complication du côté des annexes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 septembre 1891, ont été promu ou nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Mesnet, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Gougenheim, médecin à l'hôpital Lariboisière.

— A la suite de l'intervention du maire de Marseille, les administrateurs ont retiré les mesures disciplinaires dont ils avaient frappé les internes. Ceux-ci ont immédiatement repris leur service.

— On nous annonce qu'un hôpital va être construit à Tamatave.

— *Empoisonnement par l'aconitine.* — M. le docteur X... a comparu devant le tribunal correctionnel de Saint-Quentin comme inculpé d'homicide par imprudence.

M. X..., appelé le 21 décembre dernier à donner ses soins à Mlle D..., âgée de vingt ans, receveuse des postes, atteinte d'un violent mal de dents, prescrivit un cachet d'aconitine. A peine la pauvre fille eut-elle absorbé le médicament, qu'elle fut prise de coliques terribles. La crise dura quelques heures, et, la nuit suivante, Mlle D... succomba.

Le médecin légiste, qui a fait l'autopsie du cadavre, conclut à un empoisonnement par l'aconitine. Le parquet crut d'abord à une erreur commise par le pharmacien qui avait confectionné les cachets; mais, après l'examen des viscères par un chimiste, il dirigea les poursuites contre le docteur X...

A l'audience, M. le professeur Brouardel a déclaré que la question du dosage de l'aconitine n'est pas encore bien tranchée; qu'en tout cas, si l'on s'en rapporte au Codex, on ne doit se servir que d'aconitine cristallisée.

« Il y a, dit-il, quelquefois confusion dans la préparation, et, par conséquent, un danger énorme, danger qu'au sortir de cette audience, je me ferai un devoir de signaler de nouveau à l'Académie de médecine. »

Le docteur a été condamné à 100 francs d'amende.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 105. — JEUDI 10 SEPTEMBRE 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 10 SEPTEMBRE 1891. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Le phimosis dans l'enfance, ses complications et son traitement. — Hernie inguinale oblique externe chez une fille; étranglement, anus artificiel; guérison. — Campement prolongé et fièvre typhoïde; contribution à l'étude de l'hygiène du campement. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MM. Worms et Germain Sée se sont, de nouveau, appliqués à démontrer qu'il n'y avait pas de pathologie spéciale à la race juive. Le premier a apporté des documents statistiques à l'appui de l'opinion qu'il avait soutenue dans la dernière séance, à savoir que l'épilepsie était peu fréquente chez les juifs. M. G. Sée a cherché, à son tour, à prouver que les juifs n'étaient pas plus que les autres exposés à la lèpre, à l'aliénation mentale et au diabète.

La parole a été donnée ensuite à M. Charpentier pour la lecture d'une intéressante observation de néphrite infectieuse insolite chez une femme en état de puerpéralité. Ce fait présente ceci de particulier que cette femme a été prise des mêmes accidents après deux grossesses séparées par trois ans d'intervalle et que, les deux fois, l'albumine n'est apparue dans les urines que plusieurs semaines après des troubles formidables qui pouvaient donner le change pour une septicémie puerpérale.

La séance s'est terminée par la présentation qu'a faite M. Paquelin d'un nouveau thermocautère perfectionné et d'un chalumeau à essence dont on trouvera la description au compte rendu.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES.— M. DE SAINT-GERMAIN.

Le phimosis dans l'enfance, ses complications et son traitement.

Le phimosis, dans l'enfance, est une affection des plus fréquentes; chez presque tous les enfants, il est difficile de découvrir le gland que le prépuce déborde de 1 ou 2 centimètres. On ne doit toutefois regarder comme vraiment atteints de phimosis, que les enfants chez lesquels il y a non seulement longueur exagérée, mais étroitesse congénitale du prépuce. C'est alors seulement que le phimosis expose à un certain nombre de complications qui justifient pleinement l'intervention chirurgicale. Parmi ces complications, une des plus fréquentes est l'accumulation de matières sébacées, accumulation qui peut entraîner des inflammations et des suppurations, qui peut, surtout par les démangeaisons qu'elle entraîne, devenir une cause de masturbation.

La gêne de la miction est également fréquente; il y a souvent, pendant la miction, une véritable rétention préputiale; l'urine s'accumule dans le prépuce qui se gonfle, se dilate; elle trouve difficilement sa sortie par l'orifice rétréci ou déplacé du prépuce. A côté de cette rétention incomplète, dans le prépuce, la plus commune, on peut même observer des rétentions vésicales. Enfin, soit dans l'adolescence quand surviennent les premières érections, soit dans l'enfance, par suite des manœuvres de masturbation, le phimosis amène souvent une autre complication assez sérieuse, le paraphimosis. Le prépuce une fois ramené en arrière du gland est trop étroit pour pouvoir être replacé dans sa situation normale. L'enfant, craignant les reproches, cache son mal un jour, deux jours, trois jours, jusqu'au moment où l'inflammation et les douleurs qui surviennent le forcent à tout avouer. Le gland est alors tuméfié, le prépuce forme en arrière un énorme bourrelet œdémateux; à la base de ce bourrelet est un sillon constitué par la peau serrée et tendue.

Comme vous aurez souvent occasion de traiter des paraphimosis, je tiens à bien insister sur ce point que la réduction est d'ordinaire possible, même après plusieurs jours. Embrassez vigoureusement de la main gauche la racine de la verge, pressez énergiquement sur le bourrelet muqueux qui, le plus souvent, crève sous la pression. Puis, avec le pouce et l'index de la main droite, refoulez en arrière le gland; parfois vous réussirez mieux en ne vous servant pour ce refoulement que de la pulpe de l'index. Presque toujours vous obtiendrez la réduction. Cette méthode, qui permet de mesurer exactement l'effort déployé, n'expose pas aux accidents : rupture des corps caverneux, rupture de l'urèthre que peuvent produire les tractions aveugles sans refoulement. L'opération est d'ordinaire assez rapide pour que vous puissiez la faire sans chloroforme. C'est surtout si le paraphimosis est le résultat de manœuvres de masturbation qu'il ne faut pas craindre d'opérer sans anesthésie. Le souvenir de la douleur éprouvée vaut mieux, comme correctif moral, que toutes les objurgations possibles. Si vous échouez dans la réduction, fait très exceptionnel, il faut pratiquer trois incisions profondes portant

sur toute l'épaisseur de la peau, l'une sur la partie dorsale du prépuce, les deux autres sur les parties latérales. Grâce à ces incisions, le lendemain, le surlendemain, la réduction devient possible. Mais les hémorrhagies, les déformations cicatricielles qu'entraînent souvent les incisions, sans être autrement graves, doivent tout au moins vous amener à n'employer ce moyen que comme ressource ultime.

Ces diverses complications, la gêne qui résulte du phimosis dans l'âge adulte, sont assez sérieuses pour justifier les opérations dirigées contre cette affection. Vous savez que, chez les juifs, les mahométans, la circoncision est appliquée, de parti pris, à tous les enfants. Les israëlites pratiquent la circoncision au dixième jour de la naissance. J'ai vu deux fois, à la suite de ces opérations vraiment précoces, des enfants hémophiliques atteints d'hémorrhagies très graves, très menaçantes, que j'eus la plus grande peine à arrêter.

Les mahométans ne pratiquent la circoncision que quand le jeune garçon atteint douze ou treize ans, ce qui en diminue beaucoup les dangers. Mais ces circoncisions religieuses n'offrent, au point de vue chirurgical, que cet intérêt historique, d'être peut-être la plus ancienne opération connue.

Des procédés très nombreux ont été proposés pour la circoncision chirurgicale. Presque tous ont pour but de couper la peau et la muqueuse exactement au même niveau. Je ne sais pas s'il n'y a pas dans cette section parfaitement symétrique plus d'inconvénients que d'avantages. La ligne de réunion est plus abrupte, plus dure que quand la muqueuse un peu débordante peut être rabattue sur la peau. Entre tous ses procédés, le plus simple, l'incision dorsale de Ricord, suffit dans un très grand nombre de cas. Ricord introduisait, entre le gland et le prépuce, un bistouri dont la pointe était recouverte d'une petite boule de cire; il s'assurait bien que cette boule était sous la peau, puis, par un mouvement brusque, faisait saillir la pointe et sectionnait le prépuce sur la ligne médiane et sur sa face dorsale. Les deux lambeaux latéraux qui résultent de ce procédé forment deux saillies assez disgracieuses pendant trois à quatre mois, mais ces saillies s'atténuent vite et le résultat esthétique est finalement très suffisant. On peut, d'ailleurs, à la condition de s'attacher à pratiquer à droite et à gauche une section aussi égale que possible et à respecter le frein, faire, après l'incision dorsale, l'ablation de ces deux lambeaux.

Pour la coaptation de la muqueuse et de la peau, on peut employer soit les serre-fines, soit les sutures. Les serre-fines sont d'application facile pendant la fin de l'anesthésie chloroformique, mais il faut les enlever au bout de douze à quatorze heures pour éviter les sphacèles partiels qu'entraînerait leur pression prolongée. Il y a souvent alors une véritable bataille. Les fils, au contraire, permettent d'attendre au dixième jour où l'enfant ne souffrant plus est plus docile. On peut même employer des fils de catgut qui se résorbent seuls. Mais l'application des sutures est plus délicate que celle des serre-fines.

Cette opération ne va pas toujours sans complications. Avant de la faire, il faut, par un interrogatoire minutieux, vous assurer que l'enfant n'est pas hémophilique. Ordinairement, les enfants, grâce à la rétractilité de leurs vaisseaux, saignent à peine dans toutes nos interventions, mais quand ils saignent ils saignent bien. Chez les hémophiliques les serre-fines sont souvent impuissantes à arrêter l'hémorrhagie de la circoncision et il faut appliquer un nombre parfois énorme de ligatures.

La diphthérie de la plaie est une complication plus grave encore. Par un hasard singulier, j'ai vu trois fois en ville cette complication que je n'ai jamais rencontrée à l'hôpital. Deux des enfants guérirent; le troisième, bien que traité également par des badigeonnages répétés au jus de citron, puis par des cautérisations énergiques, succomba à une diphthérie généralisée.

Les complications inflammatoires ne sont pas non plus très rares. Chez un enfant fort indocile qui remuait constamment, se donnait même des coups de talon sur sa plaie, j'ai vu survenir un phlegmon diffus de la verge qui, malgré des incisions profondes, entraîna la mort.

Je préfère donc, d'ordinaire, à la circoncision, une autre opération plus simple, beaucoup plus bénigne, tout aussi efficace dans la grande majorité des cas : la dilatation.

La dilatation du prépuce fut imaginée par Nélaton. Nélaton la pratiquait au moyen du dilatateur à trois branches qu'il ouvrait d'un mouvement brusque. Cette opération donnait lieu à des accidents assez fréquents, en particulier à des ulcérations profondes entraînant des difformités cicatricielles. Elle était à peu près abandonnée quand une expérience bien simple me permit d'indiquer la cause de ces accidents. Essayez de dilater un doigt de gant avec un dilatateur à trois branches : la peau de ce gant craquera en divers endroits; faites la même tentative avec un dilatateur à deux branches : la dilatation se fera sans éraillures. En employant un dilatateur à deux branches, en procédant progressivement d'abord dans le sens vertical puis dans le sens horizontal, je produis une très grande dilatation du prépuce sans érailler, ni la peau, ni la muqueuse. Avant de faire la dilatation, je m'assure bien que le bec de l'instrument est sous la peau et n'a pas pénétré dans le méat. La dilatation faite, j'essaye de découvrir le gland. Il y a le plus souvent des adhérences qu'il faut libérer à la sonde cannelée; puis le gland se découvre facilement, surtout si l'on a soin de bien faire partir la traction de la base de la verge. Le gland est recouvert de vaseline, le prépuce est ramené en avant. L'opération est si simple qu'elle peut parfaitement être faite sans chloroforme.

Huit jours après cette dilatation, il faut, pour maintenir le résultat produit, découvrir de nouveau le gland. Ayez soin de placer l'enfant sur un plan résistant, une table par exemple, pour que ses mouvements soient plus limités et moins gênants. Il faut saisir la verge à la racine, tirer directement sur le fourreau et non chercher à refouler, à déplier le prépuce. J'ai toujours pu de cette façon refouler le prépuce, même chez un enfant qu'on ne m'avait ramené qu'un mois après la dilatation. Il suffit de répéter deux ou trois fois cette manœuvre à intervalles éloignés pour n'avoir pas à craindre de récidives.

La dilatation réussit à tous les âges, aussi bien chez les enfants que chez les adolescents et chez les adultes. Voici sa seule contre-indication. Une fois sur cinquante ou soixante cas environ, vous trouverez la peau du prépuce très épaissie. La dilatation et surtout le décalottement se font alors mal, avec des éraflures, des hémorrhagies. Il faut, dans cette forme exceptionnelle de phimosis, employer la circoncision. Mais presque toujours la dilatation vous donnera, avec des dangers moindres, d'aussi bons résultats.

HERNIE INGUINALE OBLIQUE EXTERNE

CHEZ UNE FILLE; ÉTRANGLEMENT; ANUS ARTIFICIEL; GUÉRISON

Par M. le docteur BÜTTERLIN,
Médecin de l'hôpital de Baume-les-Dames (Doubs).

Mlle R..., âgée de cinquante-huit ans, habitant une commune voisine de Baume, est atteinte depuis plusieurs années d'une hernie inguinale. Le 18 avril dernier, par suite d'un effort, elle éprouva une vive douleur dans l'aine droite; bientôt survinrent des coliques et des vomissements muqueux. J'ai été appelé deux jours après les premiers accidents : j'ai constaté, dans l'aine droite, une tumeur du volume d'un œuf; elle était située au-dessus du ligament de Fallope, dans la direction du canal inguinal, dans lequel elle se prolongeait; elle était resserrée au niveau de l'anneau externe. La malade souffrait beaucoup ; les coliques ont été continuelles; elle vomissait des matières alimentaires qui devinrent ensuite muqueuses. Le ventre était ballonné, absence de selles et de gaz depuis deux jours.

J'ai essayé le taxis, la réduction ne s'opéra point; traitement : bain, application de pommade belladonnée et de glace. Le lendemain, les symptômes alarmants se sont aggravés : vomissement de matières fécaloïdes. J'ai fait dans la hernie plusieurs ponctions avec ma seringue de Pravaz; j'en ai retiré de la sérosité un peu sanguinolente; ayant appliqué une pression légère sur la hernie, qui a fait entendre un bruit de gargouillement, elle rentra. La malade a été soulagée; peu de temps après les symptômes disparaissaient : les vomissements ont cessé, les selles se sont déclarées et la malade entra en convalescence.

Les ponctions dans la hernie étranglée, avec une seringue de Pravaz, ont, dans cette circonstance, produit un excellent résultat et confirment encore une fois deux observations analogues que j'ai publiées, l'une, le 25 mai 1876, dans l'*Union médicale*; l'autre, le 27 septembre 1890, dans le *Concours médical*. Ce procédé, je dois le dire, ne réussit pas toujours; mais il est utile, à mon avis, de l'essayer avant de pratiquer la kélotomie.

Ce que cette observation offre encore d'intéressant, c'est que, vers le milieu du mois de mai, la hernie s'est de nouveau étranglée. Ayant été appelé quelques jours après les premiers accidents, la tumeur était rouge, douloureuse, avec tous les symptômes d'étranglement. Toute médication avait échoué : mes ponctions ne produisirent aucun résultat. L'opération de kélotomie a été proposée à la famille; elle a été systématiquement refusée : le père de la malade, ayant été opéré d'une hernie étranglée, en était mort.

L'état de la malade me paraissait désespéré, et sa mort imminente, quand je constatai, les jours suivants, que la tumeur commençait à s'ulcérer en deux endroits; l'ulcération établie, des matières fécaloïdes et des gaz en sortirent. Les douleurs se sont apaisées un peu, les vomissements ont cessé; la température était à 39 degrés, le pouls petit, fréquent. La malade a pris du lait; le lait, à moitié digéré, sortait par les deux ouvertures avec une couleur jaunâtre et une odeur nauséabonde; lavage des plaies avec de l'eau phéniquée. La peau autour de la tumeur était devenue le siège d'un grand érythème. La malade maigrissait et l'issue me paraissait fatale, quand, à mon grand étonnement, des selles sont survenues, en petite quantité pour commencer. La malade put prendre du lait, du bouillon; une partie des aliments passaient par l'anus artificiel, une autre par le rectum. De jour en jour, la quantité de matières, sortant par l'anus artificiel, a diminué, et le 2 août, une des ouvertures était fermée et l'autre le siège d'un écoulement muqueux. La malade reprend des forces, elle se lève, ses selles se sont rétablies régulièrement et elle entre en convalescence. Il survient de temps en temps encore des coliques, au moment de la digestion.

Cette observation offre un intérêt parce que les hernies inguinales, chez la femme, sont relativement rares; ensuite chez notre malade il y a eu deux étranglements, à intervalle assez rapproché : la première fois la réduction a eu lieu, après ponction de la hernie avec une seringue de Pravaz, la seconde fois, la réduction n'a pu se faire.

La malade s'étant refusée à une intervention chirurgicale, la hernie s'était sphacélée : deux fistules stercorales se sont établies. Au début, les aliments, ayant subi une digestion incomplète, passaient par là; peu à peu la circulation des matières s'est établie par le rectum et la quantité passant par les fistules a diminué insensiblement pour disparaître complètement.

CAMPEMENT PROLONGÉ ET FIÈVRE TYPHOIDE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYGIÈNE DU CAMPEMENT (1)

Par le docteur J. MARTY, médecin-major de deuxième classe.

VII

OBS. VIII. — La fin de l'hiver et le printemps se passèrent sans encombre. Juillet ramena les grandes chaleurs qui retrouvèrent les hommes dans les mêmes conditions que l'année passée. Aussi les mêmes causes produisirent-elles les mêmes effets.

Le 14 août, un premier cas se déclarait, était évacué sur Saïda et succombait. Ce premier cas devenait le point de départ d'une série formant épidémie, comprenant 16 cas se succédant ainsi qu'il suit :

Août.	1 cas.
Septembre.	2 —
Octobre	3 —
Novembre.	9 —
Décembre.	1 —

De nouveau nous dûmes rechercher les causes de cette nouvelle expansion épidémique. De prime abord, il semble qu'elle eut moins d'importance que celle de 1887, mais il y a lieu de faire remarquer que si le chiffre total des cas est moindre, il faut tenir compte de la différence des effectifs présents; en effet, on trouve :

1887 : effectif, 850 hommes, typhiques 38, soit 4,23 p. 100.
1888 : effectif, 430 hommes, typhiques 16, soit 3,67 p. 100.

Ce qui rapproche singulièrement les proportions et, pour nous, il n'est pas douteux que, si le campement n'avait pas été modifié en date du 1er novembre, le pour cent de 1887 aurait été dépassé.

Nous avons dit que nos affirmations sur la nécessité des déplacements périodiques des tentes trouvaient des contradicteurs. Aussi dûmes-nous passer en revue de nouveau les causes accessoires.

L'importation avait des partisans. La typhoïde sévissait à Aïn-Sefra, où se trouvait une compagnie du bataillon. Il courait le bruit que l'hôpital de Saïda était également infecté de typhoïde, d'où une explication possible : un de ces hôpitaux aurait envoyé au Kreider des convalescents sous l'influence typhique, ayant importé l'affection dans le poste. Dans le but de parer à toute éventualité d'apport par ce moyen, on prit la précaution de donner des ordres pour que des tentes spéciales reçussent les sortants des hôpitaux. Ces hommes étaient isolés pendant une période d'au moins huit jours du reste de leurs camarades et surveillés spécialement. Cet excellent système fonctionnait depuis un certain temps déjà quand la typhoïde se déclara et aurait dû permettre de retrouver la voie d'importation si elle avait eu lieu. Or, le résultat fut contraire.

Dans le but de résoudre les diverses objections opposées à notre façon de voir, nous avons recherché si quelqu'un des hommes touchés par l'épidémie avait des entrées antérieures à l'hôpital de Saïda. Un seul en avait une quatre mois auparavant, mais c'est le numéro 10 de la période épidémique et il est inadmissible qu'il ait pu donner naissance à une épidémie ayant contagionné neuf de ses camarades avant de le toucher lui-même.

---

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 965.

Enfin, des renseignements ont été pris pour savoir si, au moment où la fièvre typhoïde débutait au Kreider, l'hôpital de Saïda présentait des malades atteints de cette affection. La réponse de M. le médecin chef fut qu'en 1887 et 1888, les deux premiers malades atteints de fièvre typhoïde dans la saison d'été venaient du bataillon et que, en conséquence, il était impossible que l'hôpital eût pu la faire naître dans le bataillon par les sortants.

A ce moment, nous provoquâmes une nouvelle analyse de l'eau de boisson. Cette analyse donna un excellent résultat.

Nous ne répéterons pas ce qui a été dit de l'alimentation, de l'acclimatement, de l'âge des hommes, de la contagion, des fatigues, des soins hygiéniques, de la nappe d'eau souterraine.

Il est à remarquer, au point de vue de l'encombrement, qu'au moment où l'épidémie se déclara, c'est-à-dire au mois d'août, l'effectif des présents au Kreider était très limité et qu'il n'est pas possible d'admettre, pour cette période épidémique, l'influence d'une cause n'existant pas.

L'influence de l'insolation excessive a été analogue à ce qu'elle avait été en 1887 et a pu aider au développement épidémique. Mais, pour arriver à sa vraie cause, c'est encore à l'infection qu'il faut s'adresser et, pour cela, l'étude du développement des cas dut encore être faite.

Cette étude montra d'abord que la basse redoute, qui ne contenait pas de tentes, est restée indemne. Les baraques mêmes n'ont pas été touchées.

Il semble encore, pour le reste du casernement, que l'influence typhique ait été générale. Les baraques ont donné quelques cas, les tentes en ont donné de leur côté. Cette fois, les deux premiers cas se sont développés dans le camp et, comme précédemment, c'est parmi les hommes campés que l'affection a frappé surtout.

Il est à remarquer qu'à ce moment, le camp était peu considérable. En effet, en juin, à la suite du départ de 800 hommes pour la Tunisie, où se préparait la formation du 4e bataillon, toutes les tentes laissées disponibles par les partants avaient été abattues, mais treize étaient restées à demeure, avec dix hommes par tente presque partout.

Les conditions hygiéniques, au point de vue des tinettes mobiles, n'avaient pas varié. Elles arrivèrent seulement en fin novembre.

Les causes d'infection étaient donc les mêmes que pour la seconde épidémie, et nous ne croyons pas devoir les répéter ici. Il reste à préciser dans quelle mesure l'affection a prédominé parmi les hommes campés et, pour cela, on doit distinguer, dans le développement de l'épidémie, deux périodes distinctes : la première va depuis le 14 août jusqu'au 1er novembre; la deuxième, du 1er novembre au 1er décembre.

Pendant la première période, on trouve les chiffres suivants :

430 présents, 6 cas.

Le camp (treize tentes citées plus haut) donne les premier, deuxième, quatrième, sixième cas.

Les baraques donnent les troisième et cinquième.

Proportion p. 100 :

Campés 130, 4 cas; soit 3 p. 100.
Baraqués 300, 2 cas; soit 0,6 —

En date du 1er novembre, divers départs ayant fait encore baisser l'effectif, les tentes furent toutes abattues, étant devenues inoccupées. A partir de ce moment il se produisit encore des cas de typhoïde, dans les baraques, et cela jusqu'à la fin du mois. D'où une deuxième période de l'épidémie, comprenant dix cas.

Nous fîmes une enquête en précisant, pour chacun de ces dix cas, les parties du casernement qu'ils avaient antérieurement habitées, et cette enquête démontra que, sur ces dix hommes frappés, sept avaient couché sous les tentes jusqu'au jour où on les avait abattues, et les trois autres n'y avaient pas couché.

Nous avouons qu'il nous semble infiniment probable que ces sept hommes contractèrent, sous les tentes, le germe de l'affection.

On voit de combien cette vérification surcharge le rôle nocif du camp.

Ainsi donc, nous arrivons à des conclusions analogues aux précédentes. Dans cette troisième épidémie, le développement épidémique a été bien plus rapide dans le camp que dans les baraques, et, comme cause, nous trouvons l'infection, créée par suite du séjour de l'homme, intense et produite rapidement, surtout sous la tente. Celles-ci sont abattues, quelques cas se déclarent encore, puis tout disparaît, même dans le casernement.

Sans la disparition des tentes, en date du 1er novembre, étant donné l'importance du chiffre des hommes campés qui ont été touchés par rapport à leur petit nombre, nul doute que de nouveaux cas n'eussent été à déplorer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 septembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'Intérieur, donnant des renseignements sur l'épidémie de grippe qui a sévi en Roumanie, en 1890;

2° Une note de M. le docteur Ch. Fiessinger (d'Oyonnax), sur une épidémie de diarrhée estivale à Oyonnax;

3° Une note de M. le docteur H. Bidon (de Marseille), sur un cas d'amnésie post-éclamptique;

4° Un travail de MM. E. de Renzi et E. Reale (de Naples), sur l'origine et le traitement du diabète sucré.

DISCUSSION SUR LA PATHOLOGIE DES JUIFS

M. Worms a dit, dans la dernière séance, que ses souvenirs ne lui rappelaient que des cas très rares d'épilepsie vraie pendant les onze années de soins donnés aux malades de l'hôpital israélite de Rothschild. Après cette expérience et celle de sa pratique privée, il pensait que cette affection n'était pas plus fréquente chez la race juive que dans la population en général et, à l'appui de cette assertion, il apporte des documents précis.

Dans la période de vingt-cinq ans, de 1865 à 1890, et durant sa gestion médicale; celle de seize ans de M. le docteur Leven, de 1875 à 1889; celle de M. le docteur Weill, depuis deux ans, il n'a été observé que 77 cas d'épilepsie vraie sur 26591 malades traités à cet hôpital. C'est une faible proportion, si on la compare à celle du nombre d'épileptiques qui se rencontrent dans les grandes agglomérations administratives ou ouvrières. Les médecins, chargés de ces genres de service, savent qu'ils y sont relativement assez fréquents.

Le professeur Oser, médecin de l'hôpital israélite de Vienne, depuis vingt ans, affirmait aussi que l'épilepsie n'est pas plus fréquente, etc., etc.

A la Salpêtrière, pendant treize ans, on n'a relevé que trente-neuf cas d'épilepsie chez des israélites.

A Bicêtre, on n'a pas dû être frappé de leur prépondérance, puisque M. le docteur Féré, chargé du service, dans son récent traité sur l'épilepsie et des épileptiques, ne signale, en aucune façon, l'influence étiologique de la race juive.

Une autre source d'information, la plus importante de toutes (car dans les familles, par un préjugé enraciné, on cache les cas d'épilepsie), celle de la pratique privée des nombreux médecins qui ont répondu à son appel est absolument concluante, quant à la rareté de l'épilepsie chez les juifs.

Si donc à Paris, où la population juive est actuellement de 43556, rien de particulier n'a été remarqué à cet égard, ni à l'hôpital israélite, ni dans les établissements affectés aux épileptiques, ni dans la pratique des médecins qui soignent beaucoup de familles juives, on peut déclarer hautement que la légende, d'après laquelle l'épilepsie serait plus fréquente chez les juifs, se trouve réduite à néant.

Si cette prédominance n'existe pas pour l'épilepsie, elle est indéniable pour d'autres névropathies et pour quelques formes morbides dérivant de l'arthritisme. Ainsi, d'après M. Charcot, dont l'expérience incomparable repose sur des faits observés dans tous les points du globe, les juifs, qui ne lui paraissent pas prédisposés plus que d'autres à l'épilepsie, le sont, comme M. Worms a pu l'observer aussi, aux neurasthénies, à l'hystérie, au tabes, à la goutte et au diabète.

Une seconde légende, plus grave, s'est hasardée dans l'enceinte de l'Académie, celle d'une prétendue propension des juifs à une existence facile, à la poursuite exclusive de la richesse et du bien-être.

Les faits et les chiffres la démentent de la façon la plus complète et démontrent l'injustice et l'inanité de cette allégation.

Sans parler du mouvement scientifique pur ou appliqué, du développement artistique et littéraire auquel les israélites participent largement en France, il faut noter l'élan, tout particulier, qui les porte vers la carrière militaire, où l'on trouve l'honneur et la dignité, mais non la richesse ou le bien-être, ni même la certitude de vivre longtemps.

Il peut paraître hors de propos, dans un pays politiquement uni comme la France, et où les droits sont égaux pour tous les citoyens, de parler des juifs plutôt que des Picards, des Bretons, des Provençaux et des Basques. Mais puisqu'on se trouve en face d'un tel problème de démographie psychique, un simple chiffre suffira pour le résoudre.

L'armée active comprend, d'après l'*Annuaire militaire*, de 1891, environ 25 000 officiers combattants et assimilés. Sur ce nombre, on trouve les noms de 222 officiers israélites de la première catégorie, ceux de 43 de la seconde, soit un total de 265, ensemble 1/94. Le dernier recensement de la population juive, en France (mai 1891), indique qu'elle est de 67 850 âmes, soit 1/560 de l'ensemble de la population recensée à 39 millions environ.

Cette proportion n'est assurément pas en défaveur de ceux qu'on prétend enclins, suivant la légende précitée, de n'aspirer ici-bas qu'aux biens les plus tangibles.

Si l'on veut, malgré tout, persister à s'occuper en France de ce qui, au point de vue démographique, est propre au sang juif, reconstitué au souffle de la liberté, c'est à l'armée, où est la Patrie, qu'il conviendra dorénavant d'aller l'étudier principalement.

M. LAGNEAU, malgré les objections de MM. G. Sée et Worms, persiste à croire que les affections nerveuses et mentales, sont plus fréquentes chez les juifs.

Plusieurs médecins, en Danemark, en Prusse, en Hanovre, en Silésie, en Bavière, en Wurtemberg, en Amérique, ont montré que la proportion de ces maladies était plus élevée d'un quart ou de moitié chez les juifs. D'ailleurs, cette proportion élevée paraît tenir moins à leur race, qu'à leur vie urbaine, à leurs préoccupations commerciales et à leurs occupations cérébralement laborieuses. Ils subissent les conséquences d'une tension intellectuelle, qui souvent les mène aux plus hautes situations.

Zambaco rapporte qu'à Constantinople la lèpre ne s'observe que chez quelques descendants de juifs venus d'Espagne, qu'elle ne se montre chez aucun autre habitant de Constantinople.

Les juifs d'Espagne descendent des véritables juifs de la Judée, tandis que certains juifs karaïtes, en particulier ceux de Crimée, descendent des Khazares et autres peuplades de race batave ou finnoise qui adoptèrent le judaïsme vers le milieu du VIIIe siècle. Les juifs espagnols de race syro-arabe continuent à être parfois atteints de lèpre comme leurs ancêtres de Palestine. Les karaïtes de la Crimée de race finnoise ne sont pas atteints de cette hérédité morbide.

M. JAVAL rappelle qu'on a soutenu que la croyance à une vie future était actuellement aussi répandue parmi les juifs que parmi les chrétiens. Il faut, cependant, bien admettre que, ni dans le Décalogue, ni dans le Pentateuque, il n'est question de récompenses et de peines dans un autre monde.

Très souvent, au contraire, dans la Bible, il est dit que les bons seront récompensés et que les méchants seront punis dans leur postérité, c'est-à-dire sur cette terre.

Il n'est donc pas téméraire d'admettre que, par tradition, les juifs tiennent à observer l'hygiène, qu'ils désirent faire souche de nombreux descendants et qu'ils apportent un soin particulier à l'éducation physique et intellectuelle de leurs enfants.

M. G. SÉE réfute les opinions qui ont été émises dans cette discussion sur la pathologie juive. M. Lagneau accorde aux sémites trois maladies : 1° l'épilepsie ; 2° l'aliénation mentale ; 3° le diabète.

En ce qui concerne l'épilepsie, M. Worms vient de démontrer qu'elle n'était pas plus fréquente chez les juifs que dans les autres races.

On trouve dans l'ouvrage de M. Bordier sur la pathologie comparée des espèces la phrase suivante : « Dans la race blanche, les israélites ont pendant longtemps passé pour avoir une réelle immunité vis-à-vis de la peste et pour être moins souvent que les autres hommes frappés par la foudre... », et plus loin : « Le tænia est rare parmi eux, et cela tient uniquement à leur habitude de ne pas faire usage de la viande de porc. Le croup et le goître sont rares chez les juifs. »

Le diabète, disait M. Bouchardat, est, au contraire, fréquent chez eux ; quant à M. Bordier, il ajoute : « Ils semblent avoir une aptitude réelle à la musique et à l'aliénation mentale. »

C'est là la doctrine invoquée par M. Lagneau.

En ce qui concerne le diabète proprement dit, les statistiques deviennent plus sérieuses, il en est jusqu'à trois qui méritent une discussion. Ce sont celle de Frerichs, celle de Seegen et celle de M. Bouchard.

Sur 400 diabétiques, Frerichs compte 100 israélites, c'est-à-dire 25 p. 100 ; mais il faut savoir que c'est la confession juive qui domine dans la clientèle de Frerichs ; il est, en effet, le médecin de toute la Judée allemande, de sorte qu'il a vu tous les diabétiques juifs sans connaître la proportion des diabétiques des autres confessions.

La statistique de Seegen, également de 25 p. 100, est expliquée par lui-même ; les diabétiques sémites se soignent mieux que les autres et se rendaient religieusement à Carlsbad, où Seegen ne manquait pas d'être consulté.

Quant à M. Bouchard, il a seulement constaté que c'était surtout dans les classes sociales privées d'exercice corporel, que l'on observait, le plus souvent, le diabète ; cela est exact, mais tous les juifs ne sont pas gens de comptoirs, ils ne sont pas adonnés du tout aux plaisirs de la table. Si M. Bouchard avait tenu à établir une statistique raisonnée, il aurait dû comparer les juifs et les chrétiens, placés dans les mêmes conditions, c'est-à-dire inactifs au point de vue musculaire, actifs au point de vue cérébral et vivant confortablement.

On peut dire qu'actuellement, il existe trois théories du diabète : la première, solidement assise, repose sur la surproduction du sucre par le foie ; une deuxième, très ébranlée, est caractérisée par le défaut d'utilisation du sucre par les tissus, c'est-à-dire par une nutrition ralentie ; la troisième fait jouer au pancréas le rôle principal dans la production de la glycosurie.

Sans entrer dans les détails d'une discussion relative à ce sujet, et s'en rapportant aux statistiques invoquées plus haut, M. Sée admet que le juif, comme le chrétien, est prédisposé au diabète gras, nerveux ou plutôt bulbaire, diabète qui ne tient pas à l'abus de la nourriture, qui n'est que rarement d'origine psychique et, par conséquent, qui n'est que difficilement attribuable à la nervosité judéo-chrétienne.

Une dernière considération est relative à l'extrême fréquence de la tuberculose chez tous les diabétiques, les deux cinquièmes en meurent ; de plus, les deux maladies alternent dans la même famille.

Il semble ressortir de cette discussion que la pathologie dite spéciale de la race juive disparaît totalement ; elle n'est ni épileptique, ni aliénée, ni diabétique ; la race juive reste une race douée d'une forte dose de psychologie et d'une résistance morale

et physique qui ne la rend pas seulement apte à la musique et à l'aliénation, comme on l'a dit plaisamment, mais qui lui a permis de se façonner à toutes les civilisations et de se prêter à tous les progrès intellectuels.

COMMUNICATION

Néphrite infectieuse puerpérale. — M. CHARPENTIER a observé récemment chez une jeune femme, à la suite d'un accouchement fait dans les conditions les plus favorables, des accidents qui méritent d'être rapportés. Après un premier accouchement en 1888, cette femme avait eu des accidents de septicémie puerpérale guéris après un curetage utérin. Huit jours après un second accouchement, le 28 juin dernier, est apparu un grand frisson avec claquement de dents qui dura de trente à quarante minutes, frisson qui fut suivi d'une transpiration abondante.

De nouveaux frissons se montrèrent les jours suivants, toujours suivis de transpiration et accompagnés d'une élévation notable de température. L'utérus et les annexes, après un examen minutieux, ne présentaient rien d'anormal. Le cœur et les poumons paraissaient sains. Aucune trace d'albumine dans les urines.

La brusque apparition des accidents avait fait penser à une infection puerpérale; mais les injections intra-utérines avec du sublimé, le curetage de l'utérus, pratiqué sur la demande de la malade, malgré qu'il ne fût pas indiqué, restèrent sans résultat.

Durant six semaines, les accidents apparurent avec la même intensité et les mêmes caractères : frissons, sueurs, fièvre. Le diagnostic resta indécis, et ce n'est qu'après cette période que se montrèrent de nouveaux symptômes qui firent penser à une néphrite infectieuse. La malade, dont l'état général était satisfaisant dans l'intervalle des crises (la température qui, généralement, oscillait entre 38 et 39 degrés, descendait parfois à 37 et même au-dessous), fut prise de dyspnée et de vomissements, que M. Duguet rattacha à une néphrite infectieuse. L'intégrité de tous les organes, reconnue après un examen attentif, ne permettait ni de porter un autre diagnostic ni d'affirmer celui-ci.

L'évolution de la maladie confirma le diagnostic de néphrite, l'albumine apparut dans les urines, et, après un régime lacté exclusif, une amélioration dans l'état général et dans l'état local ne tarda pas à se manifester (diminution de la quantité d'albumine, disparition des vomissements).

Aujourd'hui, la malade reste albuminurique, mais tout danger immmédiat de mort est écarté.

Cette observation présente des particularités à signaler. Comment expliquer les frissons présentés par la malade? L'examen des annexes est resté toujours négatif. L'apparition tardive de l'albuminurie n'est pas fréquente dans une néphrite. Ce dernier diagnostic semble cependant le seul qui puisse être porté.

Dans les recherches qu'il a faites sur ce sujet, M. Charpentier n'a rencontré aucun cas qui puisse se rapprocher de celui qui vient d'être relaté.

M. TARNIER fait observer que, dans le cas cité par M. Charpentier, l'albuminurie n'est apparue que six semaines après des accidents fort graves. Il est donc difficile de mettre ces accidents sur le compte de la néphrite infectieuse et il paraît plus logique d'admettre qu'il s'agissait plutôt d'une septicémie ou d'une fièvre purulente qui s'est plus tard compliquée de néphrite.

M. CHARPENTIER comprend d'autant mieux l'objection de M. Tarnier que lui-même n'avait pas porté le diagnostic de néphrite infectieuse, mais bien celui de fièvre purulente de forme insolite.

Ce n'est qu'à l'apparition de l'albuminurie qu'il a admis le diagnostic de néphrite infectieuse et qu'il y a rattaché les accidents observés, diagnostic qui avait été porté par M. Duguet, avant même l'apparition de l'albumine dans les urines. Il ajoute que, d'ailleurs, il s'agissait pour lui d'une forme insolite; c'est pourquoi il a ainsi intitulé son observation : « Néphrite infectieuse de forme insolite. »

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Thermocautère perfectionné. — M. PAQUELIN fait une communication sur une nouvelle disposition perfectionnée du thermocautère de 1876.

Dans la nouvelle construction, le cautère et son manche sont réduits à de telles dimensions qu'on peut se servir de l'outil comme d'un crayon et que celui-ci se prête aux opérations les plus variées, petites et grandes. Le manche reçoit de la soufflerie un jet d'air réfrigérant; les produits de la combustion sont rejetés au delà de la main de l'opérateur; l'un d'eux, la vapeur d'eau, est utilisé, dans l'emploi des gros cautères, comme agent de réfrigération; toutes conditions qui permettent de tenir la main à très grande proximité du champ opératoire.

Le carburateur est en métal, il est concave-convexe, de manière à s'adapter à la forme du corps et à puiser à son contact une température constante. Le liquide combustible y est emprisonné dans des éponges, ce qui le rend inversable. A l'aide d'un robinet doseur-mélangeur, on peut mouvementer ou fixer à volonté l'incandescence du cautère. Des anneaux pinces servent, en cas de grippement, à séparer le cautère de son manche. La soufflerie, poire de Richardson, porte un bourrelet en avant de sa poche régulatrice, lequel s'oppose aux temps d'arrêt de l'appareil.

On n'emploie qu'une seule espèce de combustible, l'essence minérale, plus de lampe à alcool. Enfin, un chalumeau d'un nouveau genre permet de décrasser l'outil sur-le-champ (1).

Le nouvel instrument a de nombreux avantages sur l'instrument primitif : régulation de l'incandescence du cautère sans aucun artifice de soufflerie, simplification et précision plus grande dans le fonctionnement et dans le maniement; applications chirurgicales plus nombreuses et plus faciles; sécurité pour l'opérateur et pour le patient; dérangements moins fréquents; décrassement sur place du cautère; grande économie de construction.

Chalumeau à essence minérale. — M. PAQUELIN présente, en outre, un nouveau chalumeau à essence minérale.

L'appareil comprend trois organes essentiels : le chalumeau proprement dit, un carburateur, une soufflerie à double vent.

Le chalumeau est formé d'un seul tube, comme le chalumeau à bouche des bijoutiers. Le bec a ceci de caractéristique, qu'il émet deux sortes de flammes : une flamme centrale, à pointe très effilée, et de petites flammes latérales, en forme de pétales ou de couronne suivant la direction de leurs canaux, ces dernières servant à amorcer la première et à en entretenir l'activité.

Le carburateur sert à trois usages : 1° à mélanger air et vapeurs d'essence en quantités variables à volonté; 2° à dépouiller le combustible de tous ses éléments utilisables; 3° à régler à volonté la longueur de la flamme du chalumeau. Ces résultats sont obtenus simultanément au moyen de deux robinets et d'un saturateur. L'un des robinets, dit doseur-mélangeur, a une structure spéciale; l'autre est de type courant.

Le doseur-mélangeur, en raison de la double canalisation de son boisseau et de la rainure oblique de sa clef, distribue l'air de la soufflerie, partie à l'intérieur du carburateur, partie directement au chalumeau, de façon à modifier le mélange au gré de l'opérateur.

Le saturateur présente deux dispositions : ou bien c'est un tube plongeur, dit bourbouilleur, à extrémité inférieure recourbée, terminée en cul-de-sac et percée de trous horizontaux alternants; ou bien c'est un injecteur pulvérisateur dit système Giffard, par exemple. Dans le premier cas, l'air qui est distribué au carburateur est porté directement jusqu'au fond et dans toute l'étendue du liquide combustible; dans le second cas, il pulvérise le liquide, en vase clos, en même temps qu'il s'imprègne de ses vapeurs.

En tournant progressivement la clef du robinet doseur-mélan-

(1) Il est à noter que l'on peut, avec le dispositif actuel, utiliser les anciens cautères.

geur, on arrive aisément à réaliser les conditions d'une parfaite combustion; c'est ce dont on est averti par l'aspect même de la flamme. Celle-ci, d'abord largement teintée de blanc et fuligineuse, va s'épurant jusqu'à devenir d'un bleu violet et d'une grande limpidité. A ce point, elle a son maximum d'intensité calorifique (1).

En ouvrant plus ou moins le deuxième robinet, qui est de type ordinaire, on allonge ou on raccourcit à volonté la flamme.

En modifiant les rapports entre la section de l'orifice central du bec et celle de ses trous latéraux d'amorçage, on obtient des flammes de diamètres différents, depuis 1 millimètre à la base jusqu'à 3, 4 millimètres et au delà.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les traitements de la tuberculose, d'après l'état actuel de la science (2), par M. J. GORGON.

Dans une savante introduction, l'auteur démontre que la phthisie est un des plus terribles fléaux qui affligent l'humanité. A Paris, on compte tous les ans 12000 à 15000 décès par phthisie et 18000 dans toute la France, autant en Angleterre, 230000 en Allemagne, 400000 en Russie, 500000 aux États-Unis, etc. Il faut donc, comme l'indique l'auteur, que le climat et la médication transforment nos éléments anatomiques et les rendent inaptes à contracter la tuberculose.

L'ouvrage étudie les stations sanitaires, les eaux minérales, les sanatoria.

Formulaire magistral (3), par BOUCHARDAT.

La vingt-neuvième édition du « Formulaire magistral » de Bouchardat vient de paraître, ce qui représente, depuis quarante ans, la mise en circulation de plus de 200000 exemplaires de ce livre reconnu indispensable par tous les médecins et pharmaciens.

Cette nouvelle édition, outre les formules classiques consacrées par un long usage, renferme l'indication et le mode d'emploi des agents si intéressants qui ont enrichi dans ces dernières années les ressources de la thérapeutique, notamment des hypnotiques, des antithermiques et des antiseptiques de la classe des carbures, des phénols et des composés iodés.

Nous rappelons qu'au formulaire sont joints de nombreux renseignements hygiéniques et thérapeutiques, et comme nouvelle addition, nous citerons pour cette édition la liste des mets permis aux glycosuriques, dressée par Bouchardat. Cette liste, très recherchée des diabétiques, n'existait que dans le *Traité du diabète*, du même auteur, et se trouvera mise ainsi à la portée d'un public plus nombreux.

(1) Un petit amas de fils de platine d'un demi-millimètre, exposé entre deux flammes pointe à pointe, la soufflerie fonctionnant à toute vitesse, a subi un commencement de fusion. Or, suivant M. Debray, le platine fond à 1800 degrés.

(2) Un fascic. in-18. Prix : 5 fr. 50. — Paris, G. Masson.

(3) In-18. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

— Par décret, en date du 4 septembre 1891, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Bon.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 106. — SAMEDI 12 SEPTEMBRE 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 12 SEPTEMBRE 1891. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Variétés et traitement du pied plat et du pied valgus, par G. PHOCAS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. — Campement prolongé et fièvre typhoïde; contribution à l'étude de l'hygiène du campement. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Variétés et traitement du pied plat et du pied valgus.

Par G. PHOCAS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

A côté du pied plat valgus douloureux, appelé tarsalgie des adolescents par Gosselin, il existe d'autres variétés du pied valgus intéressantes à connaître.

Dans cette Revue, nous avons l'intention d'exposer ces variétés. Nous mettrons à contribution pour cela la plupart des travaux connus et quelques observations personnelles.

Le traitement opératoire du pied plat valgus des adolescents, récemment préconisé parmi nous, donne à cette étude un certain intérêt d'actualité.

I

Le pied valgus est caractérisé par le renversement du pied en dehors. Il est synonyme d'abduction et de rotation externe du pied, de pronation des auteurs allemands. La déviation du pied en valgus est souvent accompagnée de *pied plat*. Mais les deux variétés peuvent se rencontrer séparément.

Le pied valgus et plat est congénital ou acquis. Parlons d'abord de la variété *congénitale*. Le valgus congénital est rarement simple; en général, il est associé au *talus*, c'est-à-dire à la flexion plantaire. Pour en donner une idée, je citerai l'observation suivante : un nouveau-né, bien portant d'ailleurs, présente les deux pieds dans une position telle que la pointe se dirige en dehors, le talon en dedans; le dos du pied est à une courte distance de la face antérieure de la jambe. Au niveau du bord interne du pied, on trouve deux saillies formées par la tête de l'astragale et le tubercule du scaphoïde. Pendant les contractions, l'abduction du pied, le renversement du bord interne et la flexion s'accentuent à tel point que le dos du pied touche la jambe. Cet exemple typique est en tout conforme à la description que Küstner a donnée de cette variété de pied-bot. Il faudrait ajouter que le dos du pied est quelquefois le siège de plis cutanés.

Le pied valgus congénital est assez rare. Sur 764 cas de pied talus, Adams ne compte que 42 cas de talus valgus : 15 fois le pied droit était intéressé; 10 fois le gauche et 17 fois la difformité était bilatérale. L'association du talus valgus d'un côté avec le talus varus de l'autre côté a été aussi observée.

On attribue communément la production de ce pied bot à une position vicieuse intra-utérine (Volkmann, Leicke). Bouvier signale, comme un fait assez commun, l'absence de l'un ou des deux orteils. Sur l'une des pièces qu'il eut entre les mains, le péroné faisait défaut. Dans des cas plus récents de Wagstaffe (1) et Mensel, l'absence du péroné a été signalée.

Le pied bot valgus congénital reconnaît, comme le varus, une origine osseuse. Le calcanéum regarde en bas par sa voûte. La malléole externe touche la face externe du calcanéum. Le scaphoïde est subluxé en dehors et en haut sur l'astragale qui fait saillie, et le cuboïde subit la même subluxation par rapport au calcanéum. Le poids du corps tombe sur la malléole, le calcanéum et le scaphoïde. La plante du pied devient plate et quelquefois convexe. Dans un cas de Holl (2), il existait une union congénitale entre le calcanéum et le scaphoïde. Sur une pièce déjà ancienne d'Isambert (3), le pied valgus semble dû à la rétraction des jambiers et de l'extenseur des orteils. La simple subluxation de l'astragale explique, comme nous le verrons plus loin, non seulement la déviation en valgus, mais encore l'aplatissement de la voûte.

Cependant le *pied plat* peut exister sans qu'il soit accompagné de valgus. Il peut être congénital ou acquis.

Des relevés de Küstner, il paraît résulter que le pied plat est souvent congénital (4).

La statistique de M. Chauvel (5) montre aussi que la conformation du pied est surtout affaire de race.

L'anatomie pathologique du pied plat est peu connue.

---

(1) WAGSTAFFE. *Journ. of Anat. and Phys.*, 1872.
(2) HOLL. *Langenbeck's Arch. f. Klin. Chir.*, t. XXV, p. 925.
(3) ISAMBERT. *Bull. de la Soc. anat.*, 29e année, p. 248.
(4) Küstner a trouvé 8.6 p. 100 d'enfants nouveau-nés atteints de pieds plats.
(5) CHAUVEL. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 148. — Dans une période de sept ans, la Bretagne a fourni le plus d'exceptions du service militaire que les autres provinces. Le Nord en a fourni le moins.

Rognetta, cité par M. Dubreuil (1), en disséquant un pied plat, a constaté que la tubérosité postérieure du calcanéum était très courte, très mince et déjetée en dedans, ainsi que le tendon d'Achille. Le corps du calcanéum était plus court et plus mince qu'à l'état normal et ses facettes articulaires étaient moins prononcées. La tubérosité antérieure participait à l'atrophie générale de l'os et était dirigée en dedans. Le scaphoïde et le cuboïde avaient subi un mouvement de rotation en dedans sur leur axe antéro-postérieur. Les cinq os antérieurs du tarse avaient perdu de leur longueur et de leur épaisseur. Rognetta a noté en outre le relâchement des ligaments du tarse qui permettait aux os une mobilité anormale.

Lacour, sur un pied plat ayant appartenu à un sujet déjà avancé en âge, a trouvé que la tête de l'astragale était déprimée du côté externe, ce qui changeait la direction de l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

Le pied plat, s'il n'est pas compliqué de phénomènes douloureux, ne constitue pas une infirmité. M. Tillaux a cité l'exemple d'un excellent marcheur qui avait un pied plat.

Le pied plat peut être acquis. Dans ces conditions, il est fréquent chez les paysans, au dire de M. Le Fort, qui attribue sa fréquence à l'absence habituelle de chaussures. C'est par le même mécanisme de surcharge osseuse que peuvent s'expliquer les pieds plats observés chez des individus robustes et pourvus d'un certain embonpoint. D'après Kœnig, il ne serait pas rare d'observer cette mauvaise conformation du pied chez des femmes qui prennent rapidement de l'embonpoint et qui marchent sur un terrain montagneux.

La variété *rachitique* du pied plat est très connue. On l'observe chez les enfants. Il peut persister à l'âge adulte et s'accompagne souvent de genu valgum. La flexibilité des os rachitiques explique suffisamment sa production. Le rachitisme a été incriminé par Billroth (2), Fischer (3), Albert, Kœnig (4).

A côté de la variété de pied plat acquis, plaçons la variété de pied-bot *valgus* acquis, qui peut être pur ou associé au pied plat.

Les traumatismes (fractures et luxations du tarse et des malléoles) peuvent être suivis de la production du valgus, mais ce sont surtout les lésions *musculaires* qui lui donnent naissance. C'est ainsi que le pied valgus peut être la conséquence d'une paralysie infantile. L'exemple suivant en donnera une idée. Une jeune fille de quinze ans est venue nous consulter à l'hôpital pour un pied valgus. La difformité existe depuis dix ans ; elle n'a fait que s'accentuer dans la suite. Pendant la marche la jeune fille boite légèrement et déjette le pied en dehors. Au repos, le pied gauche paraît légèrement creux ; il s'aplatit pendant la marche et son empreinte est celle du pied plat. Un léger degré d'équinisme ne permet pas la pose du talon par terre ni la flexion du pied à angle droit. La malade, invitée à fléchir le pied sur la jambe, contracte surtout l'extenseur propre du gros orteil ; bientôt le pied se déjette en dehors par la contraction des péroniers. La jambe est atrophiée. Un méplat marque la place normale du jambier antérieur. La contractilité faradique est perdue pour l'extenseur commun des orteils et pour le jambier antérieur ; elle persiste au niveau des péroniers et du triceps sural. La succession des phénomènes pathologiques est facile à reconstituer. Le jambier antérieur ayant été frappé d'atrophie, ainsi que l'extenseur commun des orteils, les muscles antagonistes (triceps sural et péroniers latéraux) sont devenus prépondérants. Il en est résulté l'équinisme et surtout le valgus.

Le pied n'était pas douloureux dans l'observation précédente. Mais, quand il existe des contractures, la douleur apparaît et le pied valgus ou plat *spasmodique* constitue ainsi une classe à part. Dans certains cas de valgus observés chez des jeunes filles, M. Verneuil a pu mettre en évidence le spasme des péroniers en faisant cesser la contracture à l'aide de pulvérisations éthérées de la région péronière. Nul doute que, chez notre malade, les douleurs n'eussent apparu pour peu qu'elle se fût exposée à des stations prolongées et à des marches forcées. C'est ainsi que les choses se sont passées dans une observation de M. Dubreuil. Un gendarme, âgé de cinquante ans, atteint d'un double pied plat congénital, voit son pied gauche devenir subitement douloureux. Ses fonctions l'ayant obligé à une longue station debout, le muscle jambier antérieur fut frappé de contracture et au pied plat congénital a succédé le pied plat douloureux ; de même le pied valgus congénital peut devenir, à un certain moment, douloureux et simuler la tarsalgie des adolescents.

Ce n'est guère que dans la variété précédente qu'on a pu observer le pied valgus complètement dissocié du pied plat et qu'on a pu décrire le pied valgus creux, dû à la contracture du long péronier latéral (Duchenne).

Il est rare, au contraire, de voir le pied valgus n'être pas accompagné de pied plat dans les *variétés pathologiques*. Dans cette classe rentre une pièce présentée par P. Broca (1) à la Société anatomique et provenant d'un sujet de vingt ans amputé. Dans le col de l'astragale se trouve un séquestre en voie d'élimination dans une cavité tapissée par une fausse membrane. Le scaphoïde est aussi malade.

J'ai moi-même (2) relaté l'histoire d'un enfant atteint d'un pied plat valgus, avec des signes évidents d'ostéite tuberculeuse de l'astragale et du scaphoïde. La résection des parties malades a été faite.

Dans ces conditions deux interprétations sont admissibles. Le pied bot a préexisté à l'éclosion de l'ostéite. Broca s'est posé la question à propos de son observation et je me suis demandé, de même, si la subluxation de l'astragale n'a pas été le point de départ des accidents. La tuberculose osseuse, suivant une seconde interprétation, a pu précéder la difformité. L'astragale érodée et friable, sous l'influence d'un léger choc ou spontanément, a pu se subluxer et de ce déplacement est résulté un pied plat valgus. C'est à la dernière interprétation que se sont ralliés Broca et Bonnet. Au dire de M. Lannelongue, l'association de l'arthrite fongueuse et du pied plat valgus serait rare, mais quand elle existe, c'est en général l'arthrite qui précède l'apparition des symptômes de la tarsalgie (3). Dans un cas récent, observé dans le service de M. Dubar, j'ai pu

(1) Dubreuil. *Gaz. méd. de Paris*, 1884, p. 229.

(2) Billroth. *Pathologie et thérapeutique chirurgicale.*

(3) Fischer. *Lehrbuch der Allg. chir.*, 1887.

(4) Voyez, à ce sujet, la Thèse de M. Perrotte (Lyon 1887), et celle plus récente de M. Toubert (*Contribution à l'étude du pied plat acquis*, Th. de Lyon 1890, n° 547). Dans cette thèse se trouve la description anatomique, avec figures à l'appui, de quatre pieds plats trouvés à l'amphithéâtre.

(1) P. Broca. *Bull. de la Soc. anat.*, 1847.

(2) Phocas. Pied bot valgus, *Rev. d'orthop.*, 1890, p. 259.

(3) Lannelongue. *Bul. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 36.

surprendre, pour ainsi dire, la succession des phénomènes pathologiques. Un jeune homme de vingt-neuf ans, atteint d'une ostéite probablement tuberculeuse du tarse, a vu peu à peu son pied se dévier en valgus, à tel point qu'il m'a fallu redresser le pied sous le chloroforme pour le placer à l'axe de la jambe et l'enfermer dans un appareil plâtré.

Enfin je mentionnerai l'existence d'une variété de pied plat valgus qui me paraît mériter le nom de pied-bot *compensateur*. Il existait chez un homme de trente-sept ans, observé dans le service de M. Folet. Cet homme présentait à gauche un pied-bot varus ancien très prononcé. Du côté droit, il présentait un pied-bot valgus survenu à la suite de la première difformité.

II

A côté de ces variétés de pied valgus congénitaux et acquis qui peuvent être accompagnés de douleurs ou être absolument indolents, nous devons placer une variété de pied plat valgus qui, par ses caractères spéciaux, mérite une place à part et qui, par l'obscurité de sa pathogénie, a exercé la sagacité des pathologistes. Appelé pied plat valgus douloureux par J. Guérin et Bonnet, tarsalgie des adolescents par Gosselin, il fut attribué à une parésie du long péronier latéral, par Duchenne (1).

Un des caractères particuliers de cette affection est de survenir au moment de l'adolescence. Sur 18 malades de M. Le Fort, 14 avaient de seize à dix-huit ans, 1 était âgé de dix-neuf et 3 seulement avaient dépassé cet âge. L'influence des professions n'est pas moins remarquable. Ce sont principalement les domestiques, les valets de chambre, les garçons de café, les garçons marchands de vin, les repasseuses, etc. qui en sont affectés. C'est donc au moment de l'adolescence et dans certaines conditions sociales, qu'on observe de préférence cette variété de pied valgus.

On a expliqué de plusieurs façons l'influence de ces deux facteurs. On a remarqué que l'adolescence coïncide chez les individus atteints de cette difformité avec l'apprentissage dans un métier fatigant, exigeant une longue station debout. On a dit aussi que, dans l'exercice de ces professions, il faut tenir compte de l'usage de chaussures éculées, de pantoufles. On a invoqué le tempérament lymphatique, la croissance rapide, la faiblesse musculaire.

Enfin, on a noté que l'affection paraissait plutôt liée à l'arthritisme et M. Verneuil l'a vue se développer chez des adolescents qui travaillaient au froid humide dans les sous-sols. Un jeune malade de M. Trélat a vu son affection apparaître au bout de six semaines d'apprentissage, comme conducteur de bateaux, après qu'il fut exposé à l'humidité.

En somme, l'adolescence et la fatigue résultant d'une station debout prolongée, paraissent être les deux principales actions étiologiques du pied plat valgus douloureux.

Les *symptômes* de la tarsalgie confirmée sont les *douleurs* et la *déformation du pied*.

La déviation du pied n'offre rien de bien spécial. Il s'agit d'un valgus qui peut être plus ou moins accentué. L'axe de la jambe, représenté par une ligne qui prolonge la crête du tibia, tombe en dedans du premier métatarsien. Le bord externe du pied est relevé, mais, en général, le pied appuie par toute sa surface sur le sol. Le bord interne présente les trois saillies caractéristiques du valgus : la malléole interne, la tubérosité du scaphoïde et la tête de l'astragale.

(1) Pour la bibliographie, voyez la Thèse de M. Picquard, Paris 1887. Blum. *Arch. de méd.*

Le pied est fixé dans cette position par la *contraction musculaire* qui, dans les cas invétérés, devient apparente, et des tendons du cou-de-pied se dessinent alors sous la peau.

Pour constater la fixation du pied, il suffit de lui imprimer un mouvement de ballottement. Dans certains cas, les plus nombreux en réalité, le pied n'est pas fixé dans sa mauvaise attitude. Sous l'influence du repos, les muscles deviennent flasques et permettent le redressement ou le ballottement facile du pied sur la jambe.

Une autre déformation du pied est l'*aplatissement de la plante*. Le pied plat est facile à constater *de visu*. Mais, avec la méthode graphique, on obtient des résultats plus démonstratifs. Ce procédé, indiqué d'abord par Volkmann, dans le *Traité de chirurgie générale et spéciale* (1872), fut appliqué par Onimus (1) pour étudier la conformation de la plante du pied dans les atrophies ou paralysies musculaires. Dans une thèse inspirée par M. Gross (de Nancy), M. Rhomer a étudié les variations de forme normales et pathologiques de la plante du pied (2). Pour prendre l'empreinte, on enduit le pied avec une substance colorante et on fait marcher le malade sur une feuille de papier. Mais il est plus avantageux, pour avoir plusieurs empreintes, de faire marcher le malade sur une feuille de papier noircie avec du noir de fumée. Il faut choisir pour cela du « papier de porcelaine », le noircir sur l'une de ses faces d'une couche de noir de fumée, fourni par une mèche trempée dans l'essence de térébenthine. Le malade appuie franchement le pied et le soulève avec précaution. Une couche de vernis copal sert à fixer le dessin.

L'empreinte normale du pied est difficile à décrire, parce qu'il existe des différences individuelles assez notables, mais, en général, on retrouve, entre le talon antérieur (tête des métatarsiens) et le talon postérieur (calcanéum), une portion intermédiaire externe qui relie les deux parties précédentes. Dans le pied plat, la partie moyenne est extrêmement large ; toute la plante est figurée.

L'élément *douloureux* s'ajoute aux déformations précédentes, et, selon certains auteurs, il les précède ; toujours est-il que la douleur, quand elle persiste, aggrave les difformités par un mécanisme que nous aurons à discuter.

La douleur est spontanée ou provoquée.

La douleur spontanée est d'abord caractérisée par un sentiment de gêne, d'engourdissement et de fatigue qui envahit progressivement le pied à la fin de la journée.

Dans une période plus éloignée, la douleur devient plus vive et peut être comparée à la douleur de l'entorse.

Le *siège* de la douleur est variable ainsi que sa *durée*. Au début, elle est perçue au niveau de la plante; plus tard, elle se localise au niveau des articulations tarsiennes.

D'abord fugitive, la douleur se calme par le repos au lit, elle continue plus tard malgré le repos. On en a même noté que la chaleur du lit l'exaspérait.

La douleur peut être provoquée par les pressions et par les mouvements.

(1) Onimus. Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., 19 août 1879, et *Gaz. hebd.*, 1876, n° 34, p. 531; — et : Note lue à la Soc. de méd. de Paris, 1876, in *Union méd.*, 1877, n° 18.
(2) Rhomer. Thèse de Nancy 1879, n° 101.

En pressant successivement sur les différentes articulations, on trouve au niveau de l'articulation médio-tarsienne le maximum de douleur. A côté de ce point douloureux classique, on en signale parfois d'autres au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, au niveau du calcanéum, des articulations métatarso-phalangiennes. M. Terrillon a trouvé un point douloureux au niveau de la malléole externe et de l'articulation tibio-tarsienne. D'après ces points douloureux, M. Terrillon a voulu opposer à la tarsalgie classique, qui fait sentir ses effets sur l'articulation de Chopart, une forme spéciale de tarsalgie qui serait caractérisée par son retentissement au niveau de l'articulation du cou-de-pied. Dans ce dernier cas, cet auteur admet que l'affection a débuté par la parésie du jambier antérieur. Cependant, on a observé des douleurs un peu partout dans la tarsalgie classique.

La douleur est provoquée et exaspérée par les mouvements dus à la marche et à la station debout. Les mouvements imprimés par le chirurgien localisent aussi le siège de la douleur.

Les mouvements d'adduction et d'abduction qui se passent dans l'articulation de Chopart sont démonstratifs à cet égard.

Fait important à noter : les douleurs persistantes s'accompagnent de *contractures musculaires*. A côté de muscles contracturés, on en trouve d'affaiblis, de parésiés ou de paralysés. Ces deux états de muscles (parésie et contracture) doivent être soigneusement recherchés. Les courants faradiques pourront dévoiler les muscles parésiés ou paralysés. La chloroformisation est nécessaire pour faire reconnaître les muscles contracturés. Si la contracture a fait place à la rétraction musculaire, le chloroforme ne rendra plus aux muscles leur longueur normale.

On a donné un signe qui permet de reconnaître la force du long péronier latéral, sans avoir recours à la faradisation. Il consiste à presser sur la tête du premier métatarsien pendant que le malade cherche à résister à la pression. Quand le muscle long péronier est affaibli, la résistance du malade à la pression est minime.

Nous devons aussi noter quelques phénomènes inflammatoires qui apparaissent dans les dernières périodes de la maladie. L'œdème est de ce nombre, ainsi que la douleur qui n'est pas calmée par le repos au lit.

Quant à la boiterie qu'on observe, elle est due plutôt à la douleur qu'à la déviation du pied. Le malade traîne son pied, marche sur le talon comme s'il craignait de mobiliser les articulations du tarse.

On a distingué à cette maladie trois périodes : 1° la période de douleurs ; 2° la période de contractures ; 3° la période de rétraction. Gosselin et Trélat admettent une quatrième période caractérisée par l'ankylose osseuse.

Ce qu'il faut surtout retenir, c'est que la douleur apparaît d'abord le soir, après une journée de fatigue, et disparaît par le repos. Plus tard, elle se montre dans la journée et, dans une période plus avancée, le repos au lit n'est plus suffisant pour la calmer. Une autre remarque de la plus haute importance est la suivante : le valgus paraît être le symptôme le plus intimement lié à la douleur et le traitement, qui a pour but de remettre le pied dans la bonne position, a pour résultat constant de calmer les douleurs.

En somme, après une période de douleurs intermittentes, le pied se dévie en valgus, la plante s'aplatit, les douleurs s'exaspèrent, les contractures musculaires apparaissent. Dans un avenir plus ou moins éloigné, aux contractions prolongées, succèdent les contractures d'adaptation en même temps que les surfaces articulaires subluxées et enflammées se raidissent et s'ankylosent. Et tous ces phénomènes tournent autour d'un cercle vicieux, dont le centre principal paraît être le *valgus* et la manifestation clinique la plus saillante, la *douleur*.

Au point de vue du pronostic, il est bien entendu que la tarsalgie n'est pas fatalement destinée à parcourir toutes ces périodes et que souvent, sous l'influence du traitement et même spontanément, elle s'arrête et guérit.

L'*anatomie pathologique* de la tarsalgie a montré des lésions d'arthrite dans une autopsie de Gosselin (1) et une autopsie de M. Raynaud (2). Dans un cas plus récent de M. Chaput (3), on a trouvé une ankylose de l'astragale avec le scaphoïde et le calcanéum. Les auteurs étrangers ont surtout étudié les déplacements des surfaces articulaires, déplacements constants dans le valgus. Les déviations osseuses résultent surtout du déplacement de la tête de l'astragale qui se dirige en bas et en dedans.

Il existe certainement des altérations osseuses, mais leur pathogénie est discutable.

III

La *pathogénie* du pied plat valgus douloureux est encore aujourd'hui très obscure.

Nous allons classer les théories invoquées sous les rubriques suivantes : *théories musculaire*, *ligamenteuse*, *articulaire* et *osseuse*.

Théorie musculaire. — MM. Bonnet et Guérin avaient expliqué le pied plat par une contracture des péroniers. Ils ont en même temps conseillé la ténotomie de ces muscles. Il est facile de se convaincre que le long péronier, s'il était vraiment contracturé, aurait pour effet non seulement de faire dévier le pied en valgus, mais encore de produire l'excavation de la plante. Or, le pied plat coïncide avec le valgus. Duchenne (de Boulogne) admet l'impotence du long péronier comme phénomène initial de la maladie. A la suite de cette impotence, les adducteurs, le jambier antérieur prennent la prédominance ; il se produit un léger varus qui, bientôt, sous l'influence du poids du corps et de la contracture des abducteurs, devient valgus. Il existerait donc, selon Duchenne et ceux qui ont admis sa théorie, deux périodes : la première caractérisée par l'impotence du long péronier latéral, la seconde par la contracture du court péronier latéral et de l'extenseur des orteils. La théorie de Duchenne, qui fut admise par beaucoup de chirurgiens en France, est basée sur l'exploration électrique, exploration qui démontre la faiblesse du long péronier latéral, et sur l'influence bienfaisante de l'électricité comme moyen curatif du pied plat valgus. Duchenne a fait sans doute une grande découverte, en montrant l'influence de la parésie du long péronier latéral sur la production du pied plat, mais, des objections très sérieuses ont été faites à sa théorie. Ainsi que le fait remarquer Trélat, on comprend difficilement une semblable impotence, si nettement localisée à un seul muscle, qui serait indépendante de toutes

(1) Gosselin. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1865.
(2) Raynaud. *Idem*, 1877.
(3) Chaput. Étude anatomo-pathologique de deux pièces de pied plat valgus, etc., *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 429.

les variétés de paralysie musculaire que nous connaissons (paralysie infantile par exemple). Et puis, il est extraordinaire de voir, sans cause appréciable, deux muscles voisins et congénères, les deux péroniers, tous deux innervés par le même nerf, être différemment frappés dans un intervalle de temps plus ou moins éloigné, et la paralysie de l'un engendrer la contracture de l'autre. Enfin, dans beaucoup de cas, cette parésie n'a pu être démontrée cliniquement et le signe donné par Duchenne, qui permettrait de le reconnaître, n'a pu être retrouvé. Dans d'autres circonstances, on a trouvé les deux muscles péroniers contracturés et Duchenne est allé jusqu'à admettre la contracture du long péronier succédant à la parésie du même muscle.

La théorie de Duchenne ne repose que sur un fait à peu près incontesté, je veux parler de l'action utile de la faradisation dans la cure du pied plat. Mais ce fait, qui est loin d'être constant, n'est pas suffisant pour faire admettre une théorie si difficile à comprendre. Duchenne a certainement décrit des faits qu'il a observés avec son grand talent, mais il a trop généralisé dans l'espèce et, s'il est vrai que le pied plat valgus peut être le résultat d'une parésie ou d'une paralysie du long péronier latéral, il ne s'ensuit nullement que tous les pieds plats valgus et que surtout la tarsalgie reconnaissent toujours pareil mécanisme.

Du reste, les théories musculaires n'ont pas manqué de défenseurs. M. Verneuil admet une variété de pied plat valgus douloureux dû à la paralysie des muscles jambiers, et tout le monde est d'accord sur ce point, il existe bien certainement des pieds plats *valgus paralytiques*.

Hencke (1) admet aussi la paralysie du jambier postérieur comme phénomène primordial de la tarsalgie. Hencke voit dans ce muscle le véritable agent actif qui maintient le pied en varus et lutte contre le poids du corps. En effet, on sait que le poids du corps tend à produire le valgus. C'est donc la parésie ou l'insuffisance du jambier postérieur qui seront la cause initiale de l'affection.

M. Chaput, dans une étude récente de deux pièces de pied plat valgus, malgré les ankyloses qu'il eut à décrire sur ces pièces, n'hésita pas à se proclamer partisan de la théorie de Duchenne, se basant sur le fait suivant : le péronier latéral était, sur son sujet, dépourvu de fibres musculaires dans une étendue anormale. Cette disposition serait congénitale, d'après M. Jalaguier, qui a examiné la pièce. Mais d'après une étude intéressante, M. Chaput est arrivé à simplifier la théorie de Duchenne, n'admettant pour la production du valgus qu'un seul facteur, l'insuffisance du long péronier latéral ou celle du jambier postérieur.

Toutes les déformations ultérieures pourraient être expliquées, selon cet auteur, par les rapports anormaux que contracte l'astragale, dont la tête est abaissée par suite de l'insuffisance des ligaments actifs de la plante. Par là, la théorie de M. Chaput se rapproche des théories osseuses.

La *théorie ligamenteuse* a trouvé beaucoup de défenseurs. M. Le Fort l'a soutenue devant la Société de chirurgie. Pour M. Le Fort, le pied plat précède la contracture des péroniers et le valgus est la conséquence du pied plat.

L'aplatissement de la voûte plantaire résulte d'un allongement des ligaments de la face inféro-interne du pied, allongement qui est sous la dépendance des longues stations debout chez les adolescents portant des chaussures à semelles minces et non cambrées. La contracture des péroniers est une sorte de contraction instinctive pour maintenir la voûte plantaire qui tend à s'affaisser sous le poids du corps.

M. Le Fort appuie sa manière de voir sur la marche et le caractère des douleurs, sur l'apparition du pied plat précédant le valgus, sur les autres circonstances cliniques de l'affection et, enfin, sur ce fait qu'il a été souvent à même d'observer ; je veux parler de la cessation des accidents après le rétablissement artificiel et mécanique de la voûte plantaire, à la suite du port d'une semelle de liège ou convexe.

M. Tillaux rejette aussi la théorie musculaire et comprend difficilement l'impotence d'un muscle apparaissant d'une façon intermittente. Il admet que la cause première de la tarsalgie réside dans l'appareil ligamenteux de la plante du pied. Cette hypothèse lui semble mieux expliquer qu'aucune autre pourquoi, au début de l'affection, le pied reprend sa forme aussitôt que le malade n'est plus debout et surtout pourquoi la douleur disparaît instantanément par la position horizontale.

La *théorie articulaire*, défendue par Gosselin, est basée sur ce fait incontestable que, dans beaucoup de cas (autopsies de Gosselin, de Raynaud, de Chaput), il existait des lésions articulaires, une usure des cartilages, de la rougeur et enfin, dans les derniers degrés, de véritables ankyloses. Gosselin fait de cette arthrite la lésion initiale de la maladie. C'est l'arthrite qui ouvre la scène pathologique, qui provoque les douleurs, les contractures et le valgus. Il resterait encore à connaître la nature de cette arthrite qui, qualifiée de *sèche* par certains auteurs, ne laisse pas que d'être embarrassante à expliquer chez un sujet jeune.

Pour expliquer l'arthrite au moment de l'adolescence, Gosselin avait émis l'hypothèse d'une ostéo-arthrite de croissance, idée reprise et défendue, dans ces derniers temps, par M. Reynier, dans la thèse d'un de ses élèves, M. Picquard. Il faut avouer que cette hypothèse, très ingénieuse, n'est pas démontrée ; mais il est possible de concevoir que les choses peuvent se passer ainsi dans certains cas, si on songe à la coïncidence, pour ainsi dire absolue, de la tarsalgie avec le moment de la croissance.

Les *théories osseuses* peuvent être divisées en trois classes : les unes admettent un changement de rapport des os du pied (Meyer et Lorenz), les autres expliquent ce changement de rapport par une altération osseuse congénitale (Hüeter) ou acquise.

Pour Meyer (1), la maladie résulte d'un mouvement de rotation de l'astragale en dedans, mouvement qui est le résultat d'une surcharge lente ou rapide. M. Chaput, dans une intéressante étude, sans adopter la théorie de Meyer, a, cependant, bien fait comprendre comment la tête de l'astragale présente trois axes (vertical, transversal et antéro-postérieur). Quand la tête de l'astragale s'abaisse (axe transversal), ce mouvement ne peut s'accomplir sans une déviation en dedans (axe vertical) et sans une inclinaison de la trochlée en dedans et en haut (axe antéro-postérieur). Les mouvements qui se passent au niveau de la tête de l'astragale se traduisent pour le pied en mouvements en sens inverse. C'est ainsi que l'abaissement de l'astragale et l'adduction (phénomènes inséparables) produisent le relèvement du bord externe du pied et l'abduction (c'est-à-dire

(1) Hencke. Die Contract. der Fusswurzel, *Zeits. f. rat. med.*, 1859, et Polien. *Arch. de méd.*

(1) Meyer. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1884.

le valgus). Il résulte de ce fait que le valgus est susceptible de produire, par un simple mouvement de l'astragale, l'abaissement de la tête.

Lorenz (1) ne voit aussi, dans le pied plat valgus, que les effets de la *surcharge osseuse*. Mais, d'après cet auteur, le mouvement initial ne se passe pas au niveau de l'astragale. C'est plutôt au niveau de l'articulation du calcanéum et du cuboïde que se passent les premiers changements. La voûte externe du pied, formée par ces deux os, s'affaisse; le scaphoïde, uni au calcanéum, suit ce mouvement et l'astragale se déplace en bas en dernier lieu. La théorie de Lorenz diffère donc sur le mécanisme de l'affaissement de la voûte plantaire et de la production du valgus. Au fond, il reconnaît comme cause de changements la *surcharge osseuse*.

L'altération osseuse résulte d'un vice de développement selon Hüeter (2). Il est certain que, dans les pieds valgus, on trouve des déformations de l'astragale; toute la question est de savoir si ces déformations sont consécutives aux pressions anormales des os (c'est ainsi que Lorenz les explique), ou si elles ne résultent pas d'un vice dans l'ossification normale. D'après Hüeter, l'astragale présente dans le pied plat un col plus long en dedans et en bas, c'est la disposition inverse qui s'observe normalement chez l'adulte. Les modifications dans les phénomènes de croissance résulteraient encore, pour cet auteur, de la surcharge osseuse qui active la croissance. L'enfant nouveau-né présente des pieds en varus. Le pied se met en valgus, sous l'influence de la station et de la marche. Le valgus pathologique ne serait donc que l'exagération du valgus normal.

Se basant sur la pathogénie du pied plat rachitique, certains auteurs étrangers (3) pensent que l'obscurité qui règne sur la pathogénie du pied plat, dit statique de l'adolescence, disparaîtrait aussitôt s'il était prouvé que le poids du corps agit sur des os d'une consistance anormale. Kœnig pense, en somme, que le ramollissement des os est un facteur primordial dans la production du pied plat valgus. Il appuie sa manière de voir sur les analogies du pied plat et du genu valgum.

En somme, en récapitulant ces hypothèses et ces explications, on voit que les auteurs ne sont pas d'accord : 1° sur la succession de la triade symptomatologique de la tarsalgie des adolescents ; 2° qu'ils sont aussi peu d'accord sur la nature de l'affection.

1° La tarsalgie des adolescents présente trois phénomènes principaux : le pied plat, le pied valgus, les douleurs (qui coïncident avec les contractures).

a. Pour les uns, c'est le pied plat qui ouvre la scène morbide, le valgus et les douleurs sont les conséquences de l'aplatissement de la voûte. Duchenne et Hencke, MM. Le Fort, Tillaux ou Trélat, ainsi que Lorenz, admettent le pied plat comme phénomène initial.

b. D'autres, avec Gosselin, remarquent que le pied plat n'est pas fatalement le prélude de l'affection. Pour ces auteurs *la douleur*, résultat d'une inflammation articulaire, est le phénomène principal. Les contractures et le valgus sont les conséquences de la douleur.

c. Enfin, d'autres auteurs (Meyer, Hüeter) estiment que le valgus est le symptôme qui tient sous sa dépendance les douleurs, les contractures et l'aplatissement de la voûte.

2° Relativement à la nature de l'affection : la tarsalgie est une affection primitivement *musculaire* pour Duchenne, *articulaire* pour Gosselin, ou elle résulte d'une *surcharge osseuse* pour la plupart des auteurs. Il faut ajouter que cette théorie de surcharge est très différemment comprise : pour les uns (Tillaux et Le Fort), ce sont d'abord les ligaments qui cèdent, pour d'autres, ce sont les os qui se déplacent. Le pied plat a donc été expliqué : 1° par le relâchement des ligaments (Tillaux, Le Fort et Huttineau); 2° par la paralysie des muscles (Duchenne, Hencke), par le ramollissement des os, par l'affaiblissement de la voûte externe (Lorenz); et le pied valgus résulterait d'une contracture des péroniers (Duchenne, Gosselin), d'une rotation de la tête de l'astragale (H. Mayer, Chaput), d'une hypertrophie de la portion interne de l'astragale (Hüeter).

On voit combien il est difficile de se former une opinion sur la succession des phénomènes et sur leur pathogénie. Cependant, à ne considérer la question qu'au point de vue exclusivement clinique, on arriverait, je crois, à se convaincre que, parmi les trois symptômes de la tarsalgie, les douleurs et l'aplatissement de la voûte sont des phénomènes relativement accessoires, tandis que la déviation en valgus est prépondérante. Les douleurs peuvent, en effet, manquer. A la première période, elles se calment par le repos et elles sont intermittentes. Le pied plat, par lui-même, n'occasionne pas d'accidents et on voit un grand nombre d'individus qui sont d'excellents marcheurs tout en ayant un pied aplati. C'est donc *le valgus* qui est le phénomène capital de l'affection. Les preuves cliniques abondent dans ce sens. Le pied valgus n'est pas douloureux quand il est congénital, mais si, sous une influence quelconque, il se produit rapidement, la marche devient fatigante, les douleurs apparaissent d'abord intermittentes, parce que la déviation est elle-même intermittente; au début, le pied reprend sa conformation quand le malade se repose. Plus tard, quand le valgus est définitivement constitué, les douleurs sont continues, surtout si les surfaces articulaires subissent des frottements fréquents au niveau des points qui ont contracté des rapports anormaux. Le pied plat est une conséquence du valgus.

La thérapeutique fournit une nouvelle preuve de l'importance du valgus dans la production des accidents. Le redressement du pied, la semelle spéciale et le traitement opératoire lui-même n'ont d'autre but que de corriger le valgus, et ce sont ces méthodes qui donnent la plus grande proportion de succès thérapeutiques. Nous croyons donc que la déviation en valgus est le symtôme le plus important et très probablement celui qui ouvre la scène pathologique.

Quant à la pathogénie du valgus, nous avons exposé les raisons pour lesquelles la théorie musculaire ne nous paraît pas acceptable pour la généralité de cas de pied valgus des adolescents.

Il nous reste la théorie de la surcharge osseuse qui, seule, peut nous expliquer le déplacement de la tête de l'astragale. Si les ligaments ne sont pas relâchés, si les muscles restent à peu près intacts, il faut bien admettre une prédisposition résultant d'un développement exagéré ou d'un ramollissement osseux. Ce ramollissement des os, nous avons été à même de le constater sur un individu qui était porteur d'un pied valgus du côté droit et d'un pied varus du côté gauche, et qui présentait, du côté du poignet gauche, une sorte de tuméfaction osseuse qui déjetait la main en dehors. Le pied-

(1) A. Lorenz. *Die Lehre von erworbener Platefusse*, Stuttgard 1883.
(2) Hueter. *Langenbeck's Arch. f. Chir.*, 1863.
(3) Kœnig. T, III, 2e fasc., p. 817.

bot varus fut amputé dans le service de M. Folet et les pièces ont démontré une altération graisseuse et une friabilité extrême des os. Nous ne serions pas très éloigné de croire qu'il s'est agi d'un ramollissement osseux, dû peut-être à un rachitisme tardif.

Chez une jeune fille, qui est venue récemment me consulter pour un pied plat valgus douloureux offrant toutes les apparences classiques de la tarsalgie à la seconde période, j'ai pu constater quelques signes de rachitisme. C'est ainsi qu'en examinant attentivement le thorax, j'ai trouvé une très légère scoliose rachitique avec voussure costale gauche. Il ne s'agissait pas d'un pied plat rachitique de l'enfance prolongé pendant l'adolescence, puisque le pied du côté opposé était creux. Mais, étant donné les caractères de rachitisme thoracique, il n'était pas irrationnel de supposer que, sous l'influence de la station debout, le rachitisme tardif s'est localisé du côté du pied et a produit le valgus et le pied plat.

La recherche des signes de rachitisme antérieur doit donc être poursuivie cliniquement dans tous les cas de pied plat valgus des adolescents, et il arrivera probablement que bientôt on reconnaîtra au pied valgus deux variétés : l'une, infantile manifestement rachitique; l'autre, se produisant pendant l'adolescence et due à un rachitisme tardif, absolument comme pour le genu valgum.

IV

Le *traitement* du pied plat valgus a été différemment compris, selon l'idée pathogénique qu'on s'est faite de l'affection, selon le degré de déformation auquel le pied est arrivé, selon sa nature.

La ténotomie des péroniers latéraux a été conseillée par Bonnet, par Tomplin, etc. On pratique cette section derrière la malléole externe. Si on voulait sectionner un seul péronier, la ténotomie à ciel ouvert serait préférable, car il est assez difficile de séparer les deux tendons en faisant la ténotomie sous-cutanée. On a aussi sectionné les tendons de l'extenseur commun, du tibial antérieur et même le tendon d'Achille. Duchenne n'admet la ténotomie que pour le court péronier latéral, ténotomie qu'il conseille de pratiquer près du cinquième métatarsien (1).

L'*électricité* a été prônée par Duchenne. Pour Duchenne et pour ceux qui ont admis sa théorie (Panas, Després, Trélat, etc.), la première indication est d'électriser le long péronier latéral. Dans ces derniers temps, on a usé des courants continus qui agissent plus spécialement sur la nutrition.

Les appareils prothétiques sont assez nombreux. Un appareil très simple consiste en une bottine à deux montants, articulés au niveau du cou-de-pied. Une courroie, large et souple, embrasse la partie inférieure de la jambe et retient celle-ci le plus énergiquement possible contre le montant externe (2).

Un autre appareil a donné, à M. Panas (3), de fort beaux résultats. Il se compose d'une tige métallique externe, munie de deux colliers jambiers et de trois articulations au pied; enfin, d'une semelle métallique articulée au niveau du talon.

M. Le Fort accorde la plus grande confiance à la semelle résistante taillée dans une plaque de liège et maintenue par un appareil silicaté, embrassant le pied et le bas de la jambe. On peut fabriquer soi-même cette semelle en forme de voûte épaisse de 2 centimètres au milieu et au niveau du bord interne, plus mince partout ailleurs. Plus tard, on peut renvoyer les malades avec la semelle de liège fixée dans la chaussure (1).

M. de Saint-Germain a aussi recours à l'usage de chaussures spéciales avec semelles à dos d'âne. Il a remarqué que l'emploi de ces chaussures amenait presque toujours un soulagement immédiat des malades atteints de tarsalgie.

Mayer et Lorenz ont insisté aussi sur l'emploi de la chaussure spéciale. La bottine à lacet arrive jusqu'au-dessus des malléoles, la semelle est plus épaisse en dedans et elle est inclinée en dehors, le talon est médiocrement élevé de 3 à 4 centimètres, il est large (talon anglais) et très prolongé en avant. Il s'avance jusqu'au niveau de l'articulation de Chopart et présente une surface en pente inclinée en arrière. La semelle, qui diminue insensiblement d'épaisseur de dedans en dehors, doit être taillée de façon à produire un léger degré de varus.

Duchenne a conseillé l'usage des cordons élastiques en vue de restituer au pied sa conformation normale. M. Thorens se loue aussi des tractions élastiques et préfère une semelle en acier fixée au talon et dont la partie antérieure libre dans la chaussure agit en vertu de son élasticité (2). Une semelle analogue, munie d'une attelle latérale externe, fut proposée par Beely.

Le *massage* et les différents exercices propres à entretenir et à activer la nutrition des muscles de la jambe ont été conseillés par Roth, Ellis, Arbuthnot Lane et Royau Uhstnau (3). C'est aussi au massage que Landerer donne la préférence (4).

Le *traitement opératoire* consiste, dans les cas ordinaires, dans le redressement du pied sous le chloroforme et l'application d'un appareil plâtré. Cette méthode est généralement employée en France. Le seul inconvénient de la méthode est d'enfermer le membre et d'aggraver les atrophies musculaires. La gouttière plâtrée nous paraît préférable, parce qu'elle laisse une partie du membre libre. Il faut avoir soin de porter le pied dans la position contraire en varus, pendant la dessiccation du plâtre.

Dans ces derniers temps, on a eu recours à des opérations portant sur le squelette du pied. Ce fut Golding Bird (5) qui, selon Landerer, a pratiqué le premier une opération sanglante pour le pied plat en 1878. Il extirpa le scaphoïde deux fois et deux autres fois la tête de l'astragale. Dans tous les cas, résultat satisfaisant. Une fois la voûte a été rétablie. Toujours

(1) La ténotomie devient la seule méthode applicable quand les muscles sont rétractés.

(2) Appareil employé par M. Terrillon (Soc. de chir.), construit par M. Moulon.

(3) Panas. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Orthopédie.

(1) Un malade de M. Le Fort a pu reprendre son service, et il se crut assez guéri pour abandonner sa semelle. Bientôt il fut forcé d'y revenir. Pareille chose est arrivée à un de mes malades, jeune homme de quatorze ans, qui fut soumis au port du même appareil.

(2) Thorens. *Union méd.*, 1884, p. 152.

(3) Roth. *New-York Med. Record*, 17 mars 1888, p. 289. — Ellis. *The Brit. Med. Journ.*, 30 juin 1888, vol. I, p. 1377. — Lane. *Guy's Hosp. Rep.*, 1887, p. 241. — R. Uhstnau. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1888, p. 598.

(4) Landerer. Section de chirurgie orthopédique du Congrès de Berlin, 1890, *Centralbl. f. Chir.*, et *Rev. d'orthop.*, 1890.

(5) Golding Bird. *The Lancet*, 6 avril 1889, p. 677, et Richard Davy. *Ibid.*, p. 675.

les douleurs ont cessé. Richard Davy a pratiqué deux fois l'extirpation du scaphoïde. Stokes (1), qui admet l'origine osseuse de pied plat, recommande l'ostéotomie de l'astragale. Il fait une incision de 1 centimètre et demi sur la tête de l'astragale le long du bord interne du pied et une autre perpendiculaire à la précédente, un peu en arrière de l'articulation de Chopart, et, relevant le lambeau, enlève un coin osseux à base inférieure du col et de la tête de l'astragale. Il soutient ensuite le pied avec une attelle de Dupuytren. Il a pratiqué une fois cette opération avec succès.

L'extirpation de l'astragale fut recommandée par Vogt (2). Morgan a démontré que l'extirpation de l'astragale creusait la plante du pied (3). Weinlechner a pratiqué cette opération.

Ogston (4) a proposé l'enchevillement de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Il s'agit d'une véritable arthrodèse (5). Ogston y a eu recours dix-sept fois avec succès. M. Kirmisson (6) a fait deux opérations de ce genre. Chez un jeune homme de dix-sept ans, atteint d'un pied plat valgus douloureux du côté droit datant de deux ans environ, et qui subit à deux reprises différentes le traitement classique par le redressement et l'appareil plâtré. Pour la troisième fois, M. Kirmisson a soumis le malade au même traitement, mais la gouttière une fois enlevée, les douleurs ont recommencé. Il pratiqua alors l'extirpation du scaphoïde, opération qui ne fut suivie d'aucune réaction. Au bout de deux mois et demi, le malade commençait à marcher. Le malade put marcher sans douleur et le valgus fut corrigé.

Dans un autre cas, il s'agissait encore d'un pied plat douloureux double, avec une déviation en valgus si prononcée que l'opération fut décidée d'emblée.

Un coin, à base interne, fut enlevé de la tête de l'astragale, et la surface cartilagineuse du scaphoïde fut enlevée; on a mis ensuite les parties cruentées en rapport à l'aide d'une cheville d'ivoire.

Le pansement est resté un mois en place et la restitution des formes est parfaite.

Nous-même, dans un cas de pied valgus pathologique, nous avons pratiqué l'extirpation de l'astragale et du scaphoïde qui étaient, du reste, ulcérés (7). Le résultat, au point de vue de la restitution des formes, fut très bon et, à l'heure actuelle (l'opération date d'un an), l'enfant peut marcher sans béquilles et sans appareil prothétique.

Trendelenburg (8) a proposé, pour les cas invétérés de pied plat valgus, l'ostéotomie supéro-malléolaire. Cet auteur a été conduit à proposer l'opération dans la cure du pied-bot valgus idiopathique, à la suite des bons résultats qu'il a obtenus de la même opération dans les fractures mal consolidées des malléoles. Dans un premier cas, chez un jeune homme de seize ans, atteint d'un pied plat grave, Trendelenburg, après avoir appliqué le traitement classique par la réduction et l'immobilisation sans résultat, s'est décidé à pratiquer l'ostéotomie sus-malléolaire. Les suites de l'opération furent apyrétiques, la forme du pied est devenue normale et les douleurs ont disparu. L'ostéotomie fut pratiquée avec le ciseau de Mac Ewen, et la réduction immédiate avec la main. La voûte du pied se rétablit immédiatement. Chez un autre malade, l'opération fut exécutée des deux côtés à la même séance.

W. Meyer (1) a obtenu, avec la méthode de Trendelenburg, deux excellents résultats dans deux cas de pieds plats de degré élevé. Il a enregistré la cessation des douleurs et le rétablissement des formes. Selon W. Meyer, dans les cas très invétérés, on pourrait associer l'ostéotomie sus-malléolaire à l'opération d'Ogston.

Plus récemment, Kümmer (2) publia une observation de pied plat valgus douloureux survenu à la suite d'une foulure et qui n'a pas cédé à un traitement orthopédique de quatre mois. Kümmer pratiqua avec succès l'ostéotomie linéaire du tibia et du péroné, à 3 centimètres de l'articulation tibio-tarsienne. L'ostéotomie fut exécutée à l'aide de la scie à chaîne.

L'idée de l'arthrite a conduit Gosselin à proposer le repos et l'immobilisation. La même idée guide Lorenz (3) dans le traitement de cette difformité. Ce dernier auteur conseille des injections d'une solution de cocaïne à 5 p. 100 à la dose de 25 à 30 centigrammes dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne. A la suite de cette injection, les contractures cessent et le pied peut être ramené dans une bonne position où il peut être maintenu à l'aide d'un appareil portatif en plâtre. Il ne met en usage ce traitement que dans les pieds plats accompagnés de spasmes musculaires, c'est-à-dire de contractions passagères.

En somme, si nous voulons résumer le traitement du pied plat valgus, nous voyons que la première chose à prendre en considération est la variété du pied plat. Le pied valgus pathologique nécessite toujours l'immobilisation, quelquefois un traitement opératoire. Le pied plat rachitique est justiciable de l'orthopédie. Le pied plat congénital peut être abandonné sans traitement; le pied valgus musculaire guérit par l'électricité. Quant au pied plat valgus douloureux, plusieurs cas peuvent se présenter.

1° Si le pied valgus est peu prononcé, peu douloureux, et que les muscles sont à peu près sains, c'est-à-dire si le pied n'est pas fixe, il faut recourir au repos et souvent une semelle orthopédique, comme celle de M. Le Fort, un soulier, comme celui de Meyer, sont des moyens suffisants pour prévenir la difformité. On ne négligera ni le massage, ni l'électricité pour tonifier les muscles, et enfin, les exercices musculaires, préconisés par Ellis, seront faits quotidiennement. A l'aide de ce traitement très simple, on peut prévenir la difformité et permettre aux malades la marche et la station debout.

2° Si le pied valgus est déjà plus prononcé, si les muscles commencent à se contracter, si le pied devient fixe par intervalles, les mêmes moyens peuvent suffire. Ici, le traitement préconisé par Lorenz nous paraît de mise.

3° Mais si le pied est devenu valgus et fixe, il faut arriver

(1) Stokes. *Transact. of the Acad. of Med. in Ireland*, vol. III, p. 141.
(2) Vogt. Mitth. aus d. chir. Klinik. Gresfswald.
(3) Margary. *Arch. orthop.*, 3-4 1884.
(4) Ogston. *The Lancet*, 1884, p. 152.
(5) Rochard. De l'arthrodèse, *Rev. d'orthop.*, 1890, p. 115. — Defontaine. De l'arthrodèse, *Gaz. des hôp.*, 1891, p. 201.
(6) Kirmisson. Pied plat valgus douloureux, *Rev. d'orthop.*, n° 49.
(7) Phocas. Pied valgus, *Ann. d'orthop.*, 1890, p. 259.
(8) Trendelenburg. Ueber Plattfüss operationen, *Arch f. Klin. Chir.*, 29 Band, 1889, IV.

(1) Meyer. Traitement opératoire du pied plat par l'ostéotomie sus-malléolaire, *Med. Record*, 24 mai 1890, et *Centralbl. f. Chir.*, 1891, n° 1.
(2) Kummer. Ostéotomie linéaire du tibia et du péroné pour pied valgus douloureux d'origine traumatique, *Rev. d'orthop.*, 1891. n° 3.
(3) Lorenz. Congrès de Berlin, 1890. — Chir. u. Mechanik, *Centralbl. f. Orthop. Chir.*, et *Arch. d'orthop.*

au traitement *classique* de cette difformité, traitement qui consiste à endormir le malade, à réduire le pied et à appliquer un appareil plâtré qui restera en place pendant trois ou quatre semaines.

4° Malgré tous ces traitements, le pied valgus peut persister et les douleurs peuvent reparaître à la moindre fatigue. Dans ces cas, on pourrait songer à intervenir chirurgicalement :

a. En enlevant le scaphoïde ;

b. En pratiquant une ostéotomie de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, suivie de l'arthrodèse de cette articulation ;

c. En extirpant l'astragale ;

d. Ou, enfin, en pratiquant une ostéotomie supéro-malléolaire.

Les indications de ces différentes opérations ne sont pas précises. Leur innocuité paraît parfaite. Mais il est bien difficile, à l'heure actuelle, de les comparer au point de vue de leur efficacité.

CAMPEMENT PROLONGÉ ET FIÈVRE TYPHOIDE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYGIÈNE DU CAMPEMENT (1)

Par le docteur J. Marty, médecin-major de deuxième classe.

VIII

Obs. IX. — Le poste de Marhoum, occupé en 1888 par une compagnie du 1er bataillon d'Afrique, se trouve à 42 kilomètres du Kreider, dans la direction N.-O. Le service médical des troupes incombe, quand il y a lieu, au médecin militaire du Kreider et c'est à ce titre que nous avons vu l'épidémie dont nous retraçons l'histoire.

L'installation de la compagnie y est des plus simples. On trouve une redoute dont les murs sont élevés en moellons, grossièrement construits, et formant enceinte. Cette redoute est placée sur un mamelon élevé qui domine le village, le pays environnant, et peut permettre de le surveiller.

Comme l'enceinte est moins étendue que le sommet du mamelon formant un petit plateau, on trouve, tout autour, un terrain plan, libre et assez large.

En dehors sont les logements des officiers, le poste. Bien plus bas, le village et les colons, incontestablement moins bien placés, au point de vue de l'hygiène.

A ce moment, le système des latrines était fort sommaire, sur la pente O. du mamelon, à une certaine distance de la redoute, et fortement plus bas, on avait installé des feuillées. Tous les hommes étaient campés sous des marabouts où tout avait été fait pour rendre le séjour aussi confortable que possible. En utilisant les ressources de la contrée, de véritables chalets avaient été improvisés, l'encombrement n'existait pas.

Il n'est nullement question de Marhoum dans le mémoire de M. le médecin-major Delmas. En tout cas, 1884, 1885, 1887 se passèrent sans qu'un seul cas de typhoïde s'y manifestât.

En 1886, 1 cas resté isolé, et sur lequel nous n'avons pas de renseignement, ce cas n'ayant donné lieu à aucune recherche spéciale.

Tout à coup, l'état sanitaire se modifia.

Le 12 octobre 1888 survenait un premier cas, puis l'affection prenait une expansion épidémique, et les cas se succédaient ainsi qu'il suit :

12 octobre	1 cas.
13 —	2 —
17 —	4 —
22 —	1 —
2 novembre	1 —

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 979.

M. le médecin-chef de l'hôpital de Saïda, qui recevait ces malades, nous ayant donné immédiatement avis du début de l'épidémie, nous en rendîmes compte de suite; nous écrivîmes de plus à M. le capitaine commandant la 1re compagnie qui s'y trouvait alors, et, instruit par les multiples expériences du Kreider, sans attendre aucune autre information, nous ajoutions le conseil, donné à titre purement personnel et amical, de changer tout d'abord l'emplacement des tentes sans attendre le résultat de l'enquête que nous préparions.

Immédiatement, cet officier nous répondait que la redoute et les grandes tentes étaient évacuées ; que la compagnie avait été camper sous la petite tente à 200 mètres de cette redoute ; qu'il avait fait abattre les grandes tentes, les avait exposées à l'air et avait désinfecté de son mieux les emplacements où elles s'élevaient en y brûlant de l'alfa ; qu'il avait fait combler les feuillées et assaini leur emplacement.

Ces mesures eurent le plus heureux résultat, puisque, après leur exécution, un seul cas se déclara.

La compagnie laissa le poste peu de jours après, et la 3e, qui lui succéda, ne donna aucun cas jusqu'au moment où nous laissâmes le bataillon, c'est-à-dire en février 1889.

A priori, l'événement prouvait donc que nous avions bien vu. Voyons maintenant le résultat de l'enquête.

L'importation ne donnait aucun renseignement. Il est difficile de rattacher cette explosion épidémique au cas observé en 1886 ; à supposer que ce fût lui qui eût introduit dans le poste le germe typhique, ce germe avait dû s'épuiser et disparaître pendant ces deux années. En tout cas, jusqu'en 1888, à l'automne, il n'avait pas trouvé les conditions nécessaires à son évolution.

L'alimentation était bonne.

La question de l'eau se posait. Cette eau, en effet, passe pour moins bonne que celle du Kreider. Ce qui empêcha de s'arrêter à cette hypothèse, c'est que, dans le poste, existe une population civile qui use de la même eau que le bataillon. Or, l'enquête faite pour savoir quel était en ce moment l'état sanitaire de cette population, a fait connaître qu'aucun cas de typhoïde ne s'y était développé; pas plus qu'il ne s'en était développé, après les modifications apportées au campement, sur la compagnie frappée, et pendant la période immédiatement consécutive, sur celle qui lui succéda, et usa de cette eau.

Nous n'admîmes pas l'influence des feuillées, comme point de départ de l'infection, à cause de leur position éloignée et déclive. On voit donc que tout se présentait dans des conditions analogues à celles des diverses épidémies du Kreider, pour les divers facteurs.

Ajoutons cependant qu'il n'est pas possible de faire jouer le moindre rôle à la nappe d'eau souterraine, très profonde au-dessous du mamelon sur lequel s'élève la redoute, mamelon dont le sol devient rapidement rocher imperméable, au-dessous d'une bien faible couche perméable. L'étude des conditions de campement a conduit aux résultats suivants.

La redoute, au moment où éclata la typhoïde, contenait tous les marabouts, installés le plus confortablement possible, et à demeure. Cette façon de faire avait été adoptée en vue de questions de discipline, plus facile à surveiller dans une enceinte continue. Le sol avait été préparé, tassé, non drainé cependant, de telle sorte que, malgré les soins de propreté, les résultats de la présence constante d'hommes habitant les mêmes emplacements s'étaient produits, et la typhoïde s'était déclarée. Nous devons ajouter que Marhoum n'avait, pas plus que le Kreider, de tinettes mobiles.

Tout déplacement des tentes était impossible dans l'enceinte trop petite pour le permettre.

De plus, quand la 1re compagnie arriva à Marhoum, c'est-à-dire six mois auparavant, à la fin du premier trimestre de l'année, elle avait trouvé les marabouts tout installés par la compagnie qui l'y avait précédée et en avait pris immédiatement possession.

Donc, quand la fièvre typhoïde se déclara sous les tentes fixées

à demeure, il y avait plus de six mois que leur emplacement n'avait pas été changé.

Il est légitime de se demander pourquoi, dans un poste occupé depuis plusieurs années et où l'on campa toujours, la typhoïde n'avait pas encore fait son apparition. Pour le cas actuel, l'explication est facile à trouver.

Les conditions du campement n'avaient pas été, à Marhoum, toujours les mêmes. A la suite de faits semblables, observés et appréciés comme ils devaient l'être pendant la campagne du Sud-Oranais, les inconvénients et les dangers des camps permanents furent tellement évidents qu'un bon nombre de détachements avaient pour règle de déplacer les tentes des hommes d'une façon périodique.

D'autre part, l'enceinte de la redoute de Marhoum était d'abord bien inférieure comme contenance à ce qu'elle était quand la typhoïde y éclata épidémiquement. Toutes les tentes ne pouvaient donc y tenir.

En conséquence, on les avait installées, non pas dans l'enceinte trop petite, mais en dehors, sur la terrasse périphérique. De plus, on avait adopté la règle, tous les trimestres, de déplacer l'espace occupé en utilisant successivement diverses parties de la circonférence de la redoute. Le terrain laissé libre s'assainissait et pouvait être occupé sans inconvénients quelques mois après.

Dans plusieurs de nos voyages, nous avons vu cette disposition sur le côté S. de la redoute.

Puis, cette façon de faire, rendant la surveillance difficile, fut modifiée, la redoute légèrement agrandie et toutes les tentes placées dans l'intérieur où le déplacement était impossible, l'enceinte s'y opposant. Nous avons vu ce qui, après quelques mois, en résulta.

IX

OBSERVATIONS DIVERSES ET FAITS COMMUNIQUÉS

Arrivé au terme de ces observations principales, nous croyons pouvoir dire que les faits de cet ordre n'ont qu'une rareté relative.

Ils semblent rares, parce que le nombre des camps permanents et sans tentes est minime vis-à-vis des casernes et des camps de courte durée. Ils ont moins de retentissement, parce que le médecin qui observe sous la tente peut moins facilement noter exactement ses impressions et ses souvenirs. De plus, les campements de longue durée se rencontrent surtout dans les petits postes; les hommes y sont isolés, souvent sans médecin, et l'étiologie des affections épidémiques est forcément mal appréciée, faute de compétence suffisante.

Enfin, le nombre des fièvres typhoïdes produites par ce mécanisme et des décès qui en résultent, se perd facilement dans les totaux généraux, mais il est certain qu'il concourt à les élever. En veillant à perfectionner l'hygiène des camps, on diminuera la production des cas de typhoïde et la mortalité consécutive.

Au sujet de l'importance de la question, nous ajouterons, en dehors de l'impression générale que nous ont laissée certaines épidémies vues dans le sud, sur des hommes campés, épidémies dont l'étude ne nous a pas appartenu, ces postes n'étant pas dans nos attributions médicales, que nous n'avons pas à aller loin pour citer quelques cas douteux (1).

En voici trois. Le premier est emprunté à notre rapport d'inspection médicale de 1885. Les deux autres ont été recueillis dans les archives de la direction du service de santé de la division de Constantine, dont M. le médecin principal de première classe Perrin a bien voulu nous laisser consulter les mémoires pendant que nous recherchions les documents nécessaires pour compléter ce travail.

Obs. X. — En novembre 1884, parmi les entrées du 1er bataillon d'Afrique à l'hôpital, on trouve deux cas d'affection typhoïde tellement graves que les deux malades succombèrent, l'un au bout de huit jours, l'autre au bout de dix jours de traitement. La compagnie à laquelle appartenaient ces deux hommes se trouvait faire des travaux de construction de route, à 45 kilomètres environ du Kreider, dans la direction de Géryville.

Dans ce cas, l'étiologie dut être plus complexe que dans ceux qui servent de type à ce travail.

Nous n'avons pas su quelle a été la durée du séjour des hommes campés sous la petite tente sur les mêmes emplacements. Elle a certainement été peu considérable, mais souvenons-nous que Baudens limite à quatre jours la période pendant laquelle une tente doit rester en place.

Baudens observait sur des troupes durement éprouvées à tous les points de vue. Or, quand une compagnie trace une route dans les steppes désolés du Sud-Oranais, survient l'influence des privations, de la mauvaise nourriture, d'eaux qui provoquent souvent des diarrhées, parfois du surmenage. L'organisme se débilite et l'influence de l'infection de la tente trouve trop d'auxiliaires pour que des accidents ne puissent pas frapper les hommes plus rapidement que dans un campement dont le seul défaut est la permanence.

C'est dans ces cas complexes qu'il est bon de se souvenir de l'avis de Baudens et de le mettre en pratique, d'autant plus que nous voyons ce que devient, dans ces conditions, la proportion des décès.

Obs. XI. — A propos d'observations médicales relatives au poste de Djidjelli, nous trouvons la note suivante, de M. le médecin-major Morer, datée du 4 mars 1888.

« En ce moment nous observons une petite épidémie, qui a déjà donné à l'hôpital trois malades : deux sont des détenus de l'atelier de travaux publics. Nous attribuons l'invasion à leur mauvaise installation au camp, installation dont nous avons prescrit le changement et qui ressemblait aux taupinières de Crimée, les hommes ayant creusé leur tente pour avoir plus chaud. »

Il est évident que le fait de creuser la tente en rend l'infection plus rapide; de plus, il indique une installation à demeure pour un certain temps, par conséquent du campement prolongé sur le même point.

Obs. XII. — Dans la Statistique médicale de 1887, page 31, on trouvera une épidémie de même ordre observée au camp de Metlilé, relatée par M. le médecin principal de première classe Perrin.

Nous ne mettons pas en doute qu'en cherchant dans le même sens, on ne voie les exemples se multiplier, surtout dans les camps des postes d'Algérie, en étudiant les petites épidémies donnant trois ou quatre malades, sévissant sur des groupes détachés dans des buts spéciaux.

Ces épidémies ont un développement minime parce que la collectivité sur laquelle elles sévissent comprend peu d'hommes. Souvent, de plus, le camp, dont la durée est limité, est levé, par des raisons de service, après un seul cas ou deux. Ces cas sont considérés comme sporadiques, et cela à tort, car ce ne sont souvent que les premiers produits d'une épidémie qui ne demandait qu'à prospérer et à s'étendre, si le séjour s'était prolongé sur le même terrain et si le détachement avait été plus nombreux.

(1) Voir, à ce sujet, dans la *Statistique médicale de 1887*, l'appréciation de l'épidémie de Saïda, p. 31.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les femmes Nomouna comprennent d'une drôle de façon les soins de propreté à donner à leurs enfants. Tous les soirs le même spectacle s'offre à mes yeux. La mère, tenant l'enfant sur ses genoux, commence à lui faire ingurgiter avec la main autant d'eau qu'elle peut; pendant ce temps le pauvre petit pousse naturellement des cris à fendre le cœur d'une mère un peu sensible, mais rien n'arrête celle-ci : tant qu'il reste une goutte

d'eau dans la calebasse, le petit doit l'avaler. Si encore le lavage était terminé, il n'y aurait que demi-mal; mais là commence une opération que je n'avais pas encore vu pratiquer : la mère place son enfant sur ses cuisses, la tête tournée vers le sol, puis se servant de sa bouche comme canule, lui fait prendre force lavements. Après chaque gorgée, elle détourne le postérieur de l'enfant qui s'empresse de chasser avec force ce liquide. L'opération se continue jusqu'à ce que la calebasse d'eau soit épuisée. Il passe ainsi dans le corps du petit être, soit par en haut, soit par en bas, environ quatre litres d'eau par séance. Ce nouveau genre de lavement n'a pas l'air d'incommoder l'enfant qui pleure rarement. (Voyage du capitaine Binger, *Tour du monde.*)

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Garin (de Vitré) et L. Savatier, ancien médecin de la marine.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Traité théorique et pratique du massage, par le docteur Nörstrom, 2e édition entièrement refondue. Un vol. in-8. — Prix : 10 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

L'année médicale, 13e année 1890. Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du docteur Bourneville. Un vol. in-18. — Prix : 4 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

26

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

77

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

30

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

Sources : *Grande-Grille*, Maladies du Foie de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

4

VIN DE BELLINI (QUINA ET COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies^.

41

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

23

ÉMULSION SCOTT

Ses avantages sur l'huile de foie de morue simple.

L'huile de foie de morue est, de tous les agents médicaux, celui qui joue le plus grand rôle dans le traitement de la *scrofule*, le *rachitisme*, la *phthisie*, et en général de toutes les maladies débilitantes. Malheureusement, ses inconvénients sans nombre la rendent plus nuisible qu'utile. **L'Emulsion Scott,** à l'huile de foie de morue et aux hypophosphites de chaux et soude, les supprime tous et résout le problème de la digestion de l'huile. Elle se prend sans répugnance et même avec gourmandise, n'enlève pas l'appétit, se digère et s'assimile avec la plus grande facilité.

FORMULE PAR 30 GRAMMES

Huile de foie de morue . . .	15g
Hypophosphite de chaux. . .	0g30
— de soude. . .	0g15
Glycérine, gomme, essence..	14g55

J. Delouche et Cie, pharmacien de première classe, 2, place Vendôme, Paris.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph^ies^.

12

AULUS SAISON DU 1er JUIN AU 1er OCTOBRE

ARMAGNAC, très dépurative : *Maladies du sang hérédit. ou accident., Malad. de la peau, Eczéma.*
BACQUE : *Diurétique, Malad. des reins, de la vessie, du foie, arthritisme, rhumatisme, goutte, gravelle.*
TROIS CÉSARS : *Laxative, Estomac et Intestins, Constipation, Dyspepsie, Maladies du foie.*
LACOSTE et CALVET : *Anémie, chlorose, appauvrissement du sang.* **-Excellente eau de table.**

72

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, ph^ien^, ex-préparat^r^ à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

46

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café **d'ELIXIR de BOLDO-VERNE.**—Dép^t^ : Verne, ph^ien^, Grenoble (France), et d^s^ les princip. ph^ies^ de France et de l'Etranger.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oradges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

41

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les **Pâles couleurs,** pour fortifier les **Constitutions lymphatiques** et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'**Appauvrissement du sang.**

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : De 1 a 4 cuillerées a soupe dans un peu d'eau.

Ph^ie^ VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

90

VIN ROBIN

AU PEPTONATE DE FER

Hématogène par excellence.

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Le plus agréable, le plus actif, le plus assimilable de tous les élixirs et vins ferrugineux.

Prix : **4 fr. 50** dans toutes les pharmacies.

83

GOUTTE

LIQUEUR DU Dr LAVILLE

33

SIROP D'AUBERGIER PECTORAL AU LACTUCARIUM

prescrit dans la médication infantile.

42

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — **Prix: 6 fr.**

Ph^ie^ Limousin ❄, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

74

OREZZA EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE GAZEUSE

CHLORO-ANÉMIE — GASTRALGIES

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Le traitement électrique de la neurasthénie. — REVUE DE LA PRESSE. — MÉDECINE PRATIQUE. — THÈSES DE PARIS. — VARIÉTÉS. Une crémation à Goteborg; souvenirs d'un voyage en Suède, à bord du yacht « Mavournéen ». — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. VIGOUROUX.

Le traitement électrique de la neurasthénie

(Conférence résumée par le docteur A.-F. PLICQUE, ancien interne des hôpitaux.)

La neurasthénie est une maladie trop complexe et trop variable, pour qu'aucune médication puisse jamais prétendre à posséder une action utile dans tous les cas et en quelque sorte spécifique. On ne saurait parler d'un traitement uniforme, comme s'il s'agissait de fièvre paludéenne ou de syphilis, dans une maladie où se rencontrent les conditions pathogéniques les plus opposées, privations et excès de table, surmenage intellectuel et oisiveté; qui peut même survenir, sans cause occasionnelle, comme une simple conséquence de l'évolution de l'individu; qui peut s'associer aux maladies générales les plus diverses, anémie, lymphatisme, goutte, saturnisme, artério-sclérose; qui peut enfin prendre tous les degrés de gravité. Bien souvent, d'ailleurs, dans les neurasthénies légères, il suffit de prescrire quelques moyens purement hygiéniques : douches, repos, changement d'alimentation, grand air; il suffit souvent aussi de supprimer les médicaments de toutes sortes, que les malades ont une tendance si singulière à prendre pour obtenir une amélioration. Ces cas simples, qui guérissent par l'hygiène et l'abstention de tout moyen pharmaceutique, ne nécessitent aucun traitement bien actif. C'est surtout contre les cas plus tenaces, plus rebelles, s'accompagnant, à côté des désordres nerveux, de troubles profonds de la nutrition, comme en témoigne souvent l'analyse de l'urine, qu'il est nécessaire d'agir. En pareil cas, l'électricité constitue, je crois, un des moyens les plus efficaces — et surtout les plus inoffensifs — que vous ayez à votre disposition.

L'électricité dans la neurasthénie peut être employée sous deux formes principales : 1° l'électricité statique, la plus efficace, mais qui, malheureusement, par suite de l'instrumentation complexe qu'elle exige, n'est pas toujours possible; 2° la faradisation généralisée, le seul des moyens électrothérapiques qui, à côté de l'électricité statique, ait donné quelques succès. La faradisation localisée, les courants continus peuvent avoir une utilité contre tel ou tel symptôme isolé : faiblesse des parois abdominales, céphalée, congestion cérébrale, mais ils n'ont pas cet effet d'ensemble sur l'innervation et la nutrition que possèdent la faradisation généralisée, et, à un degré plus marqué encore, l'électricité statique.

Le traitement par l'électricité statique a pour moyen principal le bain électrique. Vous savez en quoi consiste ce bain. Le malade est placé sur un tabouret isolant en communication avec le pôle négatif de la machine. Il se trouve donc chargé d'électricité négative à un très haut potentiel, en même temps qu'il offre la voie à une déperdition constante de l'électricité par toutes les saillies de son corps et de ses vêtements, déperdition qui est incessamment réparée par la production continue de la machine. La durée de ces bains ne sera tout d'abord que de cinq minutes et l'augmentation de durée ne sera que très graduelle. Ils seront donnés tous les deux jours. Leur effet calmant est très net au bout de quelques séances.

Quand le malade est bien habitué au bain électrique, qu'il n'a plus l'appréhension du début, vous pouvez employer les divers autres moyens de la franklinisation : souffle électrique, étincelles, friction électrique. Le souffle électrique s'obtient en dirigeant vers le malade, et à 10 ou 15 centimètres de distance, la pointe d'une tige métallique communiquant avec le sol. Il se produit ainsi, par un phénomène d'influence, une sorte de souffle de vent électrique dont l'action sédative est des plus remarquables, en particulier contre les céphalées. La sensation de tension, de lourdeur, de casque, si commune et si pénible chez les neurasthéniques, disparaît en quelques minutes. Les étincelles s'obtiennent en approchant suffisamment du corps du malade une tige métallique mousse, ou mieux une boule non isolée. Elles sont employées surtout pour produire des contractions musculaires. L'action d'une série d'étincelles tirées de la fosse iliaque gauche est un des procédés les plus efficaces pour combattre la constipation. Elles peuvent servir également comme agent d'excitation réflexe sur une région douloureuse ou comme moyen de faire disparaître la sensation de fatigue, d'accablement de ces malades. La friction électrique, enfin, s'effectue en passant plus ou moins rapidement une tige métallique non isolée sur les vêtements du patient en ayant soin d'appuyer. Il se produit ainsi une multitude de petites étincelles, dont la longueur est mesurée par l'épaisseur des étoffes interposées. Ces étoffes

doivent, de préférence, être en laine. La friction électrique détermine une sensation de cuisson assez vive. Pratiquée sur une grande étendue du corps, elle produit une stimulation générale. Employée localement sur la moitié inférieure du corps, elle est également très utile pour atténuer et dissiper les symptômes de congestion spinale : spasmes, crampes, exagération des réflexes, pertes séminales. Il est quelquefois utile de la pratiquer sur la tête, recouverte d'une étoffe, dans les céphalées rebelles.

La faradisation généralisée, qui constitue le second mode de traitement électrique applicable à la neurasthénie, a l'avantage d'exiger une instrumentation moins complexe que la franklinisation. Les effets d'excitation se rapprochent, sous certains rapports, de ceux de la friction électrique. Mais son efficacité semble moindre que celle de la franklinisation. Son emploi, comme vous pourrez en juger par la technique, est assez complexe et offre quelques difficultés. L'une des électrodes est constituée par une large plaque métallique, sur laquelle le malade s'assied le siège à nu, ou pose ses pieds nus. Cette électrode est positive. L'autre électrode, négative, est constituée par un tampon arrondi de 20 à 30 centimètres carrés ou bien par un pinceau. Il est successivement promené, pendant une ou deux minutes environ, sur chaque bras, sur le cou, la poitrine, le dos, le ventre, les jambes. La durée totale de la séance n'est d'abord que de dix minutes, elle atteint vingt minutes par la suite. L'intensité du courant sera assez grande pour provoquer de légères contractions musculaires. Au cou, cette intensité sera très modérée et la pression de l'électrode très faible. Au début, Beard pratiquait également la faradisation de la tête. Cette faradisation doit être très courte, une à deux minutes au plus, faite avec un courant faible et transmis non directement par le tampon, mais médiatement par la main de l'opérateur, suivant le procédé de Duchenne, main électrique. La faradisation céphalique a d'ailleurs été depuis à peu près abandonnée. On peut très utilement remplacer le tampon de l'électrode mobile par un rouleau, qui fait en même temps une sorte de massage (Stein).

La faradisation généralisée est un moyen utile à connaître à défaut des appareils nécessaires pour la franklinisation. Mais toutes les fois que la chose est possible, ce dernier procédé, plus efficace et ayant l'avantage d'être moins long, moins laborieux dans son application, de ne pas forcer le malade à se dévêtir complètement, doit être préféré.

Le traitement électrique, quel que soit le procédé, doit toujours être employé d'une façon très mesurée, très graduelle, très prudente. Chez les malades hypochondriaques, il suffit souvent de la moindre sensation désagréable éprouvée dans l'une des premières séances, au cours de l'application ou consécutivement à l'application, pour faire abandonner la cure. Un peu plus tard, quand l'habitude est acquise, quand le premier soulagement est obtenu, la thérapeutique peut devenir très énergique. Il faut, toutefois, que les malades, pour ne point se décourager, soient prévenus de la marche de l'amélioration. Il est bien rare que celle-ci soit continue, presque toujours elle est entrecoupée par une ou plusieurs rechutes. La durée totale du traitement est assez longue, elle atteint un à quatre mois. Mais ce traitement oblige moins que les autres le malade à modifier ses habitudes ou ses occupations. Il est utile de veiller à ce que le malade ne prenne aucun médicament au cours du traitement, toute médication pharmaceutique surajoutée semblant plutôt défavorable à l'action de l'électricité. Ce n'est pas à dire pourtant que, dans les cas graves, l'hygiène puisse être négligée. En première ligne surtout, si la cause occasionnelle est un excès de travail, le repos est la première indication à remplir, et ce repos doit être observé pour toutes les fonctions. Les fonctions digestives ne doivent pas être exceptées, lors même qu'il n'y a pas de symptômes dyspeptiques. L'alimentation doit, par conséquent, être réduite proportionnellement à l'activité physique et mentale actuelle du malade. C'est, me semble-t-il, une erreur que de donner à un homme au repos, sous prétexte de le fortifier, la ration alimentaire d'un travailleur. L'entourage des malades et les malades eux-mêmes ont une grande tendance à commettre cette erreur. Bien souvent, il n'y a pas d'autre obstacle à l'amélioration que l'on est en droit d'attendre du traitement électrique. Les neurasthéniques, au point de vue du régime alimentaire, doivent être traités comme des arthritiques, qu'ils sont, du reste, pour la plupart.

Chez les femmes, pendant la période menstruelle, il est enfin bon de suspendre momentanément les séances d'électrisation.

L'action de l'électricité paraît porter surtout sur les fonctions d'innervation et de nutrition. L'insomnie, la fatigue cessent souvent très vite dès les premiers bains électriques. L'appétit, aussitôt après la séance d'électrisation, est souvent très impérieux. Les analyses d'urine sont, d'ordinaire, la preuve frappante de l influence sur la nutrition. On voit, au fur et à mesure du traitement, l'urée augmenter, l'acide urique diminuer. On peut observer également la diminution, parfois même la disparition, d'éléments anormaux : indican, albumine, glycose même. La dyspepsie flatulente, si commune chez les neurasthéniques, s'améliore rapidement. Je vous signalerai même ce fait, que les malades qui en sont atteints paraissent plus susceptibles encore que les autres neurasthéniques de retirer un bénéfice rapide du traitement électrique. Au point de vue de l'effet à attendre de la thérapeutique, cette complication serait donc un signe plutôt favorable. La constipation est facilement combattue par le procédé des étincelles tirées de la fosse iliaque gauche, que je vous ai indiqué plus haut. Le relâchement des parois abdominales — si marqué dans quelques cas — est aussi très favorablement modifié par l'électrisation de ces parois. Ce n'est pas, en effet, le moindre avantage de l'électrisation d'être une méthode de traitement à la fois générale et locale. En dehors de son effet général, vous pouvez, par des applications localisées, combattre particulièrement telle ou telle complication plus pénible, casque neurasthénique, céphalée, constipation, relâchement des parois abdominales, névralgies utéro-ovariennes, impuissance génitale, pertes séminales. Ce dernier symptôme, auquel on a fait jouer jadis un si grand rôle dans l'étiologie de la neurasthénie, est particulièrement tenace. Les frictions électriques constituent le moyen le plus efficace et presque le seul efficace; les étincelles, au contraire, sont, en ce cas particulier, plutôt nuisibles qu'utiles.

Mais, quelle que puisse être l'utilité des applications localisées de l'électricité, rappelez-vous que cette utilité ne sera obtenue qu'à la condition qu'elles soient toujours combinées avec le traitement électrique général. Si l'électrisation donne de beaux succès dans la neurasthénie, c'est

parce que c'est l'agent modificateur de l'innervation et de la nutrition, le plus puissant, le plus étendu d'action de la thérapeutique. Comme toujours, votre traitement dépend, avant tout, de l'exactitude de votre diagnostic. Si vous méconnaissez la maladie générale, la neurasthénie qui produit tel ou tel symptôme local, dyspepsie flatulente, constipation, céphalées, névralgies ovariennes, vous risquerez de vous attarder, sans grand succès, au traitement isolé de ce symptôme. Si, au contraire, vous savez remonter à son origine, vous réussirez souvent à le faire disparaître, sans l'avoir attaqué directement.

REVUE DE LA PRESSE

L'oxalurie. — Cantani rattache toute une série de troubles nerveux chroniques à l'excès d'oxalate de chaux dans le sang, excès qui se traduit par une augmentation analogue de ce sel dans l'urine. L'oxalurie, chez ces malades, n'est pas due à une alimentation accidentellement riche en oxalates, mais à une production anormale et continuelle d'acide oxalique aux dépens des tissus de l'organisme. Toutefois, l'abus des eaux gazeuses et, en particulier, de l'eau de Seltz, semble jouer un rôle important dans la pathogénie de l'affection. L'hérédité a une influence certaine ; le diabète, enfin, coïncide assez fréquemment avec l'oxalurie ; il peut aussi alterner avec elle.

La nature exacte de l'affection, troubles nerveux, ralentissement de la nutrition, est encore incertaine. Son pronostic est assez sérieux, car les troubles ont souvent une durée très longue et peuvent, finalement, entraîner la mort. Il y a donc grand intérêt à rechercher l'oxalurie, par l'analyse des urines, chez tous les sujets atteints de troubles nerveux ou gastriques chroniques, à caractères anormaux.

Dans l'incertitude qui règne sur la pathogénie de cette affection, le traitement consiste seul à combattre les troubles gastriques et nerveux. Contre les troubles gastriques, le mieux est un régime consistant en aliments azotés, de digestion facile, ce régime prévenant l'oxydation des tissus. Contre les troubles nerveux, et surtout le tremblement des extrémités et l'insomnie, les bains chauds, avec frictions et affusions froides au cours du bain, ont rendu des services. La faradisation a également donné de bons résultats. Les médicaments sont moins utiles. Cantani a cependant, dans quelques cas, prescrit avec avantage l'acide chlorhydrique, la pepsine et les alcalins, surtout le bicarbonate de soude et de lithine. (*Med. Record.*)

Causes et prophylaxie de la bronchopneumonie, par E. Mosny. — La bronchopneumonie, qu'elle soit primitive ou secondaire, et, dans ce dernier cas, quelle que soit l'affection qui l'a précédée, offre des lésions qui ne diffèrent que par des variations d'un processus toujours identique. Ces variations sont dues à deux facteurs : durée de l'inflammation broncho-pulmonaire d'une part, virulence de l'agent pathogène de l'autre. Les lésions, d'après leur répartition topographique, affectent deux types distincts : 1° un type lobulaire dû à l'action du streptocoque pyogène; 2° un type pseudo-lobulaire dû à l'action du pneumocoque lancéolé. Ce dernier type doit être rapproché de la pneumonie franche plutôt que de la bronchopneumonie.

La gravité de la bronchopneumonie tient surtout, chez l'adulte, à la généralisation rapide de l'infection pulmonaire. Chez l'enfant, elle est due à la présence de lésions mécaniques accessoires, atélectasie et emphysème, qui rétrécissent le champ de l'hématose et déterminent la mort par asphyxie.

La prophylaxie de la bronchopneumonie doit être l'objet de la préoccupation incessante du médecin traitant dans la plupart des maladies infectieuses de l'enfance, rougeole, diphthérie, coqueluche, etc. La bronchopneumonie peut apparaître, en particulier, dans les hôpitaux d'enfants, sans faire de véritables *épidémies*. L'encombrement, les conditions défectueuses de l'isolement, les influences saisonnières, certaines conditions météorologiques, peuvent accroître la virulence des germes normalement contenus dans notre économie et déterminer une auto-infection chez des sujets prédisposés par une affection antérieure. Plus souvent encore, la *bronchopneumonie* se communique par contagion d'un malade à l'autre, une maladie infectieuse générale primitive préparant le terrain et le rendant favorable au développement de cette infection secondaire. Cette contagion ne doit pas, pour M. Mosny, s'opérer directement par l'air, les expériences de Straus et Wurtz ayant démontré définitivement l'asepsie de l'air expiré. Elle doit se faire soit par le contact direct d'objets souillés, par les crachats ou le mucus nasal des malades, soit par l'intermédiaire de l'atmosphère souillée elle-même par ces mêmes objets. Sachant donc que la bronchopneumonie est épidémique et contagieuse, quels sont les moyens de la combattre ?

L'isolement employé aujourd'hui dans les hôpitaux d'enfants pour la plupart des maladies infectieuses, loin de diminuer la fréquence des bronchopneumonies secondaires, les a plutôt accrues. L'accumulation sur un même point de la maladie, dit M. Grancher, multiplie les infections secondaires ou complications de cette maladie. On a bien proposé l'isolement des bronchopneumonies dans les pavillons de rougeole (Gontier), l'isolement individuel et cellulaire (Richard), ces moyens sont évidemment impraticables, l'efficacité du premier serait assez douteuse. Toute la prophylaxie repose donc sur l'antisepsie complètement nécessaire de l'isolement et sans laquelle tout isolement est inefficace et dangereux.

Pour réaliser l'antisepsie, il faut : 1° réduire au minimum les contacts dangereux ; 2° supprimer autant que possible les souillures de l'atmosphère. On atteint ce double but par la désinfection rigoureuse du milieu habité par le malade et de tous les objets qui lui servent et de plus par la propreté la plus minutieuse et les soins antiseptiques les plus stricts de toutes les personnes qui l'approchent. A cette antisepsie du milieu et de l'entourage doit s'ajouter l'antisepsie du malade lui-même (des infections de la cavité buccale, de la peau), dont le but est de s'opposer aux auto-infections favorisées par la dépression momentanée de l'organisme. (*Rev. des mal. de l'enf.*)

Les bains froids dans la fièvre typhoïde. — Hare étudie les résultats du traitement de fièvres typhoïdes soignées dans l'espace de quatre ans et demi à Brisbane Hospital (Queensland). Pendant une première période, 586 malades furent traités par la méthode expectante. Le sulfate de quinine, les lotions et affusions froides constituaient la base du traitement, 85 moururent, soit une mortalité de 14,50 p. 100. A partir du 1er janvier 1887, le bain froid fut rigoureusement appliqué à tous les malades qui n'offraient pas quelque contre-indication, perforation, péritonite, hémorrhagie intestinale. On continua à prescrire le sulfate de quinine, surtout à titre de stimulant cardiaque, aux malades dont le pouls dépassait 120 pulsations. Sur 1 173 malades, il n'y eut que 92 morts, soit 7,84 p. 100. La diminution de la mortalité fut donc de près de moitié. L'analyse des causes de mort dans la première et la seconde période offre également un véritable intérêt.

La mort par hémorrhagies et perforations intestinales est celle qui continue à s'observer le plus fréquemment dans le traitement par les bains froids. La fréquence de ces complications ne semble même pas être diminuée. Des ulcérations très profondes continuent à s'observer, alors même que le traitement a été rigoureux et très précoce. C'est là la grande cause d'échec, de sorte que Hare ne croit pas qu'on puisse jamais abaisser la mortalité typhique au-dessous de 4 à 5 p. 100, proportion ordinaire des complications ulcéreuses mortelles dans la maladie. Ce n'est qu'indirectement, en modérant la diarrhée, en diminuant la faiblesse du patient qui peut même résister aux hémorrhagies, que les bains froids ont une légère utilité contre cet ordre de complication.

En revanche, grâce à ce traitement, et c'est par là que s'explique la diminution de la mortalité, les complications pulmonaires cérébrales et cardiaques deviennent plus rares. Les pneumonies, et surtout les bronchopneumonies mortelles, sont quatre fois plus rares, les complications cérébrales sont moins graves et beaucoup moins fréquentes; la défaillance du cœur ne s'observe chez aucun des sujets traités dès la première semaine.

En comparant le nombre des succès à la date de mise en œuvre de la médication, Hare montre également que la mortalité est d'autant moindre que les bains sont employés à une époque plus rapprochée du début. (*Practitionner.*)

Diagnostic de l'insuffisance motrice de l'estomac, par Silberstein. — Le lavage de l'estomac, fait deux heures après un repas dit d'épreuve, est assurément le meilleur moyen d'apprécier l'activité motrice et contractile de l'estomac. Mais ce moyen n'est guère praticable que chez les sujets parfaitement habitués au lavage. Il reste toujours assez désagréable. Le moyen proposé par Silberstein et fondé sur la durée de l'élimination du salol ingéré par l'urine sera certainement beaucoup plus facilement accepté.

En donnant 1 gramme de salol après le principal repas, on trouve au bout d'une heure environ, chez les sujets sains, en ajoutant à l'urine du perchlorure de fer, la coloration violette caractéristique de l'acide salicylique. Mais cette apparition de la réaction varie dans des limites assez étendues pour avoir une grande valeur pratique. Il n'en est pas de même de la durée plus prolongée de la réaction. Chez une personne saine, la réaction cesse toujours au bout de vingt-quatre heures. Dans les atonies et les dilatations stomacales, on la retrouve encore au bout de trente-six et quarante-huit heures. Les recherches doivent, pour échapper à toute cause d'erreur, être faites de six en six heures, à partir de la première journée. Par une singularité de l'élimination, il arrive parfois que le salol semble avoir disparu au bout de vingt-quatre heures, tandis qu'il est retrouvé dans les recherches suivantes, après trente, trente-six, quarante-deux heures. Dans l'atonie simple, la règle est que le salol soit tout à fait éliminé après trente-six heures. Dans la dilatation, au contraire, il n'est éliminé qu'après quarante-huit heures.

Silberstein insiste sur la valeur de ce moyen comme signe différentiel entre le simple déplacement et la dilatation, états que la seule palpation permet difficilement de bien séparer. (*Deuts. Med. Wochens.*)

Traitement de la rhinite atrophique (catarrhe sec des fosses nasales) par l'ichtyol. — Phillips, se fondant sur les propriétés modificatrices de l'ichtyol dans un grand nombre de dermatoses, a eu l'idée de l'essayer dans la rhinite atrophique. Il aurait obtenu dans 21 cas des résultats inespérés. Une seule fois, chez un enfant, la médication échoua; elle détermina quelques maux de tête, un peu de somnolence et dut être abandonnée. Chez tous les autres malades, la sensation de sécheresse, de gêne, diminua dès la première application, au bout d'une semaine environ, les croûtes cessèrent de se produire; la mauvaise odeur se montra le plus tenace de tous les symptômes; elle ne disparut souvent qu'au bout de quatre à cinq semaines. Dans quelques cas, elle existait encore quand le traitement fut suspendu. Le soulagement des troubles fonctionnels est beaucoup plus rapide, de sorte que les malades, se sentant soulagés, ne se soumettent pas toujours assez longtemps à la médication.

Voici la technique de la médication. Les fosses nasales sont bien lavées avec une solution alcaline, essuyées avec des tampons d'ouate et bien asséchées. Quand la muqueuse est parfaitement nettoyée et sèche, on applique une solution d'ichtyol à 4 p. 100 dans la kéroline, au moyen d'un tampon d'ouate. De plus, le malade, matin et soir, se lave le nez au moyen d'une solution alcaline, puis d'une solution formée d'une partie de la pommade à la kéroline et à l'ichtyol et de trois à cinq parties d'alboline liquide; spray. On peut ajouter à cette solution quelques gouttes d'eucalyptol ou de menthol pour masquer l'odeur désagréable de poisson qu'a l'ichtyol. Ce lavage est suivi, pendant une demi-heure environ, d'un peu de suintement séreux. Quand ce suintement se prolonge une heure à deux, qu'il y a un peu de douleur, une sensation de sécheresse très forte, il faut diminuer la force de la solution.

Encouragé par les résultats qu'il a obtenus, Phillips songe à employer la solution kérolique d'ichtyol dans les laryngites chroniques, inflammatoires, tuberculeuses ou syphilitiques. Il croit qu'elle pourrait peut-être avoir aussi une utilité dans l'asthme des foins. (*Med. Record.*)

MÉDECINE PRATIQUE

Pilules diurétiques et purgatives. — M. Lancereaux emploie souvent des pilules qui sont dans certaines conditions d'un excellent effet : elles renferment :

Poudre de scille		
— de digitale.	*áâ*	centigr.
— de scammonée		

Il donne de ces pilules de trois à six par jour. Elles provoquent souvent de la polyurie et de la diarrhée. Elles sont indiquées contre l'asystolie et dans l'urémie. Dans l'asystolie, la diarrhée amène un certain degré de dégorgement du foie et du système veineux de l'abdomen; en même temps, la digitale agit sur le cœur et en renforce la systole. Dans l'urémie la diarrhée produite est également utile; c'est un mode d'élimination des substances toxiques. La diarrhée chez les urémiques doit être respectée; il faut même savoir la faire naître lorsqu'elle ne se montre pas spontanément.

De l'emploi des flèches de chlorure de zinc dans les adénites tuberculeuses. — Les récentes communications de M. le professeur Lannelongue ont fait connaître les bons résultats qu'il retire des injections interstitielles de chlorure de zinc dans le traitement des tuberculoses articulaires.

Dans les adénites suppurées subaiguës ou chroniques, adénites scrofuleuses ou tuberculeuses, nous avons souvent vu notre maître M. Lailler se servir de la pâte de Canquoin, taillée sous forme de petites flèches appropriées à leur emploi. Ces flèches étaient surtout usitées par lui pour amener la guérison des trajets fistuleux ayant succédé à des abcès froids d'origine ganglionnaire. On sait que ces abcès sont difficilement curables par les procédés ordinaires, qu'ils durent pendant longtemps, et donnent lieu à des cicatrices irrégulières, d'aspect désagréable et désobligeant.

M. Lailler taille la pâte de chlorure de zinc de façon à faire de petites pointes, de petites tiges destinées à être profondément enfoncées dans les orifices des trajets fistuleux où ils sont laissés en place.

Sous l'influence de leur action caustique au contact immédiat, irritante à distance, il se produit une vive inflammation avec tuméfaction et rougeur de la peau. La douleur est vive pendant quinze ou seize heures. Après l'enlèvement ou l'élimination de la flèche, tout cela se calme, la tuméfaction s'affaisse, la rougeur diminue, la suppuration se tarit et l'on obtient une guérison assez rapide. La cicatrice est linéaire, beaucoup moins étendue, beaucoup plus régulière que celle qui se serait produite en dehors de cette intervention. On a donc ainsi gagné du temps et obtenu un résultat très favorable, aux dépens, il est vrai, d'une douleur assez vive. Malgré cela, la façon de faire de M. Lailler mérite d'être connue; elle peut rendre de véritables services.

Des complications articulaires de la diphthérie, par B. Lyonnet. — Voici les conclusions de ce travail :

1° Les complications articulaires de la diphthérie sont très rares, mais ne peuvent être niées, car il en existe des cas bien nets (Pauli, Bokaï, Eichhorst, Henoch, Dauriac);

2° Ces complications tiennent, le plus souvent, à des infections secondaires. Ce sont alors des arthrites aiguës ou subaiguës, ordinairement séreuses, quelquefois purulentes. Elles apparaissent dans le cours ou le plus souvent dans la convalescence de la diphthérie;

3° A côté de ces arthrites, il existe des troubles trophiques péri-articulaires dus à une lésion nerveuse. C'est une hyperplasie des tissus de la région survenant après des symptômes multiples d'intoxication du système nerveux et longtemps après le début de la maladie. (*Lyon médical*, 1891.)

THÈSES DE PARIS

Contribution à l'étude de quelques aconitines, par Eugène CASSARINY. — Nos lecteurs se rappellent qu'un de nos confrères vient d'être condamné récemment, comme homicide par imprudence, à la suite d'une prescription d'aconitine (1), dont l'exécution avait amené la mort du malade. Il est donc de leur intérêt de connaître les différentes aconitines et celles qu'il convient de prescrire.

Aussi les conclusions de notre jeune confrère sont des plus précieuses à connaître : nous les reproduisons en leur entier :

1° Les aconitines françaises cristallisées de Duquesnel et de Mialhe, les aconitines allemandes cristallisées ou amorphes de Merck et de Tromsdorff se comportent à peu près de la même manière vis-à-vis des réactifs que nous avons employés;

2° Les aconitines amorphes ont une action toxique très variable; les aconitines françaises citées et les aconitines cristallisées allemandes, à condition que ces dernières soient des produits aussi purs que ceux qui ont servi à nos expériences, ont un pouvoir toxique presque égal;

3° On doit proscrire comme infidèle et dangereuse toute préparation d'aconitine amorphe, quelle que soit son origine;

4° L'aconitine cristallisée doit être administrée à l'état d'azotate, non par milligramme d'emblée, ni même par quart de milligramme, mais par 1/10 de milligramme, de deux en deux heures, et seulement sous la forme pharmaceutique de granules.

VARIÉTÉS

Une crémation à Göteborg.

SOUVENIRS D'UN VOYAGE EN SUÈDE, A BORD DU YACHT « MAVOURNÉEN ».

Au cours de notre voyage dans les pays scandinaves, il nous a été donné d'assister à l'une des cérémonies les plus curieuses et qui, née d'une civilisation plus avancée, emprunte, lorsqu'elle est ainsi transportée au loin, un cachet très particulier d'originalité.

Nous ne voudrions pas faire au lecteur l'injure de supposer qu'il ne connaît pas, au moins de nom, Göteborg ou Gothembourg, la seconde ville de Suède après Stockholm, bien supérieure d'ailleurs à la capitale par son commerce maritime qui en fait une des plus grandes villes commerciales de l'Europe septentrionale.

La ville, qui revêt un caractère tout spécial, grâce à sa situation, à son commerce et aux mœurs de ses habitants, est une des villes qui suivent le mieux le mouvement de la civilisation européenne, et une de celles où, sans bruit, dans l'ombre, sans réclame pour ainsi dire, on s'intéresse le plus aux œuvres scientifiques et aux données pratiques qui en découlent. C'est là que la charité des riches a fait naître nombre de petits hôpitaux modèles pour tuberculeux, véritables stations maritimes en miniature : Styrsö, Haraldsmine; c'est là que des donateurs ont su s'occuper des mutilés de la chirurgie, des difformes de naissance, en dotant d'argent, d'un métier et d'une situation, les monstres sans bras, les amputés, les culs-de-jatte et tous les déshérités de la nature.

Tous ces préliminaires vous expliqueront suffisamment comment j'ai passé là dix des meilleures journées de mon excursion en Suède, journées que la parfaite cordialité des habitants, empreinte d'une franchise toute scandinave, a fait passer comme dix heures.

Au moment de notre séjour, le docteur Alrik Lindh, dont nous ne pouvons dire l'amabilité tant grande fut sa cordialité, nous prévint que nous pourrions assister à une crémation. La chose ne nous sourit pas beaucoup tout d'abord, car elle contrariait des projets d'excursion, nous résolûmes cependant de voir ce qu'il en était. Bien nous en prit; nous eussions manqué un des spectacles les plus propres à une curieuse étude de mœurs.

La cérémonie était fixée au lendemain à cinq heures (et que dire de la courtoisie d'un médecin qui, simplement, sans nous en prévenir, retarde de beaucoup l'heure habituelle, pour nous permettre de mener à bien tous nos projets de la journée!); nous n'eûmes garde de manquer au rendez-vous.

C'est un curieux spectacle que ce Nya Begrafningsplatsen, le cimetière de Göteborg, situé à l'extrémité de Danska Vagen.

Nous nous y fîmes conduire en voiture, et, au moment où nous nous apprêtions à descendre, nous ne fûmes pas peu étonnés de voir nos chevaux enfiler la large avenue au galop pour nous déposer enfin à l'entrée du crématorium.

Lieu de promenade pouvant rivaliser avec plus d'un jardin public, le Nya Begrafningsplatsen est certainement un des parcs les mieux entretenus de la ville. Des fleurs, des arbres, partout des plantes, des allées bien sablées, des promeneurs élégants, des voitures. Véritables Champs-Élysées, n'étaient les tombes disséminées qui, honteuses de se trouver en un tel lieu, se cachent sous les massifs.

De tous les jardins publics c'est un des plus grands, et les larges places vides où la terre est par hectares livrée à une luxuriante végétation, laissent à l'heureuse population de Göteborg l'espoir de nombreuses concessions à perpétuité.

Nous nous étions arrêtés en face du crématorium auquel on accède par une petite allée à laquelle mènent quelques marches : monument coquet, petit, construit en briques rouges avec arêtes saillantes en pierres de taille et dont rien dans l'aspect extérieur n'indiquerait la destination, n'était l'urne funéraire qui surmonte la toiture; on dirait une petite maison de plaisance. Entre temps, et comme nous sommes en avance, notre « kudsk » ou cocher nous propose une promenade d'un quart d'heure pour rendre visite aux monuments funéraires les plus célèbres : aucune gêne d'ailleurs; on rit, on court; on passe sur les tombes, à travers les tombes; on regarde quelques minutes et on revient au crématorium.

Les nombreuses calèches qui sillonnent l'allée nous annoncent l'arrivée des invités. Des médecins, des étrangers, des dames, des demoiselles du meilleur monde, toutes conviées par les initiés, viennent pour assister à l'incinération. D'ailleurs, pas de contrainte : des robes élégantes, de couleur claire; les amis se retrouvent; on se félicite, on parle de la nouvelle du jour : « Il paraît que c'est très curieux... on voit le mort... c'est le sixième que l'on brûle. Connaissez-vous l'histoire de ce pauvre garçon de Stockholm qui devint fou en voyant brûler sa mère... » etc., etc.

Ici, je tiens bien à dire à mes bons amis suédois que je serais au désespoir s'ils pouvaient croire à un reproche ou à une raillerie de ma part. Non, tout cela est très spontané : la crémation est pour eux une chose nouvelle, une expérience de laboratoire, à laquelle on assiste comme nous assistons à l'agonie du chien qui hurle sous le couteau du physiologiste; c'est plus encore, c'est une expérience de pure chimie. Étant donné un cadavre, le problème se pose de savoir en combien d'heures et avec quelle dépense de charbon il pourra être réduit à un volume portatif.

Et ce qui le prouve, ce qui excuse le ton plaisant que ma plume affecte malgré moi, c'est que depuis longtemps toute

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 975.

cérémonie funèbre est terminée; l'enterrement a eu lieu; la famille est absente; il n'y a là que des étrangers, rien que des étrangers; mieux, des savants ou des curieux des deux sexes; et la présence même des dames de la meilleure société à une pareille cérémonie est une garantie de ce que j'avance.

Nous entrons dans le monument et le spectacle qui nous y attendait ne manquait pas d'originalité.

La pièce dans laquelle on accède a une forme semi-circulaire; aucun ornement sur les murs; le tout froid et glacial. En face et de forme byzantine, la porte en fer du four crématoire, encadrée de larges plaques de marbre noir; au milieu, le cercueil recouvert d'une mince étoffe noire, avec quelques fleurs, est placé sur un chariot de fer qui disparaît sous la draperie : il semble petit, bien que ce soit celui d'un adulte : il n'atteint pas la hauteur du coude tant est bas son support; autour, les assistants, à demi recueillis, ou bien plutôt retenus par une curiosité inquiète. Dans un coin les fleurs, les couronnes mortuaires, dont on avait chargé le cercueil l'avant-veille pour la cérémonie funèbre. Autour de la salle des bancs de bois : pas d'autres sièges.

Trente personnes sont là; des hommes en chapeau; des dames jeunes pour la plupart, mères de famille ou demoiselles. Sans signal, sans avertissement, sans que rien vînt forcer l'attention, la porte de fer est ouverte et apparaît alors une plaque de tôle qui forme trappe : elle est soulevée sans bruit, par un mécanisme très analogue à celui des rideaux de fer de nos théâtres. Le four apparaît alors, large, béant, rouge et incandescent. A ce moment, spontanément dirait-on, attiré en réalité par un treuil invisible, le cercueil roule lentement vers le four; la draperie qui le recouvre s'enflamme; les hommes se sont découverts, un harmonium caché aux regards s'est fait entendre, puis la trappe reprend sa place sans bruit; la porte de fer est refermée et les conversations reprennent leur cours.

Il y a eu une minute de recueillement, une seule minute, mais une vive impression s'est alors emparée de tous. Certes, j'ai vu dans les hôpitaux bien des spectacles navrants; mon frère, déjà vieux marin endurci, a vu bien des souffrances, bien des misères; j'ai vu une exécution capitale : je l'avoue sans honte, je n'ai jamais ressenti une impression aussi pénible que lorsque je vis le cercueil *s'avancer* sans bruit, presque à la dérobée, vers les flammes qui venaient le lécher jusqu'à la porte du four crématoire. Il y a là une impression spéciale, ridicule peut-être, mais que *tous partageaient*.

A dater de ce moment, le crématorium présente un spectacle des plus bizarres. Les curieux se précipitent à l'ouverture opposée du four pour constater les progrès de la combustion : on fait queue pour voir, on transmet les impressions : « la tête a éclaté, le cercueil est consumé; une dame voit la jambe gauche, d'autres descendent dans les sous-sols pour voir la salle de chauffe, d'autres, enfin, pénètrent dans une salle latérale où on se repose, où l'on boit l'eau de la carafe traditionnelle qui se retrouve à toutes les étapes de la journée du Suédois. On y consulte le registre de chauffe; on y voit les os du bœuf qui a été brûlé; on se passe de main en main la boîte en fer blanc, merveille de simplicité, dans laquelle les cendres seront expédiées à la famille; on supplie le gardien d'ouvrir « encore une fois » la porte d'entrée du four et on glisse un œil indiscret par la légère ouverture que présente la trappe; une vague fumée s'élève qui nous rappelle que les fumeurs perdent rarement leurs droits. L'organiste a essayé un second morceau, mais, trop peu écouté, il a quitté la place. A l'extérieur rien; pas de bruit, pas de fumée; le monument semble désert.

La combustion dure deux heures et demie environ, et, si résolues que soient les dames, il en est peu d'assez patientes pour une aussi longue station : petit à petit la salle principale et le buen retiro se vident, et, deux heures après le commencement de la cérémonie, il ne reste plus que les fervents qui veulent apprécier le résultat de l'opération. De celui-ci nous ne dirons rien : les os réduits en fragments minimes sont recueillis sur le chariot mobile et déposés dans l'urne constituée par une boîte cylindrique de fer blanc d'assez grande dimension : c'est à la famille de procurer aux cendres du défunt un réceptacle plus luxueux.

Profitons de l'isolement relatif où nous nous trouvons pour visiter les différentes salles du monument.

Il se compose d'un rez-de-chaussée et d'un sous-sol : dans celui-ci est installé un double four, l'un pour la combustion du corps, l'autre pour la combustion des gaz : nous verrons plus loin quelle est la puissance de chauffe de ces appareils et leur dépense de charbon.

Nous ne reviendrons pas sur l'hémicycle d'entrée qui a d'ailleurs des proportions relativement très restreintes. A gauche, une porte s'ouvre conduisant au corridor qui contourne le four et où l'on remarque le treuil qui fait mouvoir le cercueil et le mécanisme destiné à soulever la trappe de l'entrée du four crématoire. Derrière, une porte basse donne accès dans le four et une ouverture garnie de mica protège l'œil indiscret contre le rayonnement de la chaleur : au-dessus une sorte de couvercle permet encore de surveiller les progrès de l'incinération.

Après avoir franchi l'extrémité du four, nous revenons par une petite salle à l'hémicycle : cette salle contient un registre qu'il nous a paru intéressant de feuilleter; c'est là que l'on peut fumer et se reposer en attendant la fin de l'opération.

Nous avons suivi avec attention les principales phases de la combustion et nous avons pu remarquer combien rapide était l'incinération du cercueil activée par la fonte de la graisse du sujet, et combien longue, relativement, était la combustion des os du squelette. C'est ainsi que, dès l'abord, la calotte cranienne, déjà détachée par l'autopsie (celle-ci est obligatoire avant toute crémation, la combustion pouvant plus tard entraver les recherches médico-légales), se détache complètement; puis apparaît, au bout d'une heure un quart environ, la colonne vertébrale; une demi-heure plus tard les os fissurés des membres, lorsque le charbon de bois produit par la carbonisation du cercueil a subi une combustion complète.

Nous n'avons pas négligé de jeter un œil coup d'œil sur le registre où sont consignées les cinq premières crémations effectuées à Göteborg, et nous y avons recueilli quelques indications intéressantes qu'ont bien voulu compléter plusieurs des assistants. C'est ainsi que nous avons appris qu'une société civile s'était fondée pour l'exploitation du crématorium, et que l'on espérait fort que ce mode de sépulture entrerait dans les mœurs suédoises.

Chaque opération, combustible compris, coûte à la famille la somme de 80 kronor (112 francs), desquels il faut défalquer la somme de 25 kronor (35 francs), due au médecin qui a fait l'autopsie obligatoire.

Les observations que nous avons pu recueillir sur le registre de l'établissement portent principalement sur :

1° L'heure à laquelle le four a été allumé;
2° L'heure à laquelle on a introduit le cercueil;
3° L'heure à laquelle la combustion du cercueil était complète;
4° L'heure à laquelle la combustion du corps était parachevée.

Voici d'ailleurs, fidèlement relevés, les chiffres obtenus :

Première incinération. — Four allumé à 2 heures; introduction du cercueil à 4 heures; le cercueil est consumé à 4 h. 50; la combustion du corps est terminée à 8 h. 20. Dépense de charbon, 11 hectolitres 50.

Deuxième incinération. — Four allumé à 2 heures; introduction du cercueil à 4 h. 13; le cercueil est consumé à 4 h. 45; la combustion du corps est complète à 7 h. 22. Dépense de charbon, 9 hect. 50.

Troisième incinération. — Four allumé à 3 h. 15; introduction du cercueil à 5 h. 5; le cercueil est consumé à 5 h. 20; la combustion du corps est complète à 7 h. 35. Dépense de charbon, 10 hect. 50.

Quatrième incinération. — Four allumé à 2 heures; introduction du cercueil à 4 heures; le cercueil est consumé à 4 h. 20; la combustion du corps est complète à 6 h. 35. Dépense de charbon 9 hectolitres.

Cinquième incinération. — Four allumé à 4 heures; introduction du cercueil à 5 h. 25; le cercueil est consumé à 5 h. 40; la combustion du corps est complète à 7 h. 25. Dépense de charbon, 8 hectolitres.

Or, si nous éliminons le premier cas qui ne saurait entrer en ligne de compte, puisqu'il a rapport à une crémation effectuée quatorze jours après le séjour en terre du cadavre et du cercueil, circonstance qui a eu pour résultat d'entraver la rapidité de l'opération, le temps de chauffe du four peut être évalué à deux heures environ. La combustion du cercueil demande un temps très variable, d'un quart d'heure à une heure un quart, suivant l'essence de son bois. La combustion complète du cadavre et du cercueil demande presque toujours plus de deux heures, depuis le moment de l'introduction du cercueil, ce qui, avec le temps nécessaire à la chauffe du four, porte à plus de quatre heures la durée totale de l'opération. Nous ferons seulement remarquer que cette durée tend à diminuer à mesure que les gens chargés de la partie matérielle de l'opération acquièrent une plus grande expérience.

Tel est le récit fidèle de cette intéressante cérémonie : nous n'en voulons retenir qu'une chose : c'est l'enthousiasme du public göteborgien pour ce qui est nouveau, disons-le, pour ce qui est progrès : qu'on accuse les curieux de pareils spectacles d'un excès de positivisme, c'est possible, mais, pour notre part, ayant étudié leurs mœurs, ayant vécu de leur vie, nous y voyons bien plutôt l'intérêt excité par une application nouvelle, qu'une malsaine curiosité.

Nous n'avons pas à nous ériger en censeur : cette cérémonie devrait-elle être secrète, seuls les gens de science devraient-ils être admis? Réponse bien difficile, étant donné la différence d'allures, de pensées et de coutumes. Elle n'est pourtant que trop vraie l'histoire du malheureux fils qui vit sa mère se contracter au moment où les tendons se rétractèrent sous l'influence de la combustion et devint fou de terreur! Aussi, actuellement, la famille est soigneusement tenue à l'écart.

Devions-nous regretter de nous être laissés tenter et d'avoir consacré une soirée pour saisir sur le vif un des côtés les plus curieux des mœurs suédoises? P. T.

— Par décrets, en date des 10 et 11 septembre 1891, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les docteurs Vasticar, médecin de deuxième classe des colonies, démissionnaire, et Besnard, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 108. — JEUDI 17 SEPTEMBRE 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 17 SEPTEMBRE 1891. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. L'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin. — Note sur la rareté des maladies vénériennes dans la population ouvrière de Paris. — MÉDECINE PRATIQUE. — THÈSES DE PARIS. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — VARIÉTÉS. Une visite au sanatorium du Canigou. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous devons signaler un petit incident qui a eu lieu au début de la séance de l'Académie, à l'occasion du dépôt de deux plis cachetés. M. Larrey a pris la parole pour s'élever contre l'abondance inexpliquée des plis cachetés qui viennent s'abattre à chaque séance sur le bureau de l'Académie. La bibliothèque de l'Académie en est véritablement encombrée, et les neuf dixièmes de ces plis restent cachetés indéfiniment, les auteurs faisant eux-mêmes bonne justice de la valeur de leur dépôt.

M. Larrey se demande s'il n'y aurait pas moyen d'éviter cet abus, et si un choix ne pourrait limiter le nombre des dépôts. M. Tarnier pense qu'il suffit de signaler le fait pour que les auteurs usent de plus de discrétion.

Nous ne sommes pas tout à fait de l'avis de l'honorable président de l'Académie. Les plis cachetés sont le fait de trois catégories de déposants : les uns, véritables savants, hommes instruits, travailleurs, viennent confier à l'Académie la garde d'un travail qui n'est pas encore mûr, mais qui donne des espérances et dont ils ne veulent pas se voir enlever la priorité. Les autres, moins instruits, mais de bonne foi, s'imaginent avoir fait une découverte qui doit bouleverser la science, et la portent en hâte à l'Académie. Le temps se charge de faire justice de leurs prétentions. Enfin, les troisièmes, des plus nombreux, ne voient dans la tribune académique qu'une officine où ils peuvent donner à leur réclame une allure honnêtement scientifique. Il importe à l'Académie de ne point se prêter à de pareilles combinaisons. Nous ne savons si les règlements l'arment contre de tels abus, mais il nous semble que chaque dépôt d'un pli cacheté est suivi d'un vote pour l'acceptation ou la non-acceptation de ce pli. C'est, à l'heure actuelle, une simple formalité qui s'accomplit au milieu du bruit de toutes les conversations. Ce vote, plus sérieusement émis, ne peut-il suffire à l'Académie pour lui éviter de devenir la poste restante d'élucubrations sans valeur?

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SCHWARTZ.

L'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin.

Vous avez pu examiner, au n° 12 de la salle Gosselin, une jeune femme de vingt-neuf ans, d'aspect robuste, offrant toutes les apparences de la santé et cependant atteinte de cette terrible affection, le cancer de l'utérus. C'est il y a quinze jours seulement, que cette jeune femme consulta pour la première fois un médecin. Depuis onze ans elle avait quelques pertes blanches, quelques hémorrhagies au moment des règles. Ces symptômes s'étant un peu accentués, elle se décida à se faire examiner. Vous voyez que nous sommes aussi près que possible, sinon du début du mal difficile à préciser, au moins du moment où cette femme a réclamé le secours de la chirurgie. Vous allez voir pourtant qu'au moment de son entrée à l'hôpital, il était déjà bien tard et que l'opportunité d'une intervention pouvait déjà sembler douteuse.

L'état général était, comme je vous l'ai dit, des plus satisfaisants. Cette malade n'offrait aucun antécédent personnel ; les seules indispositions qu'elle ait jamais eues se réduisaient à quelques crises nerveuses. Rien de spécial non plus dans ses antécédents héréditaires.

L'examen des parties génitales externes n'offrait rien de suspect. Mais au toucher vaginal, on sentait sur le col utérin une ulcération, anfractueuse, profonde, siégeant sur la partie gauche et surtout sur la lèvre postérieure du col. Fait plus grave encore, le cul-de-sac vaginal gauche était déjà partiellement envahi. L'utérus était, d'ailleurs, resté très mobile. Le palper, combiné avec le toucher, faisait constater une certaine augmentation de volume, mais une mobilité parfaite. Les culs-de-sac étaient entièrement libres.

L'examen au spéculum montrait une ulcération rougeâtre violacée, à bords profondément déchiquetés, à fond suintant et sanieux. Cette ulcération débordait sur la paroi vaginale de plus d'un centimètre.

L'hystérométrie donnait une profondeur de 9 centimètres et demi, fait en rapport avec l'augmentation de volume constatée par le toucher et le palper combinés.

Les ligaments larges semblaient entièrement indemnes, soit au toucher vaginal, soit au toucher rectal. Nous avons fait, pour être plus certain encore de cette intégrité, l'exploration dite de Schrœder. Le col de l'utérus étant saisi avec une pince érigne a été fortement attiré vers la vulve par un aide, tandis que je pratiquais simultanément le tou-

cher rectal et le toucher vaginal. Dans cette manœuvre, le ligament large glisse en quelque sorte entre les deux index placés, l'un dans le vagin, l'autre dans le rectum, et l'on peut sentir les moindres noyaux d'induration. Sauf un peu d'épaississement du côté gauche, épaississement tenant à l'envahissement superficiel de la muqueuse, cette exploration, fort importante au point de vue de la détermination opératoire, ne nous a révélé aucune trace d'envahissement.

Les symptômes fonctionnels se réduisaient à un léger écoulement sanguin dans l'intervalle des règles, à des hémorrhagies peu abondantes et à quelques douleurs au moment des règles. La malade avait des pertes blanches, mais sans aucun écoulement ichoreux ou fétide. L'ulcération, en effet, n'offrait pas la moindre trace de ce sphacèle qui donne la fétidité si spéciale et si pénible à une période plus avancée du cancer utérin.

Le diagnostic ici était malheureusement évident. Afin de joindre à la certitude clinique la certitude histologique, nous avons néanmoins excisé un petit fragment de tumeur qui a été soumis à l'examen histologique. La conclusion de cet examen a été formelle, il s'agissait d'un épithélioma lobulé.

Le pronostic était des plus graves, grave par l'âge de la jeune femme, le cancer chez les sujets jeunes ayant une marche particulièrement rapide, grave par l'extension qu'avaient déjà les lésions. En admettant même qu'on tentât une opération aussi radicale que possible, il ne fallait pas se dissimuler tous les dangers probables de récidives. Aussi nous sommes-nous longuement demandé : 1° si nous devions intervenir ; 2° quel mode d'intervention nous devions adopter.

Quatre conditions sont regardées comme essentielles pour qu'on puisse tenter, dans le cancer de l'utérus, une ablation radicale : 1° limitation du mal ; 2° intégrité du vagin, du rectum, de la vessie ; 3° intégrité du ligament large ; 4° absence de toute généralisation.

Ce qui devait nous faire hésiter chez notre malade, c'était le léger envahissement du vagin. Mais, d'autre part, la bonne santé de cette femme, la possibilité d'enlever sans trop de dangers et assez largement la zone vaginale envahie, nous ont décidé à regarder cette contre-indication comme n'ayant pas une valeur absolue. Il s'agissait évidemment d'un de ces cas limites, si fréquents en clinique. On n'aurait pu, je crois, nous blâmer de nous être contenté d'une opération palliative. Mais, d'autre part, une tentative d'ablation radicale restait justifiée.

Nous pouvions, pour cette ablation radicale, choisir entre deux modes d'intervention : l'hystérectomie partielle supravaginale, l'hytérectomie vaginale totale. C'est ce dernier que nous avons choisi. Dans notre cas particulier, le volume un peu suspect de l'utérus, son extrême mobilité étaient nettement en faveur de l'hystérectomie totale, mais quelle est, en règle générale, celle des deux opérations qu'il convient de préférer ?

Parmi les chirurgiens actuels, les uns se déclarent toujours nettement en faveur de l'hystérectomie totale dans le cancer de l'utérus. C'était la pratique de Trélat, c'est celle de MM. Terrier, Pozzi et Richelot. Les autres acceptent, dans certains cas, cette opération, mais moins exclusifs que les premiers, ils se contentent de l'opération supra-vaginale et même de l'amputation sous-vaginale, quand ils pensent pouvoir dépasser ainsi les limites de l'envahissement.

En faveur de l'hystérectomie totale, on peut dire que la gravité opératoire, très considérable autrefois, et qui constituait la principale objection à ce procédé, est aujourd'hui très notablement diminuée : de 20 p. 100 qu'elle était il y a trois ans, la mortalité est tombée à 5 p. 100 dans certaines statistiques récentes. Durcher Ott a même pu pratiquer cette opération trente fois sans une seule mort. La valeur thérapeutique est plus difficile à apprécier exactement. Dans quelques cas où l'opération avait cependant été aussi précoce que possible, les récidives n'en ont pas moins été extrêmement rapides. M. Tillaux a rapporté deux exemples de ces récidives désespérantes, après des opérations aussi complètes que possible. J'ai moi-même observé deux cas dont les résultats sont singulièrement troublants ; dans le premier, la récidive suivit, à moins de quatre mois de distance, une hystérectomie vaginale, faite pour un épithélioma absolument limité ; dans un autre, une malade opérée par une simple amputation à l'anse galvanique, n'a pas encore, après plus de six ans, présenté de récidive. On ne saurait, d'ailleurs, oublier les beaux résultats thérapeutiques que les amputations partielles ont donnés à d'autres chirurgiens, en particulier à MM. Verneuil, Polaillon et Marchand.

Il faut cependant adopter une ligne de conduite. Pour ma part, je préfère, en règle générale, l'hystérectomie totale. Elle donne plus de chances d'enlever largement tout le mal. Mais je ne la pratique que lorsque les conditions opératoires ne semblent pas devoir comporter de dangers excessifs, que l'utérus est facilement mobile et n'est point assez gros pour faire redouter des difficultés sérieuses d'extraction. Dans ces conditions, l'hystérectomie totale est l'opération de choix. On ne doit point oublier que Léopold, sur 80 opérations, n'a eu que 4 morts, et que des 76 malades ayant survécu à l'opération, 27 étaient encore vivantes après deux ans. Ce sont là — en dehors des raisons théoriques qui semblent en faveur de cette opération — des résultats singulièrement encourageants.

Je ne puis ici que vous indiquer brièvement la technique de l'opération. J'insisterai surtout sur la nécessité de l'antisepsie préliminaire. Cette antisepsie doit porter, tout d'abord, sur le vagin et le col de l'utérus ; elle sera réalisée par les injections de sublimé chaudes, les tampons iodoformés. Parfois même, dans les cancers végétants et étendus, il sera nécessaire d'enlever, par un curetage, toutes les surfaces infectées avant l'opération. On réalisera également l'antisepsie rectale, tant par un purgatif que par des lavements naphtolés donnés avant l'opération. Vous connaissez les divers temps de l'intervention elle-même : 1° évacuation de la vessie et recherche des limites précises du cul-de-sac vésical ; 2° abaissement de l'utérus dont le col est saisi au moyen d'une pince à érigne, après qu'on a largement écarté les parois vaginales au moyen de deux valves ; 3° incision circulaire et décollement de la paroi vaginale ; 4° ouverture des culs-de-sac péritonéaux ; 5° pincement d'un des ligaments larges, section de ce ligament, attraction de l'utérus hors du vagin, pincement et section du second ligament. Chez notre malade, il a fallu, de plus, réséquer la portion de paroi vaginale envahie. Cette petite complication a notablement allongé l'opération ; elle a donné lieu à de grandes difficultés pour saisir le ligament large gauche entre les pinces, de façon à rester en dehors de la portion envahie, tout en ménageant l'uretère.

Après l'opération, le meilleur pansement est constitué par un tamponnement lâche à la gaze iodoformée. Il importe

d'isoler par des languettes de gaze les pinces de la paroi vaginale, pour éviter un sphacèle partiel. L'emploi d'une sonde vésicale à demeure est également très utile pour éviter, pendant les premiers jours, les efforts de miction.

NOTE SUR LA RARETÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES DANS LA POPULATION OUVRIÈRE DE PARIS

Par M. le docteur L. Fiaux.

Nous poursuivons, dans cette troisième note (1), l'examen de cette intéressante question d'hygiène et de statistique, relative à la santé vénérienne de la population ouvrière de Paris.

Le personnel soumis à nos observations est toujours formé d'ouvriers chaudronniers, ajusteurs, tourneurs, monteurs, forgerons, charrons, menuisiers, peintres, manœuvres qui se présentent pour être embauchés dans les ateliers, chantiers et sur les voies de la Compagnie du chemin de fer du Nord, à Paris-la-Chapelle. L'âge et l'état civil de ces ouvriers sont les mêmes que dans les statistiques précédentes : les deux tiers sont célibataires et âgés de vingt à quarante ans; l'autre tiers, marié, est âgé de vingt-cinq ans et au-dessus.

Du 31 décembre 1890 au 1er juillet 1891, nous avons examiné 536 ouvriers embauchés : sur ce nombre nous n'avons constaté que deux affections vénériennes, deux blennorrhagies : l'une, chez un manœuvre, célibataire de trente-deux ans, qui venait d'arriver de Boulogne-sur-Mer; l'autre, chez un jeune célibataire de vingt-trois ans, natif de Saint-Denis (Seine), comptable. Nous n'avons observé nul accident chancreux simple ou syphilitique.

Depuis le 1er septembre 1888, nous avons donc examiné 3 756 ouvriers, sur lesquels 7 ont été trouvés blennorrhagiques et *un* atteint d'ulcère simple de la verge avec bubon inguinal suppuré.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la syphilis. — M. le professeur Leloir (de Lille) donne les conseils suivants pour le traitement de la syphilis :

L'accident primitif est traité localement par des préparations mercurielles : emplâtre de Vigo du Codex ou l'emplâtre hydrargyrique de Unna. Lotions biquotidiennes avec une solution de bichlorure de mercure.

Dans le traitement spécifique il donne la préférence aux frictions mercurielles.

Frictions quotidiennes avec 2 à 4 grammes d'onguent mercuriel, pendant quinze jours consécutifs, puis repos de quinze jours, après quoi reprise des frictions, et ainsi de suite pendant dix mois.

Contre les syphilides, traitement local avec les préparations hydrargyriques : bains généraux avec 7 grammes de sublimé.

Hygiène de la bouche, hygiène générale, toniques, séjour à la campagne ou sur le bord de la mer.

Au bout de dix mois, frictions mercurielles pendant dix jours seulement tous les mois : cela jusqu'à la fin de la deuxième année. Sudorifiques, quelques purgatifs, exercice.

En cas de céphalée persistante, donner 2 à 3 grammes d'iodure de potassium associés à 50 centigrammes à 1 gramme de bromure de potassium.

Pendant la deuxième année, en supposant même que le sujet n'ait aucun accident, tous les trois mois, pendant dix jours, revenir aux frictions mercurielles suivies pendant vingt jours de l'administration de l'iodure de potassium.

A partir de la troisième ou de la quatrième année, répéter le traitement mixte deux fois seulement dans l'année.

L'exagération de la médication mercurielle et iodurée peut entraîner des troubles neurasthéniques simulant quelquefois la syphilis cérébrale.

L'auteur n'est pas partisan du traitement mercuriel interne, en raison des troubles digestifs qu'il occasionne; il le réserve :

1° Aux femmes mariées qui ne connaissent pas l'origine de leur mal;

2° Aux personnes qui ont la peau trop irritable;

3° Aux gens qui veulent dissimuler le traitement.

Il croit devoir réserver les injections sous-cutanées hydrargyriques aux filles publiques, qui se refusent souvent à prendre leurs médicaments.

Dans le traitement par les frictions mercurielles, on peut parer à l'irritation de la peau en employant un onguent mercuriel préparé avec de l'axonge benzoïnée très fraîche. Il recommande de varier le lieu des frictions, de nettoyer soigneusement la peau douze heures après la friction, de la lotionner et de la poudrer.

Du danger de la chloroformisation à l'éclairage artificiel. — Le professeur Kapoustine a fait une communication à la Société médicale de Kasan sur les inconvénients que présente l'éclairage par le gaz, les lampes et les bougies dans les salles d'opération. Les vapeurs et les gaz, qui se forment dans une salle d'opération où brûle une lampe ou un bec de gaz, ne sont indifférents ni au malade, ni aux assistants. Ils provoquent une irritation des voies respiratoires.

On a constaté dans les vapeurs la présence de l'acide chlorhydrique, du chlore et d'un gaz chloroxycarboné (phosphogène).

Plusieurs auteurs citent des accidents attribués aux gaz qui se forment du contact des vapeurs de chloroforme avec la flamme des bougies.

On a constaté des bronchites, des pneumonies, de la cyanose post-opératoires, de la toux, des phénomènes asthmatiques et même des vomissements, chez les assistants.

Il suffit d'une chloroformisation d'une demi-heure en présence de deux à trois becs de gaz pour qu'apparaissent des signes d'irritation bronchique, tant chez le malade que chez les assistants.

Il serait désirable de substituer à l'éclairage par le gaz et les lampes, l'éclairage par les petites lampes électriques qui n'a aucun des inconvénients indiqués plus haut. (*Wratch* de Saint-Pétersbourg, d'après le *Journ. de méd. de Paris*).

Danger de l'usage du lait provenant de vaches nourries avec des feuilles d'artichaut. — On sait qu'entre autres éléments, la feuille de l'artichaut contient un principe, la cynarine, qui n'est rien autre chose qu'un alcaloïde, que les chimistes sont parvenus à déterminer rigoureusement et dont les physiologistes ont reconnu et ont expérimenté les effets. M. Leblanc a communiqué récemment à l'Académie un travail de M. le docteur Pauthier (de Senlis) sur ce sujet.

L'auteur expose dans ce travail le danger que présente pour les enfants l'usage du lait provenant de vaches nourries avec des feuilles d'artichaut. Il semble prouvé aujourd'hui que la cynarine, qui est le principe actif de ces feuilles, donne aux enfants de la diarrhée et des vomissements survenant presque immédiatement. Ces accidents vont en s'aggravant si l'allaitement de l'enfant avec ce lait est poursuivi.

La constatation de ces particularités expliquerait peut-être l'origine de quelques-unes de ces diarrhées subites et rebelles que tout praticien exerçant à la campagne a pu constater. Il est donc important de signaler ces faits et de les recommander à l'attention des médecins et des éleveurs. (*Méd. mod.*)

THÈSES DE PARIS

Des salpingo-ovarites tuberculeuses, par R. de Massia. — Voici le résumé de cette thèse :

« La salpingo-ovarite tuberculeuse est assez fréquente. C'est, en tous cas, la plus commune des affections de même nature des organes génitaux de la femme.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 993, et 1891, p. 161.

Cette affection est le plus souvent secondaire, mais la salpingite tuberculeuse primitive n'en existe pas moins.

La trompe est prise beaucoup plus souvent que l'ovaire; les lésions peuvent être unilatérales, mais rarement.

Cette tuberculisation locale provoque les mêmes accidents et présente les mêmes symptômes que la plupart des affections simplement inflammatoires des annexes et, en particulier, que les pyo-salpingites.

Le diagnostic, très difficile, peut être posé dans quelques cas, en tenant compte des antécédents de la malade, de son âge, de l'absence des données étiologiques habituelles des salpingites, de la fréquence des poussées de pelvi-péritonite et de l'affaiblissement rapide de l'état général.

Les lésions tuberculeuses des annexes peuvent et doivent être enlevées chirurgicalement, au même titre que d'autres tuberculoses locales.

On doit (Hégar) intervenir dans les lésions primitives dès que le diagnostic a pu être posé. On doit intervenir dans les tuberculoses secondaires, si les autres localisations, n'étant pas trop avancées, tendent à se modifier ou à rester stationnaires, ou bien si les lésions locales ont tendance à s'aggraver.

La péritonite tuberculeuse coexistante n'est pas une contre-indication.

Les véritables contre-indications sont tirées des altérations profondes des autres organes, de la débilitation trop grande du sujet et des adhérences trop étendues.

L'extirpation des lésions par la laparotomie est difficile à cause de la multiplicité et de la résistance des adhérences. L'opération est encore rendue dangereuse par la fréquence de la rupture des abcès tuberculeux dans le péritoine. Mais le nettoyage ou le lavage du péritoine, suivis du drainage, peuvent empêcher que cet accident n'ait des conséquences funestes.

Le bénéfice de l'opération est réel, tant au point de vue local, en arrêtant les douleurs et les poussées de pelvi-péritonite, qu'au point de vue général, en améliorant la santé de la malade.

La récidive de l'affection tuberculeuse survient malheureusement quelquefois. »

Nous voudrions nous associer pleinement aux conclusions énoncées ci-dessus, mais nous pensons que les contre-indications à l'intervention sont plus fréquentes et nous craignons que le résultat thérapeutique éloigné soit loin d'être aussi encourageant que l'auteur le veut bien croire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 septembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un pli cacheté de M. le docteur Chaput (de Paris) sur une nouvelle méthode de traitement des gros fibromes de l'utérus à évolution abdominale;

2° Un pli cacheté de M. Someil sur le traitement de la tuberculose pulmonaire et laryngée.

DISCUSSION SUR LA PATHOLOGIE DES JUIFS

M. Hardy reprend la discussion qui a eu lieu dans les deux dernières séances au sujet de la pathologie sémitique. Il croit que les maladies nerveuses sont plus fréquentes dans cette race, mais il vient particulièrement attirer l'attention sur la fréquence des maladies de la peau chez les juifs.

Cette fréquence très grande des affections cutanées dans la race juive est un fait d'observation indéniable, et qui ne fait aucun doute pour M. Hardy, qui a exercé pendant de longues années la médecine à l'hôpital Saint-Louis. L'eczéma, et surtout l'eczéma chronique et grave, paraît être presque l'apanage des israélites. C'est au point qu'il suffisait à M. Hardy de constater cette lésion pour demander au patient s'il n'était pas de race juive. Presque toujours la réponse était affirmative. C'est peut être pour cette raison que Moïse a défendu aux juifs l'usage de la viande de porc. En dehors de cette constatation, M. Hardy se range à l'avis de ses collègues israélites de l'Académie, MM. Sée, Javal et Worms, et il reconnaît à la race juive une vitalité et une énergie toutes particulières.

RAPPORT

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques d'aristol. — M. Hérard fait un rappor sur le travail de M. Nadaud (de La Rochefoucauld). C'est l'innocuité du médicament pris à l'intérieur, c'est son efficacité dans les lésions tuberculeuses externes, qui ont donné à M. Nadaud l'idée de recourir aux injections sous-cutanées.

Voici la formule qu'il emploie :

Huile d'amandes douces. .	100 cent. cubes.
Aristol.	1 centigramme.

La dose moyenne injectée quotidiennement est de 1 centimètre cube de liquide; on l'augmente au bout de trois ou quatre jours d'un centimètre cube, jusqu'à 3 centimètres cubes au maximum.

La durée du traitement est variable.

Vingt-trois malades ont été traités par les injections d'aristol sans aucune autre médication. Dans sept cas l'amélioration a été telle qu'on pourrait croire à une guérison complète. Cette amélioration se maintient depuis trois et quatre mois; la durée du traitement a varié entre vingt-cinq et trente jours.

Dans cinq cas, après une amélioration rapide, on vit, dans le mois qui avait suivi la cessation du traitement, reparaître quelques accidents qui nécessitèrent une seconde série d'injections. Généralement la rechute a été peu grave et tous les malades de cette catégorie ont repris leurs occupations habituelles : chez aucun d'eux on n'a été obligé de recourir à une troisième série d'injections.

Trois sujets présentant de vastes cavernes pulmonaires n'ont été aucunement influencés par l'aristol, pas plus dans leur état général que dans les manifestations pulmonaires.

Deux des malades sont morts au cours du traitement, l'un de diphthérie, l'autre de péritonite tuberculeuse.

Enfin, six malades sont encore en traitement et présentent, pour la plupart, une amélioration sensible.

M. Nadaud termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° L'aristol introduit dans l'économie par la voie hypodermique n'est aucunement toxique;

2° L'élimination se fait en grande partie par la respiration;

3° L'aristol agit comme antiseptique et comme modificateur de la nutrition;

4° Les effets sont très prompts et commencent à s'accuser dès le sixième ou septième jour du traitement par une diminution de la toux et la suppression des sueurs nocturnes;

5° Après vingt à vingt-cinq jours de traitement, on constate ordinairement une augmentation de poids du malade;

6° C'est au premier et au deuxième degré de la maladie que les injections d'aristol sont utiles; lorsqu'il existe des cavernes et que l'expectoration est purulente, leurs effets sont nuls ou peu marqués;

7° L'injection d'aristol ne produit aucune inflammation de la peau dans le lieu où la piqûre est pratiquée, point d'abcès, point d'escharre, point d'induration. Elle est peu douloureuse.

A priori, la médication préconisée par M. Nadaud est rationnelle, puisque l'aristol, thymol bi-iodé, bi-iodure de dithymol, est un corps composé de substances éminemment antiseptiques. Toutefois, pour passer dans le domaine de la pratique, les faits qui servent de base au mémoire précité ont besoin d'être contrôlés par d'autres expérimentateurs.

Ce n'est que lorsque les observations auront été nombreuses, accompagnées de détails minutieux qui, seuls, en permettent la juste appréciation, lorsque surtout il se sera écoulé un temps suffisant, non pas seulement des mois, mais des années après la cessation du traitement, que l'on pourra juger définitivement la

valeur de la médication par l'aristol et comparer les résultats thérapeutiques obtenus avec ceux que donnent d'autres substances, notamment le gaïacol et la créosote, qui paraissent doués d'une réelle efficacité.

COMMUNICATION

Hystérectomie abdominale totale. — M. GUERMONPREZ (de Lille). Après avoir rappelé les traitements divers proposés pour la cure des fibromes abdominaux et résumé les discussions récentes qui ont amené nos chirurgiens à faire connaître leur opinion, soit à la Société de chirurgie, soit aux différents Congrès, l'orateur arrive à un fait qui lui est personnel.

Chez une femme de trente-six ans, atteinte d'un volumineux fibrome et anémiée par des pertes abondantes, l'hystérectomie abdominale fut pratiquée de la façon suivante :

Le vagin fut désinfecté pendant un mois à l'aide d'injections vaginales chaudes, puis la laparotomie médiane fut pratiquée ; les deux ligaments larges furent sectionnés jusqu'à la base du col, ce qui permit de désenclaver la masse fibromateuse et de l'entraîner en haut. Le péritoine du repli vésico-utérin s'allongea, se rétrécit et fut facilement sectionné transversalement au bistouri. Le bistouri, les doigts détachèrent la vessie et permirent à l'opérateur de s'approcher des culs-de-sac vaginaux.

Une incision médiane et verticale fut pratiquée sur la paroi vaginale antérieure dans l'étendue de 1 centimètre, et une sonde cannelée, introduite par cet orifice, traversa la cavité vaginale et sortit par le cul-de-sac de Douglas. Sur cette sonde, un clamp fut placé à droite, un autre à gauche et toute la masse morbide fut excisée.

Le toucher pratiqué à ce moment permit de reconnaître que ce n'était pas à travers la cavité vaginale que l'opérateur avait passé ses instruments, mais à travers la cavité cervicale de l'utérus et qu'il persistait une petite portion du museau de tanche. La même manœuvre fut recommencée au-dessous et l'exérèse fut totale.

Après l'ablation des annexes, la plaie abdominale fut fermée et la cavité vaginale remplie, pendant huit jours, de tampons de gaze iodoformée. La malade guérit. Un mois après, il sortit par le vagin quelques petits débris sphacélés.

L'opération de M. Guermonprez montre donc la possibilité d'extirper *totalement* l'utérus fibromateux, en suivant la technique suivante :

1° La section des deux ligaments larges, en s'arrêtant à peu de distance des artères utérines ;

2° La section transversale du péritoine vésico-utérin ;

3° La séparation des deux organes au moyen des doigts, en prolongeant ce temps opératoire jusqu'à la lèvre antérieure du museau de tanche ;

4° L'ouverture de la limite supérieure du vagin, au moyen d'une simple boutonnière pratiquée longitudinalement sur la ligne médiane et par sa paroi antérieure ;

5° La transfixion du vagin, suivant le plan antéro-postérieur, au moyen d'une solide sonde cannelée, que l'on fait sortir dans le cul-de-sac de Douglas ;

6° L'hémostase est assurée avant l'exérèse, au moyen de deux pinces-clamps, d'un usage aujourd'hui courant dans la chirurgie abdominale.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Une visite au sanatorium du Canigou.

Vernet-les-Bains, septembre 1891.

Mon cher directeur,

Nous sommes encore si désarmés dans la lutte contre la phthisie que toute tentative faite dans une voie nouvelle doit nous intéresser. Jusqu'ici, les traitements pharmaceutiques sont à peu près impuissants. Chaque jour voit naître un remède nouveau ; au bout de quelques mois, ce remède rentre dans l'arsenal des vieilleries. Seule, la créosote résiste depuis bientôt vingt ans, parce qu'elle est le moins infidèle des médicaments anti-tuberculeux.

Vous comprendrez donc avec quelle curiosité je me suis arrêté au Vernet, pour y examiner le sanatorium nouvellement installé dans le but d'y soumettre les phthisiques au régime de l'air libre et du repos.

Vous connaissez les tentatives qui ont été faites en Allemagne pour réunir ces malades dans un sanatorium où ils vivent, en observant scrupuleusement un règlement, sous la direction d'un médecin qui est une sorte de « maître d'école » (Dettweiler).

Le premier sanatorium pour les phthisiques a été établi à Göbersdorff (en Silésie), par le docteur Brehmer ; le second, à Falkenstein (près Francfort-sur-le-Mein), par le docteur Dettweiler. A Davos, à côté des nombreux phthisiques vivant en liberté, d'autres malades sont installés dans un sanatorium établi, sur le modèle de celui de Falkenstein, par un élève du docteur Dettweiler.

Depuis un an, M. le docteur Sabourin a fondé au Vernet, pour le traitement des phthisiques, un sanatorium qui ne le cède en rien aux établissements similaires de l'étranger.

Le Vernet est un petit village des Pyrénées-Orientales, situé au pied du Canigou, et où on accède par Prades. Il y a au Vernet des sources sulfureuses chaudes très appréciées par les habitants de la région, parmi lesquels elles recrutent une assez importante clientèle.

Le Vernet occupe un site incomparable, dans une petite vallée, richement boisée, bien abritée contre les vents, où la température est assez égale, et où la pluie est fort rare. La vallée du Vernet fait partie du massif du Canigou, qui est bien distinct du reste des Pyrénées, et dont le climat présente beaucoup des caractères du climat provençal ou méditerranéen. Ce sont ces conditions exceptionnelles qui ont séduit les organisateurs du sanatorium.

La cure se fait dans des kiosques et des galeries vitrées, superposés en étages à des altitudes variant de 640 à 700 mètres, et reliés par des chemins en pente douce qui permettent de circuler facilement de l'un à l'autre. Ces kiosques et ces galeries sont exposés au Sud-Ouest. Le soleil les éclaire depuis avant midi jusqu'au coucher du soleil. Ils sont, pendant le séjour du malade, *constamment ouverts* ; on ne les ferme que dans le cas exceptionnel d'un coup de vent.

Les pensionnaires passent la plus grande partie de la journée (de neuf heures du matin à dix heures du soir) étendus sur des chaises-longues qui occupent les kiosques et les galeries. Ces chaises-longues sont largement espacées. A côté de lui, chaque patient a une table où il place des livres, son crachoir et divers objets. Les malades se groupent suivant leurs affinités, dans les kiosques ou galeries situés aux altitudes indiquées par le médecin pour chaque cas individuel.

Les tuberculeux qui font la cure sont plus gais qu'on ne le croirait ; et cette gaieté n'est pas un des moindres étonnements de ceux qui visitent le sanatorium. Je livre le fait à ceux qui, sous prétexte d'humanité, sont opposés à la création d'hôpitaux spéciaux pour cette catégorie de malades.

Voici, du reste, comment se passe la *journée d'un phthisique* au sanatorium du Canigou.

Au réveil, vers huit heures du matin, un domestique entre dans la chambre du malade et ferme la fenêtre, *qui est restée ouverte toute la nuit* ; il allume du feu, fait une friction sèche ou alcoolique, et sert un premier déjeuner. Alors le phthisique descend et va à la *cure* ; il s'y installe sur la chaise-longue, jusqu'au repas de onze heures, les jambes enveloppées dans une couverture et les pieds appuyés sur une boule d'eau chaude.

A onze heures, grand déjeuner de table d'hôte, après lequel les malades font une promenade dont la durée varie suivant les prescriptions du médecin. Cette promenade se fait en général

sur la terrasse du sanatorium, où la vue s'étend sur un vaste horizon de montagnes.

Après cette promenade, les pensionnaires retournent à la « cure » comme ils disent, dans l'espèce d'argot qu'ils se sont déjà créé; c'est-à-dire qu'ils regagnent leur chaise-longue et passent tout leur après-midi dans un repos presque absolu. Cependant, les jeux silencieux (cartes, dominos), les conversations, la lecture ne sont point interdits. Quelques malades s'endorment d'un profond sommeil, sans que cela, chose curieuse, nuise le moins du monde à leur sommeil de la nuit. Ceux qui font leur cure en dormant, véritables *hibernants* qui économisent leur nutrition, semblent éprouver un bénéfice plus rapide que les autres.

Avant le dîner, les plus vaillants sont autorisés à faire une petite promenade. A six heures, dîner de table d'hôte. Au sortir de table, nouvelle promenade plus courte que celle de l'après-midi, et retour à la cure jusqu'à dix heures du soir; les kiosques et les galeries sont à ce moment éclairés au gaz.

A dix heures a lieu le coucher; les malades se couchent en chemise de flanelle. *Toute la nuit, quelque temps qu'il fasse, la fenêtre reste plus ou moins entr'ouverte;* le pied du lit est garanti par un paravent, de façon à ce que l'air se renouvelle constamment dans la chambre, sans que les patients se trouvent dans le courant de l'air frais.

Tel est le régime de vie auquel ils sont soumis, *quelque temps qu'il fasse.*

Il est nécessaire de compléter ce que nous venons de dire par quelques remarques importantes, relevées dans les explications que M. Sabourin nous a fournies avec une extrême obligeance.

Pour parer à tous les inconvénients des intempéries toujours possibles, les malades, à leur entrée, adoptent, pour unique chaussure, les chaussons fourrés de Strasbourg et les galoches. C'est certainement grâce à cette précaution, nous dit M. Sabourin, que l'hiver dernier, aucun des pensionnaires du sanatorium n'a eu le moindre rhume.

M. Sabourin insiste beaucoup sur la nécessité de la *cure à l'ombre* (1). Les malades, dans leurs galeries, passent la journée dans une région ensoleillée, mais *jamais ils ne sont exposés aux rayons du soleil;* la profondeur des galeries et l'installation de rideaux les mettent toujours à l'abri. Pour M. Sabourin, c'est une des conditions essentielles de la cure; il considère que l'exposition au soleil du patient au repos est, à elle seule, capable d'entretenir la fièvre, et même de la provoquer chez ceux qui ne l'ont pas, sans compter les autres accidents imputables aux rayons solaires et relevant d'une sorte d'état congestif général (céphalalgie, inappétence, et surtout congestions pulmonaires et hémoptisies). Même à la promenade, les malades se garantissent la tête et les épaules avec une ombrelle.

A l'inverse de ce qui se passe en Allemagne où les repas sont très multipliés, au Canigou on ne fait que trois repas par jour à la mode française : le petit déjeuner du matin (thé, café, chocolat, toujours avec du beurre) et deux grands repas de table d'hôte. En dehors des repas, les malades ne sont nullement astreints à prendre des aliments d'une façon régulière, comme cela se passe à l'étranger; le lait et le cognac, en particulier, ne sont donnés que dans des cas tout à fait spéciaux. Une vacherie est d'ailleurs annexée à l'établissement.

En entrant au sanatorium, tout malade prend l'engagement, *sous peine d'exclusion*, de ne jamais cracher ni à terre ni dans un mouchoir. Chacun a, à sa disposition, deux crachoirs : 1° un crachoir de poche pour la promenade; 2° un crachoir de « cure » à main pour le jour et la nuit.

Enfin, des crachoirs plus vastes, à large orifice, sont disséminés partout où les malades peuvent aller dans l'établissement.

(1) Une communication de M. Sabourin au dernier Congrès de la tuberculose vise ce point spécial.

Tous ces crachoirs renferment constamment une certaine quantité de liquide. Tous les matins, leur contenu est mélangé à de la sciure de bois, de façon à former une masse demi-solide, qui est incinérée dans les cornues de l'usine à gaz.

A la sortie des malades de l'établissement, les chambres qu'ils ont occupées sont soumises à une désinfection complète; à cet usage, une étuve est installée au sanatorium. D'ailleurs, en temps ordinaire, tout leur linge passe à l'étuve avant d'être porté à la lessive.

D'après les renseignements que nous a fournis M. Sabourin, l'expérience de l'hiver dernier, malgré la rigueur de la température (on n'avait point vu dans la région un hiver semblable depuis 1829), a donné les résultats les plus satisfaisants. Le fait le plus remarquable, c'est la facilité avec laquelle les phthisiques s'acclimatent au froid; il suffit de quelques jours pour qu'un malade, fébricitant ou non, supporte la cure à l'air libre de neuf heures du matin à dix heures du soir. Dès que l'accoutumance est établie, on constate une sédation remarquable de l'organisme; et, par-dessus tout, une diminution très marquée de la toux. Du reste, un des rôles que s'impose le directeur du sanatorium, c'est d'apprendre aux patients à discipliner la toux, à ne tousser que lorsque la toux doit être efficace et suivie d'expectoration. Il est remarquable de voir combien on tousse peu au sanatorium.

Les malades fébricitants qui, chez eux, sont accablés par leurs accès, ne se doutent plus au sanatorium qu'ils ont de la fièvre; le thermomètre seul indique l'élévation de la température.

Au point de vue de la fièvre des phthisiques, M. Sabourin distingue deux formes : 1° la fièvre tuberculeuse proprement dite; 2° la fièvre d'usure musculaire, sorte de fièvre de surmenage qui ne survient que lorsque les malades ont fait de l'exercice musculaire. Cette seconde variété cède immédiatement à la cure au repos. Quant à la première, beaucoup plus difficile à vaincre, elle est d'abord bien mieux supportée par les patients; et quand la maladie est susceptible d'une amélioration rapide, elle tombe assez vite d'elle-même.

Un résultat presque constant de l'amélioration de la fièvre, c'est la suppression complète et rapide des sueurs nocturnes. D'ailleurs, il arrive souvent que le seul fait de coucher la fenêtre ouverte supprime les sueurs.

Au bout de peu de temps, les fonctions digestives se raniment, l'embonpoint revient; le moral se relève. Dès lors, on voit les bacilles des crachats diminuer peu à peu, et quelquefois disparaître totalement.

En principe, on administre peu de médicaments au sanatorium. La créosote à hautes doses, quand les malades la supportent, l'antipyrine si la fièvre est trop rebelle, sont les seuls médicaments employés.

Ainsi se trouve fondé en France un établissement sanitaire, réalisé pour la première fois à l'étranger, bien qu'il ait eu chez nous ses promoteurs peut-être les plus anciens (en particulier M. Peter, pour ce qui concerne la fenêtre ouverte).

Ce que nous savons aujourd'hui de la phthisie nous porte à chercher la guérison dans deux voies : d'abord du côté des médications spécifiques; ensuite, dans le sens d'une amélioration de l'état général permettant à l'organisme de lutter contre l'envahissement bacillaire. Les médications spécifiques ne sont pas encore connues.

Reste la modification de l'organisme, du terrain, comme on dit un peu improprement; or, nous venons de le voir, la cure au repos, à l'air libre, à une altitude élevée, à l'ombre, dans une région pourtant baignée de lumière, semble un des bons moyens, sinon le meilleur, pour combattre toutes les insuffisances et les irrégularités fonctionnelles qui constituent le fond de la consomption tuberculeuse.

Veuillez agréer, etc.

Dr A.-B. Marfan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite d'un accident survenu au cours du tirage de notre dernier numéro, la formule donnée dans l'article : « Pilules diurétiques et purgatives », p. 1000, 2e colonne, se trouve incomplète sur un certain nombre d'exemplaires. Nous croyons donc devoir la reproduire :

Poudre de scille	*ââ* 5 centigr.
— de digitale.	
— de scammonée	

— Voici la liste, par ordre alphabétique, des candidats autorisés à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'École du service de santé de la marine à Bordeaux, en 1891 :

Brest. — MM. Ascornet, Berger, Chapuis, Charuel, Foutrein, Henric, Kerest, Lamy, Le Brigand, Legendre, Lépine, Roche, Tanvet.

Rochefort. — MM. Avrilleaud, Bardet, Bérard, Boyé, Chabanex, Chalibert, Dargein, Judet de la Combe, Marcourt, Martinet, Merleau-Ponty, Olivier, Ortholan, Pasquet, Ricapet, Savornin, Talbot, Triboudeau, Vassal (P.), Vassal.

Toulon. — MM. Abalucci, Audemard, Autric, Béreni, Bernard, Brau, Bresson, Buffon, Cassieu, Gaide, Létinois, Micholet, Miquel Richaud, Seguin, Tedeschi, Valmyre.

— Un concours pour l'emploi de professeur d'anatomie s'ouvrira à Rochefort, le lundi 9 novembre 1891, pour pourvoir au remplacement, dans cette chaire, de M. le médecin principal Burot, nommé professeur de pathologie exotique et d'hygiène navale à l'École-annexe de Rochefort, en remplacement de M. le médecin en chef Bourru, nommé sous-directeur du service de santé.

— M. le docteur Clado, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission en Angleterre, à l'effet d'y étudier l'état actuel de la bactériologie et de l'histologie appliquées à la clinique.

— M. le docteur Albert Ruault est chargé d'une mission en Espagne et en Portugal, à l'effet d'y étudier l'organisation de l'enseignement de la médecine et de la chirurgie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boudet, de Paris, Gallerand, médecin en chef de lamarine en retraite, à Brest, et Gonichon (de Monnières).

Un traitement bizarre de la tuberculose. — On se rappelle le bruit fait, il y a quelques mois, autour d'un officier de santé, actuellement à Paris, où il a installé une clinique. Cette fois il ne s'agit pas d'un remède secret, la formule a été publiée dans les *Annales d'électrodosimétrie*. La voici dans toute sa simplicité :

Électricité verte	30 globules.
Pectoral 2	30 —
P^1.	20 —
P^1 et p^2 *ââ*.	10 —
C^3 4 10 *ââ*	10 —
Fébrifuge $^{1\ 2}$ *ââ*.	5 —
A^1 A_4 *ââ*.	5 —
Vermifuge *ââ*	5 —
S_1, S_2	5 —

Tout cela en injections hypodermiques contre la tuberculose, le cancer, les névralgies, etc., etc.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

de délire pour pouvoir le dépister à temps et éviter des malheurs.

Nous ne voulons insister ici que sur ces côtés utilitaires ; faire l'éloge des côtés scientifiques d'une œuvre de M. Magnan serait parfaitement superflu ; son nom au bas d'un travail est une garantie suffisante.

A. M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le prix du roi des Belges (25 000 francs, à décerner en 1897) sera attribué à l'ouvrage répondant le mieux à la question suivante :

« Exposer, au point de vue sanitaire, les conditions météorologiques, hydrologiques et géologiques des contrées de l'Afrique équatoriale.

Déduire, de l'état actuel de nos connaissances en ces matières, les principes d'hygiène propres à ces contrées et déterminer, avec des observations à l'appui, le meilleur régime de vie, d'alimentation et de travail, ainsi que le meilleur système d'habillement et d'habitation à l'effet d'y conserver la santé et la vigueur.

Faire la symptomatologie, l'étiologie et la pathologie des maladies qui caractérisent les régions de l'Afrique équatoriale et en indiquer le traitement sous le rapport prophylactique et sous le rapport thérapeutique. Établir les principes à suivre dans le choix et l'usage des médicaments ainsi que de l'établissement des hôpitaux et sanatoria.

Dans leurs recherches scientifiques, comme dans leurs conclusions pratiques, les concurrents tiendront particulièrement compte des conditions d'existence des Européens dans les diverses parties du bassin du Congo. »

Le concours est mixte, c'est-à-dire que les étrangers peuvent, comme les Belges, y prendre part.

Les ouvrages destinés à concourir devront être transmis au ministère de l'Intérieur et de l'Instruction publique, à Bruxelles, avant le 1er janvier 1897.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gager (de Paris).

Principales indications thérapeutiques des eaux ferro-cuivreuses de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), par P. Bénard. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 110. — MARDI 22 SEPTEMBRE 1891. 64e ANNÉE. MARDI 22 SEPTEMBRE 1891. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Charité. La tuberculose du genou et son traitement. — Contribution à l'étude de l'hypersécrétion chlorhydrique. — Campement prolongé et fièvre typhoïde; contribution à l'étude de l'hygiène du campement. — Revue de la Presse. — Thèses de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Duplay.

La tuberculose du genou et son traitement

Je vais opérer tout à l'heure devant vous un jeune homme de dix-neuf ans, atteint de tuberculose du genou. Ce jeune homme est malade depuis quatre ans déjà. En mai 1887, après avoir passé la plus grande partie de la nuit à danser, il ressentit, en se levant le matin, un endolorissement du genou et de la jambe qui devint bientôt assez pénible pour le forcer à se recoucher. Il dut rester trois mois au lit, le traitement, assez mal conduit, comprit seulement quelques pommades. Au bout de ce temps, ne voyant aucune amélioration, il appela un autre médecin qui prescrivit la compression ouatée et des vésicatoires. Trois mois après, il était assez soulagé pour reprendre ses travaux agricoles, mais au bout d'un mois de travail survenait une nouvelle rechute. Un troisième médecin eut l'inspiration singulière de traiter cette rechute par l'iodure de potassium et par des mouvements forcés imprimés à l'articulation. Le mal s'est alors aggravé beaucoup. Bien qu'ayant renoncé à ses pénibles travaux des champs pour entrer dans une étude de notaire, ce jeune homme n'a jamais pu se livrer à une occupation suivie. Sa vie n'a, dans ces quatre ans, été qu'une longue alternative de repos forcés, séparés à peine par quelques jours d'activité. Les traitements suivis, vésicatoires, cautères, pointes de feu, ont d'ailleurs continué à être assez mal compris. Depuis un mois, les souffrances sont telles que le moindre travail est impossible.

A l'examen direct, on est tout d'abord frappé de l'aspect globuleux du genou qui n'offre plus ses saillies, ni ses dépressions habituelles. Au niveau du cul-de-sac tricipital, sur les côtés du ligament rotulien, on constate, à la palpation, un empâtement mollasse non fluctuant; cet empâtement soulève la rotule, mais la maintient sans qu'on puisse obtenir la sensation de choc. La rotule est notablement élargie. Les condyles fémoraux sont peu modifiés, mais l'extrémité supérieure du tibia est gonflée, douloureuse. Il y a de plus une élévation de la température locale très sensible à la main. Le membre est immobilisé dans une légère flexion; toutes les tentatives pour obtenir l'extension complète et même pour augmenter la flexion amènent des souffrances très vives. Enfin, comme dans toutes les arthrites anciennes, il y a une atrophie musculaire très marquée; cette atrophie porte principalement sur le triceps; la différence de circonférence entre la cuisse gauche et la cuisse droite atteint 6 centimètres. Pour la jambe, cette différence n'est plus que de 2 centimètres.

Au point de vue de l'état général, ce jeune homme est pâle, amaigri, mais l'examen le plus minutieux ne nous a révélé aucune lésion organique. Ses antécédents héréditaires n'offrent également rien de suspect. Toutefois, comme son père est mort d'accident à quarante-deux ans, que sa mère a seulement atteint la quarantaine, que ses quatre sœurs, bien portantes jusqu'ici, sont encore jeunes, il ne faudrait pas tirer de conclusion trop favorable de cette absence de tout antécédent morbide de famille. C'est un fait fréquent en clinique de voir la tuberculose, le cancer, frapper d'abord les descendants, puis apparaître, plus tard seulement, chez les ascendants. J'observais, il y a quelques années, une petite fillette de dix ans, atteinte de tumeur blanche du genou. La santé de ses parents paraissait irréprochable et le père, en particulier, avait la santé la plus florissante. Cinq ans se sont écoulés; la guérison, chez l'enfant, a été parfaite, mais le père vient de mourir, en quelques semaines, de phthisie aiguë. Comme antécédents personnels, il faut surtout citer une pleurésie, d'ailleurs fort légère, à l'âge de neuf ans, et une bronchite tenace ayant duré trois mois, à l'âge de quinze ans. Mais, actuellement, ces affections n'ont pas laissé de trace sur l'appareil respiratoire.

Malgré cette absence d'antécédents et d'accidents généraux, le diagnostic n'en est pas moins évident. Il s'agit ici d'une tuberculose articulaire.

La clinique avait depuis longtemps soupçonné les relations entre la tumeur blanche, l'arthrite fongueuse et la tuberculose. Les recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques de Kuster, de M. Cornil, de Max Schuller, de Hueter, celles, plus récentes, de l'Institut Pasteur où des inoculations, faites dans les articulations avec des cultures pures de bacilles tuberculeux, ont produit des arthrites fongueuses, sont venues démontrer l'identité complète de nature. Cette identité est aujourd'hui admise par tous.

Chez notre malade, la tuberculose a tout d'abord frappé l'articulation. Cette forme primitive est la plus rare. D'après

la statistique de Kœnig, on ne la rencontre guère qu'une fois sur cinq. Les tuberculoses secondaires, plus fréquentes, succèdent surtout à la phthisie pulmonaire, assez souvent aussi, elles sont précédées par les adénites tuberculeuses qui forment le début de l'infection.

Le pronostic est grave; il est grave au point de vue général, car si aucun organe autre que le genou ne semble encore touché, la pâleur, l'amaigrissement, inspirent de sérieuses inquiétudes. Il est surtout grave au point de vue local. Tout ce qu'on pourrait espérer à l'âge de ce jeune homme, dans les conditions les plus favorables de traitement, serait la guérison par ankylose. Mais sa position sociale ne nous permet pas de compter obtenir cette terminaison sans opération et nous allons être forcés de pratiquer la résection.

Au début, les conditions thérapeutiques auraient été singulièrement plus favorables. Mais on a toujours négligé le moyen qui est la base même du traitement des arthrites : l'immobilisation. L'immobilisation absolue, faite dans un appareil plâtré, de préférence dans une demi-gouttière qui permet de surveiller l'articulation et d'employer divers moyens accessoires, donne les meilleurs résultats. Ayez, bien entendu, soin de prévoir l'éventualité de l'ankylose et de placer le membre dans l'extension, dussiez-vous ne réaliser cette extension que par le redressement forcé sous le chloroforme ou par des sections tendineuses. Employez en même temps la compression, la révulsion par les vésicatoires et surtout les pointes de feu. Les pointes de feu superficielles suffisent et j'ai tout à fait abandonné l'ignipuncture.

Mais, à côté de ce traitement local, le traitement général a une importance de premier ordre. Il ne consiste pas seulement dans les médicaments : iode arsenic, iodoforme, créosote, phosphate de chaux, il consiste avant tout dans l'hygiène. Si notre malade pouvait aller passer de longs mois soit à la campagne, soit au bord de la mer, s'il pouvait aller chaque hiver dans le Midi et chaque été dans quelque station thermale, Salies ou Salins, par exemple; s'il pouvait se donner un bien-être complet comme habitation et comme nourriture, on devrait peut-être, malgré l'ancienneté des lésions, essayer encore la méthode conservatrice. Mais, dans les conditions sociales où il se trouve, ce serait aller non seulement au-devant d'un échec, mais d'une aggravation continue.

Les lésions ne sont pas assez graves pour motiver l'amputation; l'amputation ne doit être, aujourd'hui, qu'une ressource suprême dans les suppurations, les destructions étendues. L'arthrotomie, même avec la cautérisation ignée, même avec l'évidement des surfaces articulaires, ne me semble pas une très bonne opération, quand les os, comme c'est ici et comme c'est d'ailleurs presque toujours le cas, sont envahis. C'est donc la résection qu'il faut pratiquer. Dans la période pré-antiseptique, la résection avait été presque abandonnée pour le genou; la mortalité était extrême; chez les malades survivants, les résultats fonctionnels étaient presque toujours détestables ; l'absence de consolidation osseuse, par suite de la suppuration, donnait un membre inutile. Aujourd'hui, l'opération n'a qu'une mortalité très faible, et la possibilité d'obtenir, grâce à une antisepsie parfaite, la réunion par première intention, assure le succès fonctionnel; il faut, en effet, que l'ankylose des os sectionnés soit aussi complète que possible. Vous connaissez le manuel opératoire. L'incision la plus commode est une incision courbe, partant d'un condyle, descendant sur le tibia jusqu'à l'insertion du ligament rotulien et remontant sur l'autre condyle. On dissèque et on enlève la rotule, dont la conservation serait plus nuisible qu'utile. On gratte énergiquement la synoviale. On achève la désarticulation et on résèque une partie du fémur, puis du tibia. Dans les destructions trop étendues, pour éviter un raccourcissement énorme, on peut ne faire qu'une résection de la plus grande partie des extrémités osseuses envahies et compléter cette résection partielle par l'évidement des foyers restants. La suture osseuse est presque toujours inutile, sauf le cas d'adaptation difficile des surfaces ; en ce cas, les sutures, même métalliques, doivent être perdues; ces sutures perdues n'ont pas d'inconvénients avec une stricte antisepsie et en ayant bien soin d'aplatir, de marteler le tortillon du fil d'argent pour le noyer, en quelque sorte, dans l'os. Les sutures superficielles doivent laisser place au drainage. Le pansement, et surtout la gouttière plate d'immobilisation, doivent être enfin appliqués avec le soin le plus minutieux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HYPERSÉCRÉTION CHLORHYDRIQUE

Par Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux.

I

La sécrétion exagérée et continue d'un suc gastrique surchargé d'acide chlorhydrique est un état pathologique qu'ont fait connaître, depuis Reichmann (1), un nombre assez considérable de publications. Cependant les cas nets et purs de cette forme de dyspepsie hyperchlorhydrique ne sont pas extrêmement fréquents, et les observations recueillies avec examens chimiques, précis et répétés, et suivies pendant un temps prolongé, ne sont pas nombreuses.

Le hasard, qui, à l'hôpital, fournit si souvent des séries morbides à celui qui les cherche — cherchez et vous trouverez — m'a permis, depuis le début de cette année, de diagnostiquer, d'étudier et de suivre plusieurs faits de ce genre. Chacun d'eux comporte un enseignement particulier et leur comparaison présente un véritable intérêt. Nous nous proposons de publier successivement, ici, ces observations, très démonstratives et d'une netteté presque schématique. Leur comparaison donnera une histoire presque complète de l'hypersécrétion continue et chronique du suc gastrique.

I. *Hypersécrétion gastrique continue, avec dilatation de l'estomac, à la suite de revers de fortune.* — Un Arménien, âgé de quarante-deux ans, actuellement journalier, entre à l'Hôtel-Dieu-Annexe, le 15 juillet 1891. C'est un homme petit et maigre qui déclare souffrir de l'estomac depuis 1876, mais d'une façon plus marquée depuis quatre ans d'ici. En 1876, il habitait Constantinople où il faisait le commerce de marchandises orientales. La guerre turco-russe fut, pour lui, la cause de grandes pertes. Son avoir était surtout représenté par du papier monnaie, dont la valeur subit, à cette époque, une baisse considérable. Depuis, il a parcouru divers pays sans rétablir sa fortune.

En sa qualité d'Oriental, il n'a jamais fait d'excès de boissons ; l'eau était son breuvage favori.

(1) REICHMANN. Ueber Magensaftfluss, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1883.

Il éprouve, une à deux heures après le repas, des douleurs au creux épigastrique qui prennent, quelquefois, une intensité très grande. Ces douleurs irradient vers l'hypochondre gauche. Elles sont ordinairement calmées par l'ingestion d'une quantité de liquide même peu considérable. Parfois, surtout lorsque les sensations douloureuses ont été particulièrement vives, des vomissements surviennent qui mettent fin à la crise. Le malade est quelquefois réveillé la nuit par des douleurs gastriques de ce genre.

Il a été autrefois soigné, à Constantinople, par le lavage de l'estomac. Ce traitement a amené une amélioration qui n'a pas persisté. Les crises douloureuses sont, depuis quelque temps, devenues plus pénibles, plus fréquentes et plus longues.

L'appétit est conservé ; malgré cela, il y a un amaigrissement marqué. Depuis plusieurs semaines, les vomissements sont, du reste, devenus à peu près quotidiens. Jamais d'hématémèse, ni de mélæna.

Les selles sont régulières.

A l'examen de l'abdomen, qui n'est pas ballonné, on constate un degré notable de dilatation de l'estomac; on perçoit du clapotage à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Par la succussion, le matin à jeun, on constate un bruit de flot considérable, indiquant la présence dans l'estomac d'une grande quantité de liquide.

Le 16 juillet, à dix heures du matin, on extrait par la sonde plus d'un litre d'un liquide trouble, donnant l'idée d'une purée de pois fortement délayée. Vers deux heures du matin, le malade avait bu un demi-verre de lait; il n'y a, du reste, dans le liquide extrait, pas trace de caillot caséeux. Ce liquide a une odeur fade.

Son acidité mesurée par la solution décinormale de soude, en présence de la phénolphtaléine, est de 4,41 p. 1 000. Il vire le vert brillant au jaune vert et le décolore ensuite d'une façon rapide. Il renferme donc certainement une notable quantité d'acide chlorhydrique libre.

La réaction du biuret est très nette, il y a donc des peptones en quantité relativement considérable.

Le malade est soumis au régime lacté et gavé à la poudre de viande alcalinisée, d'après la méthode de M. Debove. On pratique le lavage de l'estomac le soir, de façon à le débarrasser pour la nuit des résidus alimentaires et du liquide acide qu'il sécrète en quantité exagérée.

L'amélioration est immédiate, mais la diarrhée force à interrompre le gavage et le lavage.

Le 19 juillet, repas d'épreuve : 60 grammes de pain et 250 grammes de thé léger; expression au bout d'une heure. On obtient avec peine environ 150 centimètres cubes d'un liquide trouble dans lequel nagent des fragments de pain ramollis. L'acidité du suc gastrique est de 2,80 ; il vire nettement le vert brillant et le décolore rapidement.

Le malade prend directement la poudre de viande (100 grammes environ par jour), soit dans du bouillon, soit dans du rhum très étendu d'eau. Deux fois par jour deux œufs et 2 litres à 2 litres et demi de lait. Douches froides en jet tous les deux jours. Amélioration marquée, disparition des douleurs; il n'y a pas eu de vomissements depuis l'entrée à l'hôpital.

La diarrhée survient par intermittence. Il y a une sorte de balancement entre la diarrhée et l'accumulation du liquide dans l'estomac. Parfois, on constate nettement un clapotage qui se passe dans le côlon, et le lendemain apparaît le flux diarrhéique.

Il n'y a plus de liquide dans l'estomac le matin à jeun.

Le 20 août, le liquide gastrique extrait de l'estomac, sans lavage préalable, après un repas d'épreuve semblable au précédent, a une acidité de 2,70 p. 1 000. Il vire le vert brillant du bleu au vert.

Par le procédé d'analyse de MM. Hayem et Winter, on ne trouve que 0,36 p. 1000 d'acide chlorhydrique libre et 2,54 p. 1 000 de chlore en combinaison organique. Il est à remarquer que ce liquide avait été obtenu facilement et en quantité supérieure à ce qu'on obtient habituellement en semblable circonstance. On avait extrait, en effet, de 3 à 400 centimètres cubes de liquide, alors que la quantité ordinaire est de 150 à 200 centimètres cubes : il y a donc une véritable dilution du contenu de l'estomac dans un suc gastrique sécrété en excès. Le total de l'acide chlorhydrique libre et du chlore combiné : 2,90, dépasse la moyenne; il y a encore, malgré l'amélioration, une sécrétion chlorhydrique exagérée.

Le 25 août, nouveau repas d'épreuve, semblable au précédent. Le contenu de l'estomac, enlevé au bout d'une heure, est constitué par un liquide peu coloré, qui ne renferme pas de trace de pain reconnaissable, mais seulement des flocons grisâtres, peu nombreux, donnant l'idée de flocons muco-purulents. (Le malade ne tousse ni ne crache.)

Par le procédé que nous avons indiqué avec M. Rémond (de Metz), on évalue le contenu de l'estomac à 340 centimètres cubes. Le liquide stomacal filtre très rapidement, son acidité est de 2,99. Par le procédé Hayem-Winter, on trouve 1,06 d'acide chlorhydrique libre et 0,66 d'acide chlorhydrique en combinaison organique. Il y a donc une quantité élevée d'acide chlorhydrique libre.

Lors du premier repas d'épreuve, l'acide chlorhydrique avait trouvé des substances albuminoïdes auxquelles il pouvait s'allier, tandis que dans le second, ces substances ayant déjà disparu, l'acide chlorhydrique sécrété était demeuré libre. L'hypersécrétion est ainsi prise sur le fait. L'hypersécrétion est à la fois quantitative et qualitative.

Nous nous contenterons, pour le moment, de relever sommairement les points saillants de cette observation. Le mal survient après des revers de fortune ; il s'accroît à la suite des fatigues et des préoccupations du malade qui cherche, sans y réussir, à rétablir sa situation. L'estomac est, à jeun, très dilaté; avant tout traitement, il renferme, le matin, 1 litre d'un liquide riche en acide chlorhydrique. Il y a non seulement stase des liquides, mais véritable hypersécrétion, ainsi que le démontrent les repas d'épreuve. Enfin l'emploi de la poudre de viande et des alcalins à dose élevée (de 15 à 20 grammes par jour d'un mélange à parties égales de craie préparée et de bicarbonate de soude) amène un soulagement marqué. Les forces du malade se rétablissent, il engraisse. Cependant l'hypersécrétion continue, moins acide il est vrai.

Nous ne voulons pas insister davantage pour le moment; nous reviendrons plus tard sur cette histoire typique, lorsque nous aurons rapporté nos autres observations.

CAMPEMENT PROLONGÉ ET FIÈVRE TYPHOIDE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYGIÈNE DU CAMPEMENT (1)

Par le docteur J. Marty, médecin-major de deuxième classe.

X

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Il nous reste à résumer cette étude et à en isoler les conclusions qui s'en dégagent, conclusions dont l'expérience, résultant de quatre années d'observations, nous a démontré l'importance.

Après avoir rappelé qu'en Afrique, la mortalité, par suite de la fièvre typhoïde, est constamment supérieure à celle de la France, nous avons examiné quels sont les facteurs spéciaux pouvant avoir de l'influence sur ce fait.

Parmi eux, nous avons vu figurer le campement.

Dans la partie bibliographique et analytique, nous avons vu le rôle infectieux des camps donner lieu à des travaux rares, mais de plus en plus affirmatifs; puis, nous avons rappelé les règles d'hygiène du campement, émises par des voix plus autorisées que la nôtre.

Dans l'histoire de quelques faits où l'évacuation d'une caserne avec campement pur et simple n'a pas suffi pour arrêter l'épidémie typhoïde qui l'avait nécessitée, nous voyons cette épidémie, enrayée d'abord, reprendre, après quelques jours, une nouvelle violence. Nous avons vu, dans ce fait, une preuve de la facilité avec laquelle le germe de la typhoïde, importé dans un camp neuf par des hommes en incubation de cette affection, y prospère sous l'influence des conditions d'infection rapidement produites sous la tente à demeure.

Nul doute que, dans ce cas, il ne faille, de préférence, suivre la ligne de conduite adoptée à Oran, et recourir aux déplacements successifs et rapprochés.

Dans la partie qui nous est personnelle, nous avons étudié quatre épidémies.

Nous avons admis, comme probable, la pré-existence du germe dans les trois premières, comme moins probable dans la quatrième.

Dans aucune, nous n'avons trouvé d'importation initiale immédiate pouvant donner naissance à un développement épidémique.

Nous avons éliminé le rôle des aliments, des eaux de boisson, des fatigues, du surmenage, des privations, du manque de soins hygiéniques, des variations de la nappe d'eau souterraine.

Nous avons précisé celui de l'âge des hommes frappés et de l'acclimatement des recrues.

Nous avons admis le rôle adjuvant de l'insolation qui, dans trois cas, a pu être positif, et a été nul dans un quatrième.

Nous avons conclu à des épidémies d'infection.

Nous avons précisé le rôle qu'ont pu jouer les foyers d'infection, matières organiques et fumiers existants, et nous avons montré qu'ils n'expliquaient pas les expansions épidémiques.

Nous avons vu que l'encombrement ne peut être invoqué dans le plus grand nombre des cas.

Nous avons admis une infection généralisée à tout le casernement, sans foyers spéciaux au début, consécutive au séjour de l'homme, et produisant un milieu très favorable au développement du germe typhique.

Nous avons montré combien cette infection se produit dans les tentes d'une façon plus rapide que dans les bâtiments, même médiocres, surtout si l'insolation aide à son développement et si l'absence de latrines, bien organisées, engage les hommes à souiller le sol, de telle sorte que l'infection des tentes se fait, et par l'habitation, et par les infiltrations du dehors.

Nous avons vu combien l'affection typhoïde trouve, dans des tentes souillées par les crachats, les produits condensés de la perspiration cutanée et de la respiration pulmonaire, les saletés apportées par les pieds, eaux grasses et autres, à défaut des autres facteurs cités plus haut et dont l'action s'y ajoute trop souvent, malgré les défenses faites, un milieu plus favorable à son expansion épidémique que dans des baraques bien plus vieilles, mais où le sol absorbe moins.

Nous avons montré les parties des camps où la ventilation était moins active, s'infecter plus vite et donner plus de malades.

Nous avons vu que les périodes épidémiques ont sévi, dans nos quatre observations, dans des tentes debout, une fois depuis un mois et les autres fois depuis sept à huit mois environ.

Nous avons vu que, toutes les fois que l'emplacement des tentes a été changé, la production s'est arrêtée dans un délai ayant varié de cinq à vingt-quatre jours, non seulement dans le camp, mais dans le casernement.

Dans l'exposé rapide de trois petites épidémies, nous avons indiqué combien la production des cas de typhoïde sous la tente peut être plus rapide, s'il s'agit d'hommes fatigués, mal nourris, usant d'eaux de mauvaise qualité.

Enfin, nous avons exprimé la conviction qu'en recherchant les faits de cet ordre, on en trouverait bien d'autres et qu'il y a là des décès qu'il est facile d'éviter.

Pour cela, il n'y a qu'à suivre l'hygiène du campement, telle qu'elle est indiquée par des autorités dont la compétence ne saurait être discutée.

Il faut choisir le terrain dans les meilleures conditions possibles, loin de tout foyer de putréfaction, sur un sol vierge, en pente, sec.

Si le camp doit avoir une certaine durée, il est nécessaire de drainer le terrain, et, si l'on juge utile d'établir une ceinture quelconque, de veiller à ce que l'espace compris dans l'enceinte soit assez large pour qu'il soit possible de déplacer les tentes périodiquement.

On évitera toute clôture élevée. Un fossé avec remblai sera la meilleure. On évitera aussi les points dominés de tous côtés, même en l'absence de marécage. Le vent doit pouvoir activer l'aération naturelle des tentes. On évitera de choisir, surtout dans les pays chauds, l'exposition sud, pendant les chaleurs, surtout quand il n'existe aucun abri et que les terrains voisins dénudés, agissant comme réflecteurs, concentrent sur le camp la chaleur solaire.

L'hiver, on veillera à ce que les hommes ne calfeutrent pas trop la tente.

La tente marabout sera préférée à la petite tente. Elle n'aura jamais plus de dix hommes.

Il sera tenu la main avec rigueur à la propreté du camp. Cette propreté sera rendue plus facile aux hommes, en ne souffrant pas qu'un camp soit dépourvu de tinettes. Les feuillées seront établies, conformément aux règles tracées par M. le médecin-inspecteur Dujardin-Beaumetz, règles rappelées plus haut.

Les animaux seront installés de telle façon que leurs déjections ne puissent, en souillant les couches superficielles du sol, venir aider à l'infection des tentes. Leur campement, considéré à juste titre comme un foyer d'infection, sera placé, s'il est possible, à une certaine distance des tentes et hors de l'action des vents dominants.

Il sera avantageux d'avoir, dans le camp, s'il doit durer, quelques plantations.

Les tentes seront espacées, de façon à ce que l'air circule facilement entre elles. De larges rues seront ménagées entre les rangées, entretenues en bon état, et empierrées au besoin pour les camps permanents.

Au point de vue de l'installation de la tente, le décapage du sol et son tassement ne sauraient être considérés comme suffisants pour un camp d'une durée relativement longue, et, à plus forte raison, pour un camp permanent.

Cette façon de faire ne met aucun obstacle à l'infection du sol qui absorbe tout déchet organique. La propreté sera, dans ces conditions, toujours insuffisante, quelque bien observée qu'elle semble l'être. Il y aurait donc lieu de prescrire, pour tout camp de longue durée, un bon pavage de l'aire des tentes.

Nous n'insistons pas sur les mesures destinées à assurer la pro-

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 993.

preté et l'aération de l'intérieur de la tente. Elles ne sont jamais trop scrupuleusement suivies, et doivent être exécutées le plus largement possible.

Mais, même en s'y conformant, on n'est pas à l'abri de désagréables surprises. Aussi est-il à désirer qu'on ne néglige jamais, sauf cas absolument majeur, de les déplacer périodiquement. Abattre et laisser reposer le terrain quelques heures, une fois par semaine, n'est pas suffisant; le terrain infecté a besoin d'une plus longue aération pour cesser d'être dangereux.

Il y aurait donc des maximum à fixer, à notre avis, toutes les fois qu'il s'agit de petites tentes, de terrains meubles ou douteux, et d'hommes placés dans des conditions de fatigue ou d'hygiène défectueuses, pouvant les débiliter ou rendre difficiles les soins d'une scrupuleuse propreté, le terme de quatre jours devrait être rigoureusement imposé.

Quand il s'agirait de camps bien choisis et bien installés, établis sur des emplacements salubres, bien aérés, destinés à des hommes y trouvant toutes les conditions hygiéniques désirables, les changements seraient moins fréquents, mais le terme de quinze jours serait de rigueur; celui d'un mois est trop long, au moins pour les pays chauds.

Les espaces laissés découverts et pavés pourraient être utilisés de nouveau au bout d'un certain temps.

Cette façon de faire occuperait un à deux jours par mois, suivant le cas, mais elle réduirait considérablement les dangers trop réels des tentes installées à demeure et supprimerait toutes les explosions épidémiques visées dans ce travail.

REVUE DE LA PRESSE

L'œdème bleu des hystériques. — Tandis que, parmi les troubles trophiques que peut produire l'hystérie, l'œdème blanc se trouve signalé de longue date et était déjà signalé par Sydenham, l'œdème bleu est de connaissance très récente. M. Charcot l'a signalé le premier en 1889. Cet œdème a pour caractère d'être dur, si dur que la pression du doigt ne laisse pas d'empreinte; la coloration est lilas, violacée, bleue, parfois même presque noire.

Les parties atteintes offrent un refroidissement très notable. L'œdème bleu accompagne d'ordinaire quelque autre accident hystérique, paralysie, contracture et marche parallèlement avec lui. Par suggestion, chez une grande hypnotique, M. Charcot a pu déterminer sa production.

Comme traitement, l'hydrothérapie, à titre d'agent général, le massage, les aimants, à titre d'agents locaux, sont seuls à conseiller. La suggestion peut être parfois utile. On n'oubliera pas, d'ailleurs, que l'œdème bleu est appelé à céder de lui-même avec la paralysie, la contracture qu'il accompagne, c'est donc surtout contre cette paralysie et cette contracture que le traitement devra être dirigé. Il faut toujours éviter l'application des bandages inamovibles, qui produit souvent sur les contractures des effets désastreux. Cette action des appareils inamovibles, dans l'hystérie, mérite d'ailleurs d'être étudiée en détail, surtout dans les coxalgies hystériques. (Leçons de M. Charcot, recueillies par M. Guinon, *Progrès médical.*)

Valeur diagnostique de la poly-adénite périphérique dans la tuberculose infantile, par Michel Mirinescu — M. Hutinel, dans ses *leçons cliniques*, M. Legroux, au Congrès pour l'étude de la tuberculose de 1888, ont montré la valeur diagnostique qu'il fallait attacher dans les cas douteux de tuberculose infantile à la présence d'adénopathies petites et multiples (micro-poly-adénopathies. Les recherches bactériologiques de M. Mirinescu confirment pleinement cette valeur.

Cliniquement, les adénopathies précoces des enfants tuberculeux présentent les caractères suivants. Elles sont multiples, souvent généralisées aux aines, aux aisselles, à la région cervicale, à la nuque. Ces adénites existent même dans les parties du corps dont les lymphatiques, aboutissant aux ganglions correspondants, n'ont présenté et ne présentent aucune trace de lésion. Les ganglions sont durs, scléreux, petits; ils donnent à la palpation la sensation de grains de plomb disséminés sous la peau; ils sont libres de toute adhérence. Leur volume, leur consistance ne varient pas, ne se modifient pas.

Dans ces adénites, M. Mirinescu a trouvé quinze fois sur seize des lésions tuberculeuses, des bacilles et l'inoculation de la pulpe ganglionnaire dans le péritoine de cobayes les a rendus tuberculeux dans l'espace de deux mois et demi à trois mois.

Quelles sont les conclusions qu'on doit tirer de ces faits cliniques et thérapeutiques? Doit-on déclarer tuberculeux tout enfant porteur de ces adénopathies périphériques? Évidemment non: ce qu'on peut dire, c'est que l'enfant qui présente des signes vagues de tuberculose est le plus souvent un tuberculeux, quand il a des adénites périphériques et qu'aucune lésion des organes dont les lymphatiques aboutissent à ces ganglions ne peut les expliquer. (*Rev. des mal. de l'enf.*)

Traitement du rhumatisme par l'huile de Wintergreen. — L'huile de Wintergreen constituerait un moyen sédatif puissant dans les douleurs rhumatismales subaiguës et chroniques. Staples l'emploie sous forme d'un liniment à parties égales d'huile de Wintergreen et d'huile d'olive. Après l'application de ce liniment, le membre est maintenu bien enveloppé. La douleur disparaît après quatre ou six heures. Sur plus de cent cas traités en quatre ans par cette méthode, Staples n'aurait eu que deux insuccès. (D'après une analyse du *Medical Record.*)

Traitement des troubles nerveux paroxystiques (asthme, migraine, épilepsie). — Pearse range sous la dénomination commune de troubles nerveux paroxystiques, toutes les névroses à attaques, à crises, à exacerbation. Il rapproche, par exemple, au point de vue pathogénique, l'asthme et la migraine de l'épilepsie. Dans toutes ces affections, le trouble est dû à des orages passagers, à des révoltes transitoires des centres nerveux. L'indication thérapeutique est moins de s'attaquer à la crise elle-même que de rétablir l'équilibre nerveux compromis.

En dehors d'une hygiène sévère, les principaux médicaments seront le bromure, le chloral et la belladone. Donnés comme dans l'épilepsie, ces deux médicaments seront aussi utiles contre l'asthme et la migraine grave que contre l'épilepsie. Dans la migraine et l'asthme, Pearse prescrit d'ordinaire régulièrement le chloral et la belladone matin et soir. Au début de l'attaque, comme traitement palliatif et abrégeant les souffrances, les injections d'une solution de morphine et d'atropine offrent une grande utilité. Si les crises de migraine sont rares et ont une certaine périodicité, les médicaments peuvent n'être donnés que quelques jours avant le moment où l'on craint l'apparition de l'accès.

L'idée de rechercher la disparition des accès d'asthme et de migraine, moins par une médication énergique et passagère, au moment de l'accès, que par une médication suivie dans l'intervalle des accès, est assurément logique. On ne devra, toutefois, pas perdre de vue les inconvénients qu'offre toujours la polypharmacie chez les sujets nerveux. Ce n'est donc qu'en cas d'échec des modificateurs d'ordre purement hygiénique, en cas d'asthmes et de migraines particulièrement tenaces et graves, qu'on pourra essayer ce traitement alors parfaitement justifié. (*Practitioner.*)

Un signe nouveau : le battement trachéal, dans le diagnostic des anévrysmes thoraciques. — Mac Donnell indique un signe nouveau qui rendrait de grands services dans le diagnostic si difficile des anévrysmes thoraciques. Le malade étant debout la bouche fermée, le menton étendu, on saisit entre l'index et le pouce son cartilage cricoïde. En cherchant à abaisser ce cartilage, on sent nettement, dans les cas d'anévrysme, le battement transmis à la main par la trachée. Ce signe est souvent précoce, il existe alors que beaucoup d'autres manquent, il ne se rencontrerait jamais ni à l'état normal ni dans aucune affec-

tion autre que les anévrysmes. Les anévrysmes qui le produisent occupent la partie transversale de l'aorte et sont surtout en contact avec la hanche gauche. Dans dix-sept cas où ce signe avait été noté, l'autopsie faite huit fois vérifia et ce siège et l'exactitude du diagnostic. Dans ces dix-sept cas, ce signe ne put être constaté dès le premier examen du malade, preuve évidente de sa précocité. (*The Lancet.*)

Sciatique spasmodique. — Le spasme musculaire produit par les douleurs de la sciatique peut, ainsi que le montrent diverses observations de M. Brissaud, produire diverses déformations. Les principales sont : l'inclinaison de la colonne vertébrale du côté malade, raccourcissement du membre et éloignement de la fesse par ascension et rotation du bassin. Ces déformations sont souvent difficiles à distinguer de la coxalgie et surtout de la coxalgie hystérique. Cette sciatique spasmodique fut, dans un cas, remarquable par le nombre des récidives (huit attaques en huit ans).

Les antispasmodiques et en particulier le valérianate d'ammoniaque ont seuls donné des résultats dans une observation. Dans une autre, au contraire, l'électricité, le massage de la cuisse, l'hydrothérapie suffirent à assurer la guérison. (*Progrès médical.*)

Traitement de la fièvre typhoïde. — L'emploi d'un certain nombre de médicaments : naphtaline, calomel, antipyrine, antiféline, salicylate, acide chlorhydrique, digitale, phénacéline, est successivement discuté. Leur valeur reste finalement assez contestée. Parmi ces médicaments, plusieurs même (antipyrine, antiféline, digitale) ne sont guère mentionnés qu'en raison des dangers de leur emploi. La naphtaline paraît avoir eu quelques effets utiles, en particulier dans le cas de diarrhée profuse. La méthode antiseptique est assurément séduisante, mais il faut bien avouer, avec Wolff, qu'aucun des antiseptiques connus n'est susceptible, à dose non toxique, de stériliser le tube intestinal. Les bains froids ne paraissent pas compter beaucoup de partisans. La conclusion la plus intéressante et la plus nette de cette discussion est la vive réaction de plusieurs médecins américains Osler, Smith, Lewick, Wood, Cromps, etc., etc., contre l'abus de la thérapeutique dans la fièvre typhoïde. L'eau froide, le lait doivent constituer le fond du traitement, et il y a moins de danger à prescrire trop peu de médicaments que trop. (Discuss. du Congr. ann. de l'Amer. Med. Assoc., *Med. Record.*)

Traitement chirurgical de l'hydrocéphalie, par A. Broca. — La tolérance extrême du creux des méninges du cerveau pour les instruments aseptiques ont permis à Keen, imité depuis par Mayo Robson, Thiriar, Broca, de drainer les ventricules latéraux dans le cas d'hydrocéphalie.

La technique opératoire est assez simple. Une couronne de trépan est appliquée à 3 centimètres en arrière et au-dessus du méat auditif externe. Le cerveau, mis à nu, est perforé avec un trocart enfoncé en visant un peu au-dessus du méat auditif du côté opposé (3 à 6 centimètres au-dessus, selon le volume de la collection). Ce trocart parvient à coup sûr dans la collection et y parvient sans traverser de zones utiles de l'écorce. Le drainage a été fait, soit avec un drain de caoutchouc, soit pour éviter une décompression trop rapide avec un faisceau de crin de cheval. L'écoulement rapide et la compression brusque doivent, en effet, être très soigneusement évités.

Dans quelles conditions cette opération peut-elle être utile? Dans l'hydrocéphalie congénitale on ne peut espérer quelque résultat qu'à la condition d'opérer avant la soudure des fontanelles pour que la boîte cranienne prenne mieux le retrait du cerveau. Dans les hydrocéphalies par tumeur, l'opération ne peut être utile. Dans certains cas de syphilis cérébrale avec distension ventriculaire, il n'est pas irrationnel, pour abréger autant que possible la souffrance de l'écorce, d'associer l'évacuation du liquide à la médication spécifique.

La principale indication restera une poussée aiguë dans les ventricules, soit au cours d'une hydrocéphalie congénitale (cas de Broca), d'une otite (Mayo Robson), etc., etc. Le plus beau succès connu est celui de Mayo Robson. Un enfant de dix ans, au cours d'une otite, avait été pris d'hémiplégie droite avec aphasie. Mayo Robson trépana, croyant à un abcès. Ne trouvant pas de pus et voyant que le cerveau ne battait pas, il ponctionna le ventricule latéral. Après issue d'une cuillerée environ de liquide clair les pulsations reparurent. Trois jours après l'opération, l'aphasie commençait à disparaître, un mois après l'hémiplégie avait cessé; au bout de six mois la guérison était complète. (*Rev. des mal. de l'enf.*)

Apoplexie pulmonaire (traitement de l'apoplexie pulmonaire par la ponction du poumon). — Simpson a pratiqué la ponction du poumon dans quatre cas d'apoplexie pulmonaire avec œdème et congestion interne, ne laissant plus aucun espoir et ayant résisté à tous les autres moyens de traitement. La ponction est faite au moyen d'une aiguille aspiratrice, un peu grosse, dans le neuvième espace ou dans un espace plus inférieur encore. La ponction est faite brusquement, sans temps d'arrêt qui amènerait des blessures multiples de la surface pulmonaire. La quantité de sang extraite a varié suivant les cas. Elle fut, dans une observation, de 400 grammes environ. Dans une autre, l'œdème était tel qu'il ne vint qu'un liquide séreux. Il y eut soulagement momentané de la dyspnée, mais les quatre malades succombèrent malgré l'intervention. (*The Lancet.*)

Quel est le meilleur lavement nutritif? — On est très sceptique, et à bon droit, à l'égard des lavements nutritifs. En effet, les ingrédients dont ils se composent habituellement sont dépourvus de toute valeur nutritive (bouillon), ou bien ils ne sont absorbés et assimilés que peu ou point (lait).

Pour remédier à cet état de choses, Leube a introduit dans la thérapeutique, en 1872, des lavements nutritifs composés de pulpe de viande et de pancréas; plus tard, Ewald a proposé, pour l'alimentation rectale, les peptones de viande et de caséine. Bien que des expériences physiologiques et cliniques probantes aient démontré que la pulpe de viande pancréatinisée et les peptones sont, en partie du moins, absorbées par la muqueuse du rectum et permettent ainsi une véritable alimentation rectale, l'usage des lavements de Leube et d'Ewald ne s'est pas généralisé. Il n'en pouvait être autrement, parce que cette méthode est très compliquée et d'une application difficile.

La recherche d'un lavement nutritif, plus simple et en même temps efficace, est donc toujours à l'ordre du jour. Ewald le comprenait bien lorsque, après avoir fait des essais avec les peptones, il entreprit encore des expériences avec les lavements d'œufs non peptonisés, expériences qui lui donnèrent ce résultat assez inattendu que, même n'étant pas peptonisés, les œufs sont en partie absorbés par la muqueuse rectale.

Un confrère suisse, le docteur Huber, ayant repris dernièrement ces recherches d'Ewald, à la Clinique médicale du professeur Eichhorst, à Zurich, a trouvé que l'absorption des œufs par la muqueuse rectale était très considérablement accrue, au point de devenir presque égale à celle des œufs peptonisés, par l'adjonction au lavement de 1 gramme de chlorure de sodium par œuf. L'adjonction de sel de cuisine à la dose indiquée est bien supportée et ne produit généralement aucune irritation de l'intestin.

Il paraît donc acquis que, pour le moment du moins, le meilleur lavement nutritif est celui qui est composé uniquement d'œufs crus battus avec du sel de cuisine.

Huber conseille de prendre, pour un lavement, deux ou trois œufs, additionnés de 2 à 3 grammes de sel. On injecte lentement, au moyen d'un entonnoir de Hegar et d'un tube en caoutchouc mou introduit dans l'intestin aussi haut que possible.

Le malade reçoit trois lavements pareils par jour. Une heure avant chaque lavement nutritif, on lui administre un lavement évacuateur composé simplement d'eau. (*Mercredi médical.*)

Stérilisation du catgut par la chaleur. — Après différents essais, M. Larochette, pharmacien à Lyon, a donné comme le meilleur, le procédé suivant de stérilisation du catgut.

« Ce moyen simple est le suivant : il consiste dans l'emploi d'un bocal à large ouverture, fermé par un bouchon de liège, mais d'un bocal de grande capacité, au fond duquel on place un peu de coton et par-dessus les cordes à stériliser. Trois ouvertures sont pratiquées dans le bouchon permettant l'introduction dans le bocal-étuve : 1° d'un thermomètre ; 2° d'un tube recourbé pour permettre l'évaporation de l'eau contenue dans les cordes ; 3° d'un régulateur, système Roux, pour régler la température. Le bocal-étuve est placé dans un bain d'huile. On chauffe modérément, de façon à élever graduellement la température, et à permettre à l'eau emprisonnée dans les fibres de la corde de pouvoir se vaporiser facilement. Il faut, pour ainsi dire, dessécher lentement la corde. Là est tout le secret de la stérilisation du catgut par la chaleur. L'asepsie est complète après deux heures de chauffe à 140 degrés. Enfin, avec une pince flambée au gaz, on retire de l'étuve les cordes stérilisées et on les conserve dans de l'huile d'olive, préalablement bouillie, contenant 10 p. 100 de son poids d'acide phénique cristallisé.

Des essais bactériologiques ont été faits par M. le docteur Roux ; ils ont été négatifs, l'asepsie était par conséquent complète. »

THÈSES DE PARIS

Suture osseuse dans le traitement des fractures de l'olécrane, par Frédéric Springer. — Les méthodes chirurgicales modernes ont permis de tenter opératoirement le traitement des fractures transversales de l'olécrane. Voici les conclusions auxquelles est arrivé M. le docteur Springer et qui sont celles généralement adoptées.

Pratiquées avec toutes les règles de l'antisepsie, l'ouverture de l'articulation du coude et la suture du fragment olécranien au cubitus ne sont point une opération dangereuse. Les fils ne doivent pas être enlevés.

Les méthodes ordinaires de traitement donnent, le plus souvent, des résultats médiocres. Dans tous les cas de suture de l'olécrane, les résultats ont été excellents.

Dans les cas de fractures de l'olécrane compliquées de plaie articulaire, l'indication opératoire est formelle. L'indication est formelle également dans les cas anciens, traités par les moyens ordinaires et suivis d'impotence fonctionnelle.

Parmi les cas récents, doivent seuls être exceptés ceux où le triceps possède encore une certaine action sur l'avant-bras et aussi ceux où les fragments n'ont pas de tendance à s'écarter ou peuvent être facilement rapprochés et maintenus au contact.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 15 septembre 1891, des médailles d'honneur en bronze ont été décernées aux personnes dont les noms suivent pour leur dévouement en temps d'épidémies :

M. Destot, interne des hôpitaux de Lyon, et M. Toffart, officier de santé, médecin du Bureau de bienfaisance de Dieulémont.

— La question de l'officiat de santé a été posée dans un grand nombre de départements pendant la session d'août des conseils généraux. Sur 64 départements, 46 se sont déclarés pour la suppression de l'officiat et 18 pour son maintien.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bogros (de Château-Chinon).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » . — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Saint-Louis. Le traitement abortif de la syphilis. — Deux observations de luxation de l'épaule compliquée de lésions osseuses. — Académie de Médecine. — Intérêts professionnels. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après un rapport de M. Charpentier sur une intéressante communication de M. Bidon (de Marseille), relative à un cas d'amnésie post-éclamptique, l'Académie a entendu deux de nos confrères de Lille, MM. Duret et Guermonprez. Le premier a donné lecture d'un travail sur la diplopie monoculaire comme symptôme cérébral. Ce travail est appuyé sur une observation fort bien prise et qui paraît concluante.

M. Guermonprez, dans un cas d'ablation d'un volumineux cancer de la face, pour assurer l'hémostase préventive, a eu l'idée de mettre à nu la carotide primitive juste au-dessous de sa bifurcation et de l'enserrer dans un petit drain en caoutchouc qui fut maintenu avec une pince à pression. Il nous semble, ainsi que l'a depuis longtemps démontré M. Péan, que la pince seule eût parfaitement suffi ; d'autant plus que si, l'opération terminée, l'hémorrhagie restait à craindre, on pouvait laisser cette pince à demeure.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Le traitement abortif de la syphilis.

Existe-t-il un traitement abortif de la syphilis ? Peut-on garder quelque espoir de tuer, avant son éclosion, le bourgeon de la vérole ? De nombreuses tentatives ont été faites ; elles ont été, dans ces derniers temps, plus multipliées, plus énergiques, plus rationnelles. Quel en a été le résultat ?

Les tentatives de traitement abortif de la syphilis sont fort anciennes. Dès 1508, Jean de Vigo écrivait qu'il fallait, au début du mal français, se hâter de détruire les pustules de la verge par les moyens les plus violents pour empêcher l'irradiation du mal. Jean-Louis Petit, Hunter et, dans notre siècle, Ricord, avaient renouvelé ces tentatives. Leurs nombreux échecs avaient fait perdre tout espoir, quand les théories modernes sur la cause de la syphilis sont venues rendre le courage aux expérimentateurs. La théorie ancienne attribuait l'affection à un virus, c'est-à-dire à un principe en quelque sorte immatériel, impondérable, échappant aux moyens directs de destruction. Les théories microbiennes peuvent, au contraire, laisser place à cette idée d'atteindre, dès le début, le nid où les microbes proliféreront, d'où ils partiront pour semer leurs colonies dans tout l'organisme. Mais toutes les théories doivent nous intéresser, nous praticiens, sans suffire à nous persuader. Voyons donc les résultats obtenus.

Les méthodes de traitement abortif, toutes nombreuses qu'elles aient été, peuvent se classer en deux groupes principaux, que j'appellerai, si vous le voulez bien, le « blocus » du chancre, la destruction du chancre. Dans le blocus du chancre, on a essayé de cerner le mal par des frictions à la pommade mercurielle, des injections mercurielles ou iodées tout autour du point envahi. On a même proposé de couper tous les lymphatiques sur la circonférence de ce point. D'autres se sont adressés aux ganglions et ont essayé les injections intra-ganglionnaires, l'évidement et même l'ablation. Ces méthodes théoriques sont justement oubliées ; il suffit de rappeler la richesse du réseau lymphatique de la verge, le nombre des ganglions inguinaux, pour comprendre qu'elles ne sauraient avoir la moindre chance de succès.

La destruction du chancre a été tout d'abord tentée par les caustiques : fer rouge, caustique carbo-sulfurique de Ricord, pâte de Vienne, etc., etc. Des tentatives ont même été faites avec le sublimé, dans l'espoir de joindre à l'action caustique l'action spécifique du sel mercuriel. Ces tentatives, même sur les chancres les plus récents, n'ont pas donné le moindre résultat favorable. Diday a cautérisé énergiquement des chancres datant seulement de trois jours, deux jours, un jour. La vérole est survenue intégralement, sans amélioration. Largiton Parker n'a pas obtenu non plus de résultat dans un chancre datant de deux heures. Berkeley Hill a rapporté une observation singulière plus démonstrative encore. Un de ses amis accourut chez lui en sortant de chez une femme avec laquelle il venait d'avoir des rapports et qu'il suspectait de syphilis, très inquiété par une écorchure que pendant le coït il s'était faite au prépuce. Berkeley cautérisa de suite cette écorchure à l'acide nitrique fumant, une heure à peine après la production. La lésion locale fut enrayée, mais quarante-huit jours après la roséole apparaissait.

L'excision tentée autrefois était à peu près oubliée, quand elle fut de nouveau essayée par Auspitz qui, en 1877, en rapportait 33 cas avec quelques succès. Cruvelli, en 1887, pouvait déjà en réunir 454 observations. Actuelle-

ment, le nombre des faits publiés s'élève à près de 600. C'est sur ces faits que doit porter notre discussion.

Tout d'abord, l'excision du chancre est une opération simple et sans gravité. Cette excision, faite primitivement avec les ciseaux, est pratiquée de préférence, aujourd'hui, avec le bistouri qui permet mieux d'extirper toute l'atmosphère péri-chancreuse. Il faut, suivant l'expression de M. Jullien, enlever le chancre aussi complètement, aussi largement qu'une tumeur maligne. Une incision circulaire est tout d'abord faite à 1 centimètre au moins du pourtour de la surface envahie, puis le chancre étant soulevé au moyen d'un tenaculum, on le sépare par dissection des parties profondes. L'ablation faite, on pratique, pour plus de sécurité, le curetage de la plaie. C'est là l'opération la plus générale. Parfois, la facilité d'enlever tout l'organe envahi, quand le chancre siège au prépuce, aux petites lèvres, conduit à une modification dont la technique opératoire se comprend d'elle-même. L'anesthésie locale par la cocaïne a été employée dans quelques cas; l'anesthésie par le chloroforme est préférable pour ne pas être gêné par la douleur dans l'éradication complète. En prenant les précautions d'antisepsie nécessaires, on n'a pas à craindre d'accidents locaux. L'hémorrhagie est facilement maîtrisée. La cicatrice est peu importante; il faut avouer, toutefois, que quelques chirurgiens se sont fait illusion en promettant une cicatrice tout à fait nulle. Le seul incident particulier à l'opération, qui ait été parfois signalé, est la reproduction dans la cicatrice de l'induration chancreuse. Cette nouvelle induration a été, dans certaines observations, opérée à nouveau et suivie d'une nouvelle récidive. Cet incident local intéressant n'a dailleurs ni durée, ni gravité.

Les résultats thérapeutiques sont bien difficiles à apprécier. Un premier fait se dégage des statistiques publiées. Les échecs sont bien plus nombreux que les succès. On trouve 102 succès pour 309 échecs dans la statistique de Cruvelli, 137 succès pour 447 échecs dans une statistique plus récente. On n'obtiendrait donc de résultat qu'une fois sur cinq environ.

Certes, cette proportion resterait bien satisfaisante, mais encore faudrait-il être certain de la valeur des observations de succès publiées. Beaucoup d'entre elles sont, pour une critique impartiale, plus que douteuses. Quelle valeur attribuer, par exemple, aux observations des médecins restés fidèles à la doctrine uniciste et se refusant à séparer le chancre induré du chancre mou? D'autres observations, où le chancre est survenu dix jours, huit jours, six jours, deux jours, un jour après le coït, portent, en elles-mêmes, la réfutation du diagnostic de chancre induré. La plus courte incubation connue pour ce chancre est, en effet, de treize jours et cette courte durée est bien exceptionnelle, l'incubation classique étant de vingt-quatre à vingt-cinq jours. Dans d'autres encore, les malades n'ont été suivis que pendant un temps beaucoup trop court après l'opération. Dans d'autres, enfin, ils ont été soumis, aussitôt après l'intervention, au traitement mercuriel. En réalité, rien n'est plus difficile et plus aléatoire que le diagnostic d'un chancre au début, alors que l'induration et l'adénopathie manquent encore. Voici le moulage d'un chancre au quatrième jour et vous pouvez voir combien la lésion est banale et sans caractères. Une observation d'excision, suivie d'arrêt de la syphilis, devrait, pour être acceptée, remplir les quatre conditions suivantes : 1° examen de la forme suspecte, afin de s'assurer que l'opéré a été réellement exposé à la syphilis; cette confrontation manque dans l'immense majorité des cas; 2° durée d'incubation classique; 3° observation complète et raisonnée décrivant les symptômes au lieu de ne donner qu'une simple affirmation et éliminant le chancre mou, l'herpès, les folliculites ulcéreuses, les syphilides chancriformes; 4° surveillance prolongée, sans traitement mercuriel, ni ioduré. Un petit groupe de faits bien établis aurait alors plus de valeur que les 137 cas publiés.

Voulez-vous que nous discutions les meilleurs de ces 137 cas? Thierry, sur 10 excisions, croit avoir eu 1 succès, mais dans ce cas, il a donné d'emblée le mercure. M. Jullien, sur 15 cas, signale 3 succès possibles. Dans le premier, le malade a eu, vers le centième jour, des lésions suspectes aux amygdales, ce qui rend le succès au moins douteux. Dans le second, le malade a suivi un traitement par les pilules de sublimé; de plus, son chancre opéré au dix-neuvième jour ne s'accompagnait d'aucune adénopathie, fait singulièrement contraire à toutes les notions acquises. Dans le troisième, il y eut, après l'excision, reproduction de l'induration et quelque temps après, ulcération chancriforme au voisinage du prépuce. Ces faits ne sauraient entraîner pleinement la conviction.

Je désire vous signaler deux autres objections. Dans les cinq cas où la confrontation a été faite, cas de Gibier, de Savigny, de Mauriac, de Rasori et où le diagnostic devenait par suite certain, l'excision n'a donné que des insuccès. La précocité de l'excision n'a pas, non plus, été une garantie. Mauriac a excisé des chancres au bout de quarante-huit à cinquante-six heures, sans éviter la syphilis. Rasori rapporte un fait plus démonstratif encore. Un docteur en droit, peu de jours après avoir eu des rapports avec une femme, apprend que cette femme est syphilitique. Sur le conseil de Rasori, il se surveille minutieusement. Le vingt-huitième jour, il aperçoit sur la verge une érosion moins large qu'une tête d'épingle et qui remontait au plus à quelques heures. L'excision est faite. Quarante-huit jours après la roséole apparaissait.

Si ses effets abortifs restent douteux, l'excision peut-elle au moins diminuer la gravité de la syphilis? Les faits de syphilis bénigne, observés après l'excision, ne sauraient rien prouver, puisque la vérole est sans gravité dix-neuf fois sur vingt. D'autre part, on a signalé des accidents graves, syphilides ulcéreuses, supra-syphilitiques, nécroses des maxillaires, gommes testiculaires, paraplégies précoces, albuminurie chez des malades ayant subi l'excision.

En résumé donc, l'efficacité, soit abortive, soit palliative de l'excision, reste douteuse. Les faits publiés permettent déjà d'établir une contre-indication absolue. Exciser dans les cas où il y a déjà induration et adénopathie est inutile; faites à cette période, les opérations n'ont pas donné un seul succès. En revanche, sur les chancres jeunes, on peut et doit, pour ne pas refuser au malade la moindre chance d'échapper à la vérole, tenter l'excision. Si vous le faites, rappelez-vous les conditions que doit présenter votre observation pour être démonstrative, afin d'avoir, en cas de succès, la double satisfaction d'avoir certainement rendu service à votre malade et fourni un document scientifique indiscutable.

DEUX OBSERVATIONS DE LUXATION DE L'ÉPAULE

COMPLIQUÉE DE LÉSIONS OSSEUSES

Par le docteur Ch. Legrain, médecin-major.

« L'écornement d'une des lèvres de la cavité glénoïde, ou la fracture du col de l'omoplate dans la luxation de l'épaule, sont lésions fort rares et d'un diagnostic très difficile. La plupart du temps, on ne peut que soupçonner cette lésion à la crépitation et à la difficulté de maintenir la réduction. Le diagnostic se réduit le plus souvent à de simples probabilités. » Ainsi s'exprime M. le professeur Panas dans l'article Épaule du *Dictionnoire Jaccoud*. D'une façon générale, ou la fracture est méconnue, ou cette lésion siège soit au col de l'omoplate ou à une des lèvres de la cavité glénoïde. L'observation que nous donnons de luxation sous-coracoïdienne incomplète, compliquée de la fracture de la tubérosité interne de l'humérus, laisse peu de place au doute.

Le 25 août 1890, un peintre en bâtiment, âgé de quarante-trois ans, tombe de son échelle de la hauteur de quelques mètres et se contusionne violemment l'épaule droite. Les fonctions du bras sont immédiatement entravées mais non totalement supprimées.

Le gonflement général de l'épaule, la conservation des mouvements communiqués du bras, et surtout ce fait que le coude peut être porté jusqu'au contact du thorax, tels sont les trois symptômes qui font écarter l'idée de luxation. On s'en tient au diagnostic de contusion de la tubérosité antérieure de l'humérus droit, et on conseille le massage et l'électrisation des muscles.

Le 8 octobre (quarante-cinquième jour de l'accident), nous voyons cet homme pour la première fois avec M. le docteur Guermonprez.

Le blessé ne peut reprendre son travail professionnel et c'est la raison qui le détermine à venir demander nos conseils.

On constate une teinte ecchymotique de date ancienne sur toute la face postérieure et latérale du bras jusqu'au delà de l'olécrâne; la tuméfaction primitive est notamment diminuée, c'est ce qui permet de reconnaître l'existence d'une subluxation de l'humérus en avant, laquelle avait été jusque-là méconnue. Sans insister avec détail sur tous les caractères de cette luxation, nous dirons simplement qu'elle est de la variété le plus minime, qu'elle n'est pas même sous-coracoïdienne, puisque la ligne verticale qui passe par l'apophyse coracoïde longe la tête humérale en dedans sans la traverser. Le moignon de l'épaule est cependant déformé, plus globuleux dans sa partie externe en raison du raccourcissement de la distance qui va de l'acromion à l'empreinte deltoïdienne; la paroi antérieure de l'aisselle est plus raccourcie que celle du côté opposé (environ 1 centimètre), mais elle est plus saillante. La fossette sous-claviculaire est moins profonde dans sa moitié supérieure, et elle n'existe plus dans sa moitié inférieure et externe, où elle est même remplacée par une sorte de tuméfaction.

A la palpation, on apprécie facilement la saillie de l'acromion qui est un peu plus prononcée qu'à gauche, surtout lorsqu'on examine le blessé assis, et qu'on se place derrière lui; mais la cavité glénoïde ne paraît pas vide.

On trouve très difficilement l'apophyse coracoïde et, immédiatement au-dessous de celle-ci, le doigt explorateur se heurte à une tuméfaction osseuse.

Dans les mouvements du bras, on a la certitude que cette tuméfaction est bien due à la tête humérale; d'ailleurs dans l'exploration de l'aisselle, on constate également que la tête est légèrement déplacée en avant de la cavité glénoïde dont le vide est difficilement trouvé à moins de porter les bras en croix. L'axe du membre est reporté en dedans à 2 centimètres environ dans l'attitude du soldat sans arme. Les mouvements spontanés s'exécutent assez facilement, sauf le geste de mettre la main sur la tête qui reste incomplet.

Le blessé est anesthésié et les adhérences sont rompues par des manœuvres de rotation et de circumduction.

Le procédé de Kocher est ensuite employé, il réussit assez vite; mais par trois fois la luxation se reproduit sous nos yeux; chaque fois la réduction est de plus en plus facile et on finit par conduire directement la tête humérale en plaçant la main dans le fond de l'aisselle, lorsque le coude est écarté du corps. Malgré cette réduction incontestable, on trouve toujours une tuméfaction sur la paroi antérieure de l'aisselle; cette tuméfaction est certainement osseuse et suit les mouvements de l'humérus, nous avons donc la preuve qu'il existe un cal volumineux de la tubérosité interne de l'humérus.

La certitude est facilement confirmée par une exploration répétée pendant l'anesthésie et en contrôlant le siège précis de cette tuméfaction, pendant toutes les attitudes de la rotation du bras; le point de repère facile à trouver par la direction du long chef du biceps permet de bien vérifier que le cal est toujours en dedans de la gouttière bicipitale; on vérifie de même que la tuméfaction osseuse se dérobe dans l'extrême pronation, tandis qu'au contraire elle devient très manifestement évidente dans l'extrême supination. Le bras est maintenu dans une écharpe qui est définitivement enlevée le quinzième jour de la réduction, soit le soixante-quatrième jour de l'accident. Une amélioration considérable existe, mais l'atrophie des muscles est encore très grande. Électrisation des muscles tous les jours, et exercice progressif.

Le 6 novembre 1890, nous constatons encore de l'atrophie manifeste du biceps; lorsque le blessé veut faire un mouvement forcé de supination et de flexion, ce muscle forme une corde saillante, et est moins globuleux que celui du côté opposé.

Au point de vue de l'atrophie, on obtient les résultats suivants :

	CÔTÉ MALADE.	CÔTÉ SAIN.
Milieu du bras.	24cc	26cc
Avant-bras quart supérieur. .	25cc	26cc
Avant-bras (milieu)	23 1/2cc	25 1/2cc
Avant-bras quart inférieur. .	17 1/2cc	18cc

Le deltoïde n'est plus sensiblement atrophié.

Les mouvements du bras s'exécutent facilement et sans douleur dans certaines directions — ainsi, en avant, en arrière — dans d'autres directions, au contraire, ils ne peuvent dépasser certaines limites, ainsi l'horizontalité en dehors du membre supérieur ne peut être atteinte sans une assez vive douleur. La main ne peut, par suite, être portée verticalement en haut, ni sur la tête.

En plaçant la main sous l'apophyse coracoïde, les doigts rapprochés comme pour saisir la tête de l'humérus, on sent très nettement dans les mouvements un peu exagérés un frottement osseux, c'est le cal qui fait obstacle à l'exagération de certains gestes. Ce frottement ne saurait être attribué à l'articulation en raison de son siège toujours fixe, de son caractère superficiel qui fait penser qu'on l'a pour ainsi dire sous le doigt, enfin par ce fait qu'il est toujours obtenu, lorsque le membre a atteint le même point.

En saisissant à pleines mains les deux moignons de l'épaule d'une façon symétrique, on constate que les doigts sont arrêtés du côté malade par une résistance dure et ne pénètrent pas, qu'il n'en est pas de même du côté sain où leur enfoncement dans les tissus est assez net.

D'un autre côté, en faisant porter au blessé les deux mains sur la tête, on est frappé par la déformation toute particulière présentée par la région du moignon de l'épaule; le deltoïde est en saillie manifeste, le creux sus-claviculaire est à peine marqué, enfin le raccourcissement du moignon, très accentué. Enfin, la certitude de la réduction est absolue.

L'exploration de l'aisselle dans l'abduction du bras, sur le malade assis, fait constater, de la façon la plus complète, la présence de la tête dans la cavité glénoïde.

Cette observation donne à relever les points suivants :

Nous voyons d'abord qu'il s'agit d'une luxation ancienne méconnue; elle datait de 44 jours lorsque les premières tentatives de réduction ont été faites,

C'est une nouvelle preuve de la nécessité des tentatives de réduction, même après un temps assez long. L'impotence, chez l'ouvrier en particulier, est chose tellement grave, qu'on doit s'y opposer jusqu'à la dernière extrémité.

D'ailleurs, A. Cooper, Nélaton, Velpeau, posent comme limites à la réductibilité, trois mois pour la luxation de l'épaule. Dolbeau, Verneuil, Broca, Richet admettent également cette limite. Et si Billroth admet que la réduction d'une luxation de l'épaule peut se faire après des années, il faut toutefois reconnaître que la limite moyenne, au delà de laquelle il est imprudent de faire des tentatives de réduction, est de trois mois (Duplay).

Avant d'employer la méthode de Kocher, il a fallu rompre les *adhérences*. Cette rupture s'est faite de la façon suivante : Prenant à deux mains l'extrémité inférieure de l'humérus, le coude étant fléchi et l'omoplate fixé, nous lui avons fait exécuter des mouvements de plus en plus étendus de rotation sur son axe, — des craquements se sont bientôt produits, — puis des mouvements de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction, et enfin de fronde, qui n'ont pas été sans être un peu violents, la tête nous a paru enfin délivrée et libre ; — nous ne nous sommes arrêté que lorsqu'elle nous a paru, suivant l'expression de M. le docteur Castex (1), folle, c'est-à-dire susceptible de pouvoir être portée dans tous les sens.

C'est dans de semblables manœuvres que M. Richet a pu réduire une luxation de l'épaule datant de cinq semaines, chez un homme robuste de trente et un ans.

Il s'agissait là d'une subluxation en avant avec ébrèchement possible de la cavité glénoïde.

On peut se demander enfin si, dans notre cas, une lésion du bord de la cavité glénoide ne peut être admise.

Comme nous l'avons vu, le procédé de Kocher a donné toute satisfaction et a réussi assez vite, et, cependant, ce procédé, d'après Ceppi (2), échoue souvent dans les cas de luxation sous-coracoïdienne compliquée de fracture du col de l'omoplate ou d'éclatement du rebord antérieur de la cavité glénoïde, et cela parce que, dans ces conditions, le point d'appui manque pour faire exécuter à l'humérus sa rotation en dehors ; ici le siége du frottement osseux qui semble être sur le prolongement même de l'axe de l'humérus, en dedans du tendon du biceps, permet d'admettre la fracture de la tubérosité interne et par suite explique que cette lésion n'a pas été un obstacle réellement fâcheux pour la réduction.

L'immobilisation du membre a été courte, par suite de la lésion osseuse, plus que jamais il fallait craindre la raideur articulaire si rapide dans ces cas.

Le traitement a été complété par les mouvements précoces et progressifs, et l'électrisation, — traitement qui a été en somme suivi de succès puisque la souplesse de l'articulation est revenue.

Cette observation offre l'intérêt qui s'attache à une rareté, soulève la délicate question du traitement de la luxation compliquée de fracture et enfin celle de l'impotence fonctionnelle plus ou moins sérieuse apportée dans l'exercice de la profession.

Tout en admettant pour V... une gêne définitive dans l'exagération de certains mouvements, dans celui surtout de porter la main verticalement, nous estimons que cet homme peut comme par le passé remplir presque toutes les nécessités de sa profession.

Voici un autre cas dont l'intérêt réside également dans une difficulté de diagnostic, et chez lequel la lésion osseuse très certaine prête à discussion.

Le nommé S... (François), âgé de trente et un ans, mineur est examiné le 28 mars 1891.

N'a jamais été malade et se plaint actuellement de ne pouvoir porter le bras gauche jusqu'à l'horizontalité, et d'éprouver de violentes douleurs en voulant forcer le mouvement qui, d'ailleurs, ne dépasse pas la limite indiquée.

Il raconte que le 13 août 1890, il a été recouvert par une masse de terre assez considérable, alors qu'il avait le tronc fléchi. A ce moment, il n'a pas perdu connaissance et s'est très bien rendu compte d'une violente douleur à l'épaule gauche. Il a été presque immédiatement dégagé, puis a perdu connaissance pendant une vingtaine de minutes. Revenu à lui, il ne pouvait plus se servir de son bras. L'accident ayant eu lieu à sept heures du matin, le blessé est vu par M. le docteur Dransart vers onze heures qui, tout d'abord, suppose une fracture et fait des tentatives de réduction, pendant quelques minutes. Pendant cette exploration, le diagnostic se modifie et est remplacé par celui de luxation de l'épaule gauche en bas et en avant. La luxation est réduite sans trop de difficulté. Au moment de la réduction, le blessé a senti comme un claquement et a eu la sensation que les os se remettaient en place. Le soulagement est immédiat.

Le bras est mis dans une écharpe, le coude fléchi. Trois mois après, on constate que les mouvements du bras sont très limités, surtout en dehors et en haut. La main ne peut être portée sur la tête qu'avec une excessive difficulté, et le bras ne peut dépasser l'horizontalité.

Le blessé est soumis à plusieurs séances d'anesthésie dans le but de rompre les adhérences, il n'en résulte que peu d'amélioration, les fonctions de l'épaule sont assez notablement diminuées. Dans l'examen que nous faisons, le 28 mars 1891, avec M. Guermonprez, nous constatons une atrophie du deltoïde à la vue et au toucher pour la face antérieure; il en est de même du grand pectoral, quand le blessé se tient assis sur un tabouret avec les deux mains sur la tête, les deux coudes en avant et à la hauteur des épaules; l'atrophie des sus-épineux, sous-épineux et sous-scapulaire n'a pas autant d'importance ; quelle que soit la façon de l'explorer, l'atrophie du bras et de l'avant-bras sont : à l'empreinte deltoïdienne 25 1/2 pour 27 1/2 du côté opposé, au milieu du biceps contracté 26 1/2 pour 28 1/2 du côté sain. Au milieu du tiers supérieur de l'avant-bras, l'atrophie est encore de 1 centimètre environ, il en est de même au tiers inférieur; elle est encore appréciable sur les éminences thénar et hypothénar.

L'axe des deux bras, placés d'une façon symétrique dans la supination, paraît être dans la même direction. La saillie de l'acromion des deux côtés est très nettement constatée, et l'on trouve les deux têtes humérales à leur place. Aucun craquement dans l'articulation.

Le blessé accuse enfin une douleur constante dans un point fixe, et, de fait, on trouve une minime tuméfaction que l'on apprécie surtout bien en se tenant debout derrière le blessé, tandis que celui-ci est assis sur un tabouret bas et tient les bras pendants et les coudes au corps. On peut admettre une ostéite qui se manifeste encore par la douleur produite par la percussion du coude, tandis que le bras est horizontal et en adduction; cette percussion est indolore dans les autres attitudes. Il en est de même de la percussion à la tête humérale; c'est seulement dans la pronation complète du bras pendant qu'on trouve un

(1) Castex. De la rupture des adhérences dans les luxations de l'épaule, *Rev. de chir.*, 1888.
(2) Ceppi. *Rev. de chir.*, 1882.

peu de sensibilité à la percussion. De plus, lorsque le blessé place les deux mains sur la tête, et porte les bras horizontalement en avant, on trouve cette tubérosité antérieure faisant en avant une saillie exagérée et donnant l'idée de ce qu'on a appelé une luxation de l'humérus (en haut). Enfin, pendant l'exploration fonctionnelle de cette épaule, on trouve la rotation en dedans et en dehors un peu entravée, mais ce qui est le plus nettement douloureux, c'est la rotation en dehors en pratiquant l'abduction sur le membre étendu et horizontalement placé.

Le diagnostic de névrite du circonflexe est porté et se confirme d'ailleurs par de l'hyperesthésie dans la zone innervée par le nerf, par l'esthésiométrie qui permet de différencier la sensation de deux pointes distinctes à une distance de 35 millimètres du côté gauche, au lieu de la différencier à une distance de 76 millimètres du côté droit. La réaction électrique manifeste une moins grande sensibilité cutanée au courant induit et interrompu, et de plus un retard et un affaiblissement de la contraction musculaire provoquée par ce même courant; ce dernier signe semble plus accentué pour les faisceaux postérieurs du deltoïde.

On peut donc conclure que la luxation de l'épaule gauche a été compliquée d'une contusion forte de la région, contusion portant sur le nerf circonflexe et sur la tubérosité antérieure de l'humérus.

Pour compléter l'observation, il est bon d'ajouter que le blessé signale l'existence d'une ecchymose considérable, qui serait apparue quelques jours après l'accident, se serait étendue jusqu'au pli du coude, et aurait persisté pendant longtemps, plus d'un mois après l'accident.

Bien qu'il semble rationnel de s'arrêter comme nous venons de le dire au diagnostic de contusion simple de la tubérosité antérieure, puisqu'on ne trouve pas de preuve anatomique de l'existence d'une fracture, une ecchymose tardive, aussi étendue, aussi persistante, peut faire penser à une lésion osseuse plus considérable. Toujours est-il que, malgré les douches chaudes, le massage, l'électrisation quotidienne, la guérison absolue ne fut pas obtenue.

Le 13 avril, le blessé est anesthésié, et l'on obtient des mouvements un peu plus étendus mais sans ruptures appréciables d'adhérences.

Le 15 avril, il retourne dans son pays avec une légère amélioration.

Cette deuxième observation est d'une appréciation délicate et montre les difficultés que peut éprouver le médecin expert dans l'avis qu'il a à formuler dans certaines luxations de l'épaule compliquées de lésions osseuses même légères, examinées longtemps après le traumatisme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 septembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

RAPPORTS

Un cas d'amnésie post-éclamptique. — M. CHARPENTIER lit un rapport à l'occasion d'une observation sur ce sujet adressée à l'Académie par M. Bidon.

L'éclampsie puerpérale cause ordinairement une certaine obnubilation intellectuelle. Dans les cas où les convulsions se répètent, il existe entre les accès une obtusion complète de l'intelligence et, quand les crises se reproduisent un certain nombre de fois, le trouble psychique est intense. Puis, peu à peu, revient la connaissance des faits actuels, mais la mémoire reste longtemps encore en défaut, et rien ne subsiste jamais de ce qui s'est passé durant chaque accès. Plusieurs cas peuvent se présenter et l'on observe soit une lacune très limitée dans le souvenir, portant sur des mots isolés, des dates, des chiffres; soit la perte de la mémoire de l'accouchement seul, en totalité ou en partie; soit un oubli de l'accouchement et d'une partie du temps qui l'a précédé; soit, enfin, une lacune beaucoup plus étendue encore.

C'est un fait de ce dernier genre que M. Bidon a eu l'occasion d'observer et dont il résume ici l'observation : il s'agit d'une femme âgée de vingt-huit ans, mariée en avril 1888. Grossesse à la fin de laquelle il y eut de l'œdème des malléoles. Le 16 mars 1889, à quatre heures du matin, rupture des membranes, suivie immédiatement de trois attaques convulsives; accouchement à six heures et, quelques minutes après, quatrième attaque, suivie de trois autres qui se produisent un peu plus tard. De nouvelles crises, moins fortes, ont lieu dans la journée et dans la soirée. Le lendemain matin, il constate l'albuminurie. La malade présente une apathie complète et ne reconnaît personne. Elle déclare n'être pas mariée et affirme que son mari n'est que son fiancé; elle a complètement oublié tout ce qui s'est passé depuis son départ de la maison paternelle, avant le mariage, et se croit au commencement de mars 1888.

Les caractères et la cause des convulsions, leur disparition complète, l'absence d'hystérie, d'épilepsie, de somnambulisme avant et après ces crises, prouvent bien qu'il s'agit ici d'une amnésie consécutive à l'éclampsie puerpérale.

M. le rapporteur, après avoir rappelé cette observation, insiste sur ce fait intéressant qu'a présenté la malade de M. Didon, à savoir la localisation de la perte de la mémoire sur un point donné et sa longue durée : plus d'un an après l'accouchement de la malade. Habituellement, en effet, l'amnésie post-éclamptique n'est que transitoire et ce n'est que dans quelques cas exceptionnels qu'on la voit persister plusieurs mois.

M. PROUST a observé un fait analogue. Il s'agissait d'une femme secundipare, dont le premier accouchement avait été normal. Il y a sept à huit ans, elle accoucha pour la seconde fois; tout fut encore normal, mais quelques jours après, elle présenta une amnésie presque complète des faits antérieurs à son accouchement, et partielle des faits postérieurs.

Il est bon d'ajouter qu'elle n'avait pas eu d'attaques d'éclampsie, pas d'albumine dans les urines, pas d'aphasie ni de paralysie. Dans ce cas, non plus, l'amnésie ne pouvait pas être mise sue le compte d'une lésion organique, elle était évidemment d'ordre dynamique.

M. Proust a revu cette dame il y a peu de temps et elle n'a pas encore recouvré complètement la mémoire.

Prix Monbinne. — M. CADET DE GASSICOURT lit un rapport sur les travaux envoyés par les candidats au prix Monbinne.

COMMUNICATIONS

De la diplopie mono-oculaire comme symptôme cérébral. — M. DURET (de Lille). La diplopie mono-oculaire est le résultat, dans la plupart des cas, d'un trouble physique ou dynamique des milieux de l'œil.

Il est cependant certaines circonstances, où, sans aucune perturbation appréciable des milieux, on voit la vision double se manifester dans le regard d'un seul œil.

Les ophthalmologistes, qui ont signalé ce trouble, lui attribuent une cause cérébrale ou tout au moins nerveuse.

M. Duret a observé récemment un exemple de cette variété de diplopie.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, forgeron, qui, à la suite d'un violent choc cérébral, présenta un état parétique passager d'un côté du corps, une céphalée violente, des épistaxis, et, du côté de la vue, une amblyopie manifeste avec diplopie de l'œil droit qui persista pendant plusieurs mois.

L'examen ophthalmoscopique démontra que, dans ce cas, l'amblyopie et la diplopie étaient de cause centrale. Comme, chez ce malade, c'était la partie interne de la rétine dont le fonctionnement était amoindrie, on peut admettre que c'était l'hémisphère gauche qui était le plus directement en cause, si l'on admet les

théories actuelles de l'entrecroisement des nerfs optiques au niveau du chiasma.

D'ailleurs, tous les troubles observés concordaient, puisque la parésie, l'amblyopie et la diplopie siégeaient du côté droit.

Quant à la diplopie, il est probable qu'elle avait également son origine dans l'hémisphère gauche.

Il est deux manières de s'en rendre compte :

1° La lésion, soit dynamique, soit physique des hémisphères, agit sur le muscle de Brucke, comme l'atropine, et provoque un trouble de l'accommodation, qui cause la diplopie mono-oculaire de l'œil du côté opposé. En d'autres termes, le centre cortical de l'accommodation, chez notre malade, a été lésé, ce qui a causé la diplopie par un mécanisme connu. Il est assez admissible qu'il existe un centre cortical pour le muscle de Brucke, comme on en connaît un pour les fibres motrices de l'iris. Cette explication est séduisante tout d'abord, mais nous ferons observer qu'il est assez difficile d'admettre une paralysie de l'accommodation aussi persistante, quoique cela soit possible. La diminution de l'acuité visuelle était assez considérable aussi de ce côté;

2° La seconde hypothèse mérite aussi d'être soulevée; elle a été invoquée par plusieurs auteurs. Le trouble primitif porte sur la sphère visuelle occipitale de l'hémisphère, comme dans la supposition précédente, mais il ne consiste pas uniquement en une paralysie du muscle de Brucke. En effet, la diplopie, chez notre malade, n'existait pas dans toutes les positions de l'objet; elle survenait quand son image se peignait sur les parties parésiées de la rétine, révélées par l'examen campimétrique. Pour y voir clair et pour éviter la diplopie, souvent le malade inclinait la tête en dehors et se tournait de côté.

Dans la diplopie accommodative, l'objet paraît double, dans toutes les positions du regard ou de l'objet.

Il y avait, chez le blessé, concordance entre la diplopie en bas et en dehors, la partie lésée de la rétine (partie interne) et l'hémisphère malade (hémisphère gauche). On est ainsi conduit à admettre que c'est un trouble de la sphère visuelle corticale qui a engendré tous les désordres.

Comment comprendre qu'il provoque la diplopie? L'explication devient délicate.

L'association fonctionnelle des deux hémisphères, pour chacun des deux yeux, si on l'admet, a évidemment été rompue, puisque l'hémisphère gauche est affaibli chez notre malade. On conçoit qu'un pareil désordre diminue l'intensité de la résultante des deux images cérébrales. Dans l'état ordinaire, celles-ci sont superposées, ce qui augmente leur intensité; celle de l'hémisphère gauche étant supprimée, l'objet devait apparaître moins clairement. Mais comment comprendre qu'il s'est dédoublé ou, si l'on préfère, qu'une des deux images s'est écartée de l'autre et apparaît en dehors d'elle, en même temps qu'un peu obscurcie? Est-ce que, les vibrations des éléments nerveux corticaux ayant moins d'ampleur dans la sphère visuelle gauche du malade, les images cérébrales cessent de se superposer, de manière à n'en faire qu'une et changent de position dans l'espace? Ses connaissances en dynamogénie cérébrale ne permettent pas, à l'heure actuelle, à M. Duret, d'expliquer le phénomène d'une manière satisfaisante.

En résumé, la filiation des faits a été la suivante chez le blessé : commotion cérébrale, lésions corticales de l'hémisphère gauche dans la sphère visuelle; celles-ci disparaissant avec le temps, l'amblyopie et la diplopie mono-oculaire ont marché vers la guérison.

Les troubles cérébraux observés ont-ils été simplement d'origine hystérique, comme on en a cité des cas dans ces derniers temps? En l'absence, nettement constatée, de tout stigmate hystérique, il est difficile de l'admettre. Et cependant il y a la plus grande analogie avec l'amblyopie observée chez ce malade et celle des hystériques, si bien décrite par l'École de la Salpêtrière.

De l'analyse de ce fait et de celle de quelques cas analogues rapportés par les auteurs (Adams, Ord, Fontan, Tilley, Brunswich, etc.), M. Duret croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe une diplopie mono-oculaire, qui est d'origine cérébrale; elle paraît liée, sans doute, à quelque trouble dans le fonctionnement des régions des hémisphères, signalées, dans ces derniers temps, comme étant le siège des perceptions visuelles, d'après M. Ferrier, Munck et les autres physiologistes;

2° Il importe d'attirer l'atttention des pathologistes sur la valeur clinique de ce symptôme cérébral, encore peu connu, et qui mérite d'être éclairci par de nouvelles observations.

Compression élastique et temporaire directe de la carotide primitive.— M. GUERMONPREZ (de Lille), qui avait eu à opérer un volumineux cancer de la face, ayant débuté par le plancher de la bouche, a pensé pouvoir assurer l'hémostase temporaire de la région en étreignant la carotide primitive d'un lien élastique qui serait retiré après l'opération.

Dans ce but il fit l'incision classique pour la ligature de la carotide primitive, ce qui lui permit chemin faisant d'enlever deux ganglions envahis, puis il dégagea l'artère, immédiatement au-dessous des bifurcations, et avec une aiguille de Deschamps, il passa au-dessous d'elle un tube à drainage. Il serra l'anse du drain de façon à effacer complètement le calibre de l'artère, et il maintint la constriction au moyen d'une pince placée à l'entrecroisement des deux chefs de l'anse. Comme le drain étreignait l'artère sur une hauteur de 4 à 5 milimètres, il n'avait pas à craindre la rupture de ses tuniques, ainsi que cela se produit lors de la ligature avec un fil ordinaire. La constriction fut d'ailleurs poussée moins loin que lorsqu'il s'agit d'une ligature qui doit être définitive.

L'opération fut faite alors, et l'écoulement sanguin fut pour ainsi dire insignifiant, bien qu'il ait dû enlever la totalité du maxillaire supérieur, l'apophyse ptérygoïde, la totalité de l'os jugal, l'apophyse orbitaire externe. L'opération terminée, il relâcha l'anse élastique après s'être préparé à arrêter le sang résultant du rétablissement de la circulation.

Cet écoulement fut presque nul; il n'eut aucune ligature à faire bien que les battements de la temporale eussent démontré que le sang avait repris son cours normal.

Il fit alors les sutures; quant au tube élastique il le laissa en place, en guise de drain, pendant 5 jours, prêt à l'utiliser à nouveau comme compresseur, dans le cas ou une abondante hémorrhagie secondaire se serait produite. Cette éventualité ne se produisit pas, et le malade est aujourd'hui guéri de l'opération.

La séance est levée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Fournitures de médicaments sur ordonnances. — Une jeune femme s'était fait délivrer au moyen d'ordonnances des doses de morphine. Quand le pharmacien présenta sa note, il lui fut répondu qu'on ne voulait pas le payer, les doses ayant été délivrées sans ordonnances, et ayant causé l'anémie de la cliente, qui avait dû suivre, pour améliorer ensuite l'état de sa santé, un régime fortifiant très coûteux.

Cette réponse singulière n'a pas été du goût de la 7e chambre, qui a condamné la morphinomane à payer au pharmacien le montant de sa note.

Les fournitures ont eu lieu sur ordonnance, conformément à la loi de 1846, dit le jugement. Si les noms des médecins portés au livre ne sont pas, d'après la défenderesse, ceux de ses docteurs habituels, il n'y a pas lieu de tenir compte de cet argument; en effet, la loi n'a réservé au pharmacien aucun moyen de reconnaître si les signatures qui sont au bas des ordonnances émanent des docteurs; il est d'ailleurs bien facile à une cliente de nier qu'elle ait fourni des ordonnances, puisque le pharmacien doit les rendre au malade dont elles sont la propriété; d'autre part, dans l'espèce, il ne s'agit pas uniquement de fourniture de mor-

phine, mais aussi d'antipyrine et d'onguents; enfin, en admettant que la jeune femme ait présenté de fausses ordonnances, elle serait complice d'une fraude à la loi, et elle ne saurait tirer de là un moyen de ne pas payer les fournitures qu'elle avoue lui avoir été faites. (*Journ. des sc. méd. de Lille.*)

Qui fait appeler le médecin le paie. — Il arrive assez fréquemment que des gens, peu scrupuleux, pour se donner vis-à-vis du public un vernis de générosité et de philantrophie, demandent à un médecin de soigner un malade ou un blessé avec les chaleureuses recommandations que l'on sait. Puis ils refusent de régler les honoraires, tout en répétant partout qu'ils ont fait soigner le malade à leurs frais. Toute question pécuniaire à part, le médecin joue un rôle de dupe et devient l'instrument complaisant d'une popularité acquise sur son dos. Il existe, à ce sujet, un arrêt de la Cour de cassation trop peu connu et qu'il est bon de rappeler :

« Par un arrêt du 4 décembre 1872, la Cour a décidé que celui qui a pris l'initiative d'appeler un médecin auprès d'un malade, peut être considéré par là comme s'étant obligé. » (*Lyon médical.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 septembre 1891, M. Gerbault, médecin-major de première classe au 10e d'infanterie, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Principales indications thérapeutiques des eaux ferro-cuivreuses de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), par P. Bénard. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Coccoz.

Des inhalations d'oxygène chez les nouveau-nés, par E. Bonnaire. — In-8°. Prix : 0 fr. 75. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 112. — SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 26 SEPTEMBRE 1891. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Revue générale. Comment il convient de pratiquer un accouchement simple? par M. le docteur Laskine, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Saint-Louis. — Paralysie alcoolique chez les aliénés. — Médecine pratique. — Variétés. Expertises et honoraires. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Comment il convient de pratiquer un accouchement simple?

Par M. le docteur Laskine,
Ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Saint-Louis.

I

Quoi de plus naturel qu'un accouchement? Quoi de plus simple? Et cependant, encore aujourd'hui, bien des femmes sont victimes de leur insouciance, de leur foi aveugle dans les forces de la nature, ou de l'incurie et de la négligence de la sage-femme ou du médecin, qu'elles appellent à leur secours.

C'est qu'un accouchement, aussi simple qu'il soit, exige la plus grande prudence, les soins les plus dévoués et l'observation la plus rigoureuse de menus détails qui entrent dans la pratique de l'accoucheur moderne.

Pour mener à bonne fin un accouchement, il ne suffit pas de connaître les éléments de l'obstétrique, avoir assisté ou vu pratiquer des accouchements; il faut encore être pénétré de ce principe, que toute faute commise contre les préceptes qui doivent présider aux soins donnés avant, pendant et après l'accouchement, se payent, et que les accidents qui en résultent peuvent avoir parfois une gravité extrême.

Ces quelques mots permettent d'entrevoir la manière dont nous nous proposons de traiter notre sujet.

La mère ou le mari d'une jeune femme vont demander au médecin de vouloir bien se charger de l'accouchement. Il ne faut jamais oublier que souvent tout dépend du succès des premières démarches. Il faut que l'accoucheur s'applique, dès le début, à gagner les sympathies et la confiance de sa future patiente, car, à bien des reprises, il sera forcé de procéder aux explorations, aux injections, aux lavages, aux pansements et parfois même aux opérations. Si la malade résiste ou montre de la mauvaise volonté, les meilleurs efforts de l'accoucheur pourront rester stériles. Il sera donc avenant, aimable, doux avec sa malade et se gardera bien de se lancer tout de suite, dès la première entrevue, dans un examen approfondi, de palper, d'ausculter et de toucher. Une pareille précipitation pourrait lui être funeste. Il se contentera donc de poser quelques questions générales touchant la santé générale, les mouvements de l'enfant et l'époque des dernières règles, etc.

En quittant la patiente, l'accoucheur demandera de lui envoyer un flacon d'urine. C'est là une précaution qui a son importance. Rien n'a de conséquence aussi terrible que d'avoir négligé l'examen des urines pendant la grossesse. Tous les médecins savent combien l'albuminurie et l'éclampsie sont dangereuses pour la mère et l'enfant. Si l'on ne veut pas s'exposer à des surprises et à des mécomptes, il faut donc, de très bonne heure, à partir du sixième ou septième mois, rechercher la présence de l'albumine dans les urines. L'albuminurie gravidique commande le régime lacté, et il ne faudrait pas hésiter un seul instant et l'instituer dès la première heure, mixte d'abord, absolu ensuite vers les dernières semaines de la grossesse.

Une deuxième visite sera consacrée à l'examen de la malade. On commencera par rechercher s'il y a quelque lésion du côté du cœur, du poumon ou d'un autre viscère. Une telle complication exige des soins particuliers, et l'accoucheur, qui connaît l'influence que ces affections peuvent avoir ou subir par le seul fait de la grossesse, doit en prévenir l'entourage de la patiente. La prudence la plus élémentaire lui impose cette ligne de conduite.

Il procédera ensuite à l'examen purement obstétrical. Il passera en revue le squelette, verra s'il y a ou non des traces de rachitisme sur les tibias, les fémurs, les os de l'avant-bras, du thorax et de la face, s'il y a une déviation de la colonne vertébrale, etc.

L'accoucheur fera ensuite très doucement, en ménageant le plus qu'il pourra la sensibilité et la pudeur de sa patiente, le palper; il constatera la présentation, et si elle était vicieuse (siège, épaule), il s'occuperait, dans une prochaine séance, de la corriger.

Il profitera en même temps du palper pour contrôler les renseignements fournis par la malade, quant à l'âge de la grossesse. A l'aide de l'auscultation, on arrivera à constater l'existence, le siège et le caractère des battements du cœur du fœtus, ceux-ci donneront parfois des indications très précises sur son état de malaise ou de souffrance.

Pour compléter l'examen, il faudra le terminer par le toucher. Celui-ci exige les précautions antiseptiques les

plus minutieuses que nous croyons devoir exposer dans leurs menus détails.

On commencera par couper et nettoyer soigneusement les ongles ; l'index et le médius seront l'objet de soins tout à fait particuliers, en raison de leur rôle dans toutes les explorations. On savonnera les mains avec une brosse à ongles très propre, on frottera énergiquement pendant deux ou trois minutes la face dorsale et palmaire de la main et des doigts, après quoi on les rincera dans de l'eau propre.

Ce premier lavage sommaire accompli, il est prudent de procéder à un nouveau savonnage, après quoi on brosse son index et son médius avec une solution alcoolique de sublimé à 1 p. 1000 (liqueur de Van Swieten). Celle-ci a un double avantage, elle dissout la graisse et permet ainsi une action plus directe du sublimé sur la peau ; d'autre part, le titre de la solution est assez élevé pour donner une sécurité complète au point de vue de l'antisepsie.

Toutes ces précautions étant prises, l'accoucheur peut aborder le toucher. Quelques-uns enduisent l'index d'un corps gras pour mieux pénétrer dans les organes génitaux, ou pour se mettre à l'abri de la contagion au cas où la femme serait atteinte de syphilis. Sauf ce dernier cas, on tend de plus en plus à abandonner le graissage des doigts, et pour une raison très simple, c'est qu'on n'est jamais bien sûr de l'asepsie du corps gras employé. Le pot qui le contient a pu être laissé à découvert, des doigts sales ont pu y plonger ; l'emploi de la vaseline a encore un autre inconvénient et bien plus sérieux. Lorsqu'au moment du début du travail ou encore au cours de ce dernier, on voudra désinfecter les voies génitales, le corps gras formera une couche isolante, qui empêchera le liquide antiseptique de venir en contact avec les parois du canal utéro-vaginal et l'antisepsie restera imparfaite.

On pourra donc se passer de vaseline, en pratiquant le toucher les mains et les doigts ruisselants de solution de sublimé.

II

La femme que l'on examine doit avoir la tête légèrement soutenue, les épaules et le dos portant directement sur le lit. Pour rendre l'exploration plus facile, il est bon de mettre un drap plié sous le siège, de cette façon le doigt pourra suivre l'axe du détroit supérieur et celui de l'excavation. En faisant fléchir les membres inférieurs sur le bassin, la paroi abdominale devient moins tendue, et dès lors, le palper fait avec l'une des mains peut donner un certain appoint aux sensations tirées du toucher. Les trois derniers doigts fléchis dans la paume de la main, l'index étendu et dirigé en bas, on suit la face interne de la cuisse ; arrivé au niveau du pli interfessier on abaisse le coude ; l'index se relève et pénètre très facilement dans l'orifice vaginal. En procédant avec méthode, on pourra reconnaître si oui ou non le vagin et la vulve présentent les propriétés normales, s'il y a ou non des végétations, de la vaginite granuleuse, des kystes ou d'autres tumeurs dans l'épaisseur des parois. Le doigt arrive au niveau d'un cul-de-sac, décrit un mouvement de circumduction et heurte à un moment donné contre un petit moignon arrondi, mollasse, qui est le col. L'accoucheur ne devra retirer son doigt, qu'après s'être bien renseigné sur les modifications du segment inférieur, du col (primiparité, multiparité, agglutination des lèvres, etc.), et sur l'état du bassin. Cet examen doit être très approfondi, très complet ; car il a la plus haute importance, au point de vue de la conduite à tenir. Mais la patiente ne présente absolument rien d'anormal. Il s'agit d'une présentation du sommet, banale, et supposons qu'on ait affaire à une grossesse de huit mois. Voyons quels sont les conseils qu'un médecin sage pourra donner à sa malade.

Avant tout, il cherchera à assurer l'évolution normale de la grossesse, en écartant tout ce qui pourrait la gêner ou l'entraver. Il devra proscrire les exercices violents, la danse, l'équitation, les voyages, surtout lorsqu'ils doivent être longs et pénibles. Si la femme enceinte exerce une profession qui l'expose aux intoxications (tabac, caoutchouc, plomb), on fera tout le possible pour la soustraire aux influences nocives.

Les vêtements qu'elle porte doivent être aussi amples et larges que possible, le corset ordinaire sera rejeté complètement ou remplacé par un corset à lacets. On supprime les jarretières qui gênent la circulation des membres inférieurs et l'on fera fixer les bas au moyen de liens qui seront attachés au corset. Quant aux rapports sexuels, il est hors de doute qu'ils peuvent donner lieu, pendant la grossesse, à une série d'accidents, qui déterminent plus ou moins rapidement l'avortement. Il suffira de signaler ces dangers aux époux pour qu'ils les évitent. A ce point de vue, il est bon de savoir qu'au début, et vers le huitième mois de la grossesse, l'utérus est particulièrement irritable et qu'il réagit d'autant plus facilement que les excitations sont plus répétées.

La constipation à laquelle les femmes enceintes sont si sujettes sera combattue par des lavements et de légers purgatifs.

La femme enceinte peut-elle prendre des bains?

Non seulement elle peut le faire, mais elle le doit. Il est entendu, cependant, que les bains seront courts (un quart d'heure, vingt minutes au plus) et qu'ils ne seront jamais bien chauds.

Quant aux injections vaginales, on pourra y recourir pendant la grossesse, lorsqu'on aura à combattre une vaginite granuleuse ou des végétations. Sauf ces cas spéciaux, il est prudent de n'user d'injections que dans la dernière quinzaine qui précède l'accouchement.

Les études de laboratoire et l'expérience tirée de la clinique montrent que c'est au sublimé qu'il faut donner la préférence. On se sert généralement des paquets que l'on formule ainsi :

Bichlorure de mercure. . . 20 centigrammes.
Acide tartrique . . . . . . 1 gramme.

Pour un paquet.
Faire vingt paquets semblables.

Un de ces paquets, dissous dans un litre d'eau bouillie, donne une solution de sublimé à 1 p. 5000, qui, maniée avec mesure et prudence, donnera les meilleurs résultats.

Un excellent antiseptique est encore le permanganate de potasse, que l'on emploiera à la dose de 1 gramme pour 1000. S'il a l'inconvénient de laisser des taches d'un rouge vineux sur la peau, il a au moins l'avantage de ne pas être toxique. On pourra se débarrasser des taches en se lavant les mains dans une solution d'hypochlorate de soude, ou d'acide chlorhydrique à 1 p. 100. On emploie de moins en moins les solutions d'acide phénique, qui, à dose efficace, altèrent la peau et la rendent sensible.

Pour faire ces injections, on se servira d'une canule droite en verre. Cette canule restera, jusqu'au moment où l'on voudra s'en servir, dans un verre à expérience contenant une solution d'acide azotique. Avant de l'introduire dans les voies génitales, on aura soin de bien la rincer dans de l'eau bouillie. Cette canule est adaptée au tube d'un réservoir en tôle émaillée, que l'on aura bien nettoyé au préalable.

III

Supposons maintenant que la femme entre en travail. La première chose à faire, c'est de donner un lavement, pour débarrasser l'intestin des matières qu'il contient. Leur accumulation peut devenir la cause d'un retard dans l'engagement de la partie fœtale, elle peut gêner l'examen obstétrical et, enfin, compliquer d'une façon très désagréable la fin du travail, en souillant les draps et quelquefois les mains de l'accoucheur.

Une fois l'intestin vidé, on procède à l'antisepsie de la parturiente.

La vulve présente de nombreux plis et replis, qui peuvent devenir le siège d'impuretés. Il est donc indispensable de commencer, avant l'accouchement, par la désinfection de cette région.

On mettra la femme en travers du lit; chacune des jambes sera maintenue par un aide. On glissera ensuite sous le siège une toile cirée, dont un des côtés vient pendre dans un seau, destiné à recevoir le liquide du lavage. On coupe ensuite, à l'aide de ciseaux, les poils trop longs, on savonne toute la région et on lave à grande eau; on termine la toilette en arrosant toute la vulve d'une solution antiseptique. Après la vulve, on nettoie le vagin. L'accoucheur y apportera le plus grand soin. Le réservoir en tôle émaillée étant rempli d'une solution antiseptique, on laisse couler un peu de liquide par la canule, quelques bulles d'air s'échappent. On saisit alors la canule et on l'introduit dans le vagin; pendant que l'eau s'écoule, l'index, qui accompagne la canule, la promène, la dirige dans tous les sens et rend ainsi plus intime le contact du liquide avec le conduit vaginal. Quelques-uns se servent de l'index pour frotter toutes les parties de la muqueuse.

Une fois cette toilette vulvo-vaginale terminée, on applique une large et épaisse plaque d'ouate hydrophile au devant des parties génitales.

Le travail continue à marcher d'une façon très régulière, les douleurs se succèdent, elles deviennent plus fortes et plus longues.

Pendant cette période et tant que la poche amniotique est intacte, l'attitude, la position de la parturiente est sans importance, aussi pourra-t-on lui permettre, surtout si elle en exprimait le désir, de se lever, se promener, prendre la position qui lui convient le mieux. De temps en temps on pratiquera le toucher, de façon à contrôler les progrès de la dilatation. S'il s'agit d'une primipare, on verra petit à petit le col, qui mesurait une certaine longueur, s'effacer, se raccourcir; une fois l'effacement accompli, l'ouverture devenir de plus en plus large et les bords qui la circonscrivent, de minces qu'ils étaient au commencement, prendre l'aspect de bourrelets épais et comme œdématiés. Chez la multipare, l'aspect des lèvres du col est l'opposé de ce que nous venons de voir; épaisses au début, elles s'amincissent de plus en plus, à mesure que la dilatation avance. Supposons maintenant qu'on soit arrivé au moment où elle est complète. Si la partie fœtale (sommet) est bien engagée, qu'elle occupe d'une façon exacte l'aire de l'excavation; si, après avoir bien exploré tout le pourtour du col, on ne trouve aucune autre partie faisant procidence, on peut sans crainte rompre les membranes. Cette petite intervention aura l'avantage de précipiter le travail, et d'empêcher un décollement prématuré des membranes ou du placenta Pour ouvrir la poche amniotique, on peut se servir de son ongle ou, ce qui est mieux, d'un petit instrument en baleine, terminé à son extrémité par une pointe (perce-membrane). On attendra une contraction, et, au moment où la poche fait saillie, on la pique avec la pointe; aussitôt une certaine quantité de liquide s'écoulera au dehors. De nouvelles contractions vont pousser la tête jusqu'au plancher périnéal. A ce moment, l'accoucheur devra redoubler d'attention. Il portera l'index, toujours soigneusement lavé, brossé, nettoyé, dans les voies génitales de façon à se rendre bien compte de l'état d'engagement de la tête, des progrès et du sens dans lequel s'effectue la rotation. A un moment donné, la petite fontanelle se trouve juste en regard de la symphyse. Ce temps est accompli, le dégagement va commencer. Sous l'influence de nouveaux efforts, le périnée, qui mesurait à peine 2 centimètres et demi, va se développer et s'allonger de plus en plus. Tout d'abord c'est le segment situé en arrière de l'anus qui va augmenter sa surface. Le coccyx, refoulé d'avant en arrière, contribue à modifier dans un sens favorable les dimensions antéro-postérieures du détroit inférieur. Peu à peu, on voit l'anus s'entr'ouvrir; le bourrelet hémorrhoïdal devient turgide, volumineux, pour peu qu'on y touche il saigne. Enfin, c'est le périnée antérieur qui commence à bomber, la région s'étale, s'amincit et se tend à chaque douleur. La tête laboure, creuse le plancher périnéal jusqu'au moment où elle arrive à se fixer sous le pubis. La distension du périnée est à son apogée; l'orifice vaginal qui circonscrit la calotte cranienne mesure à ce moment de 33 à 35 centimètres. Si on abandonne les choses à elles-mêmes, on voit la tête se dégager en montrant successivement son bregma, le front, les yeux, le nez, la bouche et enfin le menton, en même temps que le rideau périnéal se retire au-devant de toutes ces parties. Cette dernière partie de l'accouchement ne s'effectue pas toujours sans difficulté, il y a là des différences très grandes, qui tiennent à des facteurs multiples (énergie du muscle utérin, volume de l'enfant, état anatomique des tissus, etc., etc.). Alors même que la sortie de l'enfant s'est opérée assez rapidement, il est rare, surtout chez les primipares, que le dégagement de la tête se fasse sans entraîner des déchirures ou des délabrements plus ou moins considérables. Aussi, s'est-on évertué depuis longtemps à rechercher le moyen qui permette d'éviter ces effractions du plancher périnéal.

Quelle est la méthode à laquelle l'accoucheur doit donner la préférence?

D'une façon générale, on peut dire qu'on n'aura recours aux incisions prophylactiques, à l'épisiotomie que d'une façon tout à fait exceptionnelle. Les procédés utiles sont ceux qui empêchent la progression et le dégagement rapide de la tête. La manœuvre classique, celle que l'on voit employer tous les jours, se pratique de la manière suivante: L'accoucheur, se tenant sur les côtés de la malade, applique les quatre derniers doigts de sa main gauche sur la tête fœtale, en même temps que la paume de la main droite

embrasse le périnée et la partie la plus déclive de la tête. A chaque contraction, à chaque effort de la femme, l'accoucheur devra opposer une contre-pression. Lorsqu'il verra paraître le bregma, il devra engager la femme à ne plus pousser, à respirer librement, à laisser la bouche ouverte, et profitera d'une pause pour dégager la tête. Un moyen qui permet, dans la plupart des cas, de sauvegarder l'intégrité du périnée, c'est celui que l'on a l'habitude de désigner sous le nom de procédé de Ritgen. Avec l'index et le médius introduits dans l'anus on exerce des pressions de bas en haut, on aide ainsi au dégagement, à la déflexion de la tête, tout en empêchant sa projection directe contre la sangle périnéale.

Chassagny a cherché à favoriser l'engagement de la tête dans l'orifice vulvaire au moyen d'une manœuvre à laquelle il attache la plus grande importance. Le principe sur lequel elle repose est le suivant : L'allongement du périnée est inutile, il est même dangereux; le problème se réduit à empêcher cet allongement. Pour cela faire il accroche la commissure postérieure de la vulve avec le pouce et la retient en arrière, en immobilisant sa main au moyen de deux cordons qui, à leur partie inférieure, forment une espèce d'anse dans laquelle passe la main, ces deux cordons se logent ensuite dans la rainure interfessière et se séparent en haut pour venir se rejoindre en avant et se fixer par une boucle au dessus de la saillie abdominale de la malade.

La main mise dans l'impossibilité de se porter en avant, le pouce s'oppose à tout allongement et repousse la tête en arrière. Au bout d'un certain temps, le cuir chevelu glisse sur la boîte osseuse et forme un « cône cutané, qui, en se portant en avant, pénètre dans l'orifice vulvaire, le dépasse bientôt en entraînant à sa suite le cône osseux lui-même ».

Quel que soit le procédé auquel on voudra donner la préférence, l'essentiel c'est d'empêcher la tête de sortir trop vite. La voilà dehors; l'accoucheur devra aussitôt porter ses doigts au cou de l'enfant pour constater si oui ou non il y a des circulaires. Sans que ces derniers constituent un bien grand danger pour la vie de l'enfant, ils peuvent gêner d'une façon notable l'expulsion du tronc; aussi est-il indiqué de s'en débarrasser, en les faisant passer par-dessus la tête ; si cela était tant soit peu difficile, au lieu de tirer et de courir le risque de produire des traumatismes, il est bien plus prudent et plus chirurgical de placer deux pinces hémostatiques l'une à côté de l'autre et couper le cordon entre les deux. Au bout de quelques minutes, on voit la tête tourner et mettre son occiput de côté; à cette rotation externe correspond un mouvement analogue des épaules. L'épaule antérieure se fixe sous la symphyse, pendant que la postérieure parcourt toute la gouttière périnéale et se dégage au niveau de la commissure postérieure.

On passe alors les doigts en crochet sous les aisselles, en tirant et en relevant légèrement le tronc de l'enfant, on finit par le développer complètement en dehors des voies génitales. Il arrive assez souvent que, grâce aux soins dont on entoure le périnée au moment du dégagement de la tête, il ne présente aucune déchirure, aucune plaie. Un nouvel examen de la commissure postérieure, après la sortie du tronc, révèle cependant une effraction assez notable. Que s'est-il passé ? C'est que le périnée n'est pas seulement menacé par le dégagement de la tête, mais bien encore par celui des épaules. Y a-t-il une conduite à suivre pour obtenir un mode de sortie du tronc plus favorable ?

M. le docteur Couder (1) conseille de procéder de la façon suivante :

La tête, après sa rotation externe, est saisie entre les deux mains, puis portée et maintenue assez fortement en bas de façon que la partie postérieure du cou appuie sur la fourchette... Ce mouvement d'abaissement de la tête facilite et exagère le dégagement spontané de l'épaule antérieure. On arrive ainsi à faire sortir au-dessous de la symphyse, non seulement le moignon de l'épaule, mais encore la plus grande partie du bras jusqu'au voisinage du coude; si ce dernier reste encore profondément caché, il est bon de saisir le moignon de l'épaule entre le pouce et l'index et de le tirer en bas de façon à amener la plus grande partie de l'humérus. On applique alors un doigt sur la face antérieure du bras, et on le pousse vers le plan postérieur du fœtus. On dégage ainsi le coude, l'avant-bras et enfin la main.

IV

Nous en avons fini avec l'accouchement, au sens strict du mot, et cependant nous n'avons rien dit de l'anesthésie. Dans la grande majorité des cas, les douleurs tout en étant très vives, les périodes de repos sont assez longues pour que les femmes les supportent sans trop se plaindre, mais pour peu que la douleur semble provoquer une réaction par trop grande, que les phénomènes nerveux deviennent inquiétants, qu'il y ait de l'exaltation ou du délire, comme cela arrive quelquefois, l'accoucheur n'a pas le droit de refuser de donner du chloroforme. Il pourra souvent en tirer un très grand profit; les cas sont encore assez nombreux où l'anesthésie produit les meilleurs effets (résistance du périnée, contracture du releveur de l'anus, spasme, rigidité du col, etc.).

Y a-t-il des contre-indications à l'administration du chloroforme ?

On a dit que les maladies du cœur, du poumon et du système nerveux, devaient faire rejeter le chloroforme.

Avec M. Lucas-Championnière, nous croyons que, si on le donne avec soin et méthode, la malade ne court aucun danger. De petites doses et administrées d'une façon intermittente produiront un soulagement notable. Mais l'accouchement est terminé. Avant de lier le cordon, on devra penser à mettre l'enfant à l'abri de l'ophthalmie purulente; à cet effet, on laissera tomber quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1 p. 100 entre les paupières; M. le docteur Valude a conseillé, dans ces derniers temps, de saupoudrer les yeux de l'enfant avec de l'iodoforme; ce traitement semble déjà avoir donné les meilleurs résultats.

Après la toilette des yeux, on procède à la ligature du cordon; on attend que ses battements cessent. Alors on met à trois travers de doigt de l'ombilic deux pinces hémostatiques, et l'on coupe le cordon entre celles-ci.

On enveloppe le nouveau-né dans des linges chauds, on lui frictionne la tête, la nuque, le dos avec de la vaseline ou de l'huile d'amandes douces, de façon à enlever l'enduit sébacé; puis on plonge l'enfant dans un bain chaud, en

(1) Couder. *De la protection du périnée pendant le passage du tronc.* Thèse de Paris, 1891.

soulevant d'une main sa nuque, on savonne de l'autre avec une petite éponge tout le corps.

Ce nettoyage terminé, on essuie toutes les parties du corps avec une serviette sèche et chaude et l'on habille l'enfant. On passe les bras du nouveau-né dans les manches des brassières doublées d'une chemise de toile, on le retourne de façon à croiser derrière les deux moitiés de ce vêtement et à les fixer au moyen d'épingles de sûreté. Le thorax de l'enfant est ainsi protégé contre le froid; avant de mettre les langes et les couches, on fait la ligature définitive du cordon. On se sert, à cet effet, d'un fort cordonnet. Sa partie moyenne est placée sous le cordon, les deux bouts sont croisés trois ou quatre fois et serrés par un nœud. Lorsque la gélatine de Wharton est très abondante, la ligature lâche au bout de quelques heures et les vaisseaux non oblitérés donnent lieu à des hémorrhagies qui peuvent parfois entraîner la mort de l'enfant. Pour éviter ces accidents, il est bon d'avoir recours, dans ces cas, au procédé enseigné par M. le professeur Tarnier. On applique sur le cordon et parallèlement à sa longueur une allumette, qui doit le maintenir rigide et donner un point d'appui solide au fil de caoutchouc dont on se sert pour faire la ligature. Lorsque le nœud a été fait, on brise l'allumette en son milieu, et l'on tire doucement pour dégager chacun des deux morceaux de bois. La ligature ainsi faite donne la plus grande sécurité.

Il reste à panser le cordon qui, exposé à l'air et aux frottements, ne tarderait pas à devenir une source d'infection pour l'enfant. Le mieux est de mettre tout autour une légère couche d'ouate hydrophile; après avoir bien enduit le cordon et la région qui avoisine son insertion abdominale, de vaseline boriquée, on recouvre le tout d'une compresse de toile fine et d'une large bande de flanelle que l'on a le soin de rouler tout autour du corps et de fixer par des épingles anglaises.

Cela fait, on place une ou deux couches par-dessous les deux tiers inférieurs du tronc et des membres inférieurs, que l'on tient séparés en pliant les couches en dedans. Des langes en molleton et en laine complètent l'habillement de l'enfant.

On en a fini avec celui-ci. On revient à la mère pour procéder à la délivrance; même pendant que l'on s'occupe de l'enfant, il est bon, prudent, d'adresser de temps à autre quelques paroles à la femme, de lui demander si elle ne perd pas de sang, si elle a des douleurs ou des coliques; que l'on ait une raison quelconque de s'inquiéter, on quitterait aussitôt l'enfant pour venir en aide à la mère.

V

Nous avons dit tout à l'heure qu'on allait procéder à la délivrance. Le mot est mauvais et peut donner lieu à un malentendu. L'enseignement des maîtres et l'expérience de tous les jours montre que l'on doit rejeter indistinctement tous les procédés d'intervention. Tant qu'il n'y a pas d'indication pressante, l'accoucheur doit éviter de faire des tractions sur le cordon ou de recourir à la méthode d'expression. La délivrance est un acte naturel, qui comporte plusieurs temps, que l'accoucheur doit se contenter de suivre et de surveiller. Le placenta se décolle, il quitte le corps de l'utérus, passe dans le segment inférieur, puis dans le vagin. On portera de temps en temps l'index dans les voies génitales, pour s'assurer que rien ne trouble ce mécanisme si simple. Lorsqu'on aura acquis la conviction que le placenta est complètement décollé, qu'il est libre dans le vagin, on l'attire légèrement à l'orifice vulvaire. Une fois dehors on le prend à pleine main; une légère torsion imprimée au corps du délivre permet d'extraire les membranes dans leur intégrité.

Tout est terminé, mais l'accoucheur aurait tort de quitter sa malade; sa présence auprès d'elle est plus nécessaire que jamais pour surveiller et aider, s'il le faut, à la rétraction du muscle utérin. Il restera, par conséquent, une heure au moins après l'expulsion du placenta.

Il profitera de ce temps pour examiner tout à son aise le délivre, sa face fœtale et surtout sa face utérine, il recherchera, avec la plus grande attention, s'il ne manque pas de cotylédon, et il ne tardera pas à s'en apercevoir, pour peu qu'il fasse cette étude avec zèle et patience. Lorsque le placenta est complet, sa surface est unie, vernissée; qu'il y ait un cotylédon arraché à un endroit quelconque, l'aspect ne sera plus le même: au lieu de cette couleur terne, foncée de la face utérine du placenta, on verra une petite place toute rosée et un peu déchiquetée. Mais là ne doit pas s'arrêter l'examen du délivre, les regards devront se porter sur sa circonférence, on verra ainsi s'il y a ou non des cotylédons aberrants. Dans ce dernier cas, on constatera toujours la présence d'un vaisseau rompu dans l'épaisseur même des membranes. Celles-ci, pour être complètes, doivent former un long sac à petite ouverture. Leur face externe est formée par la caduque, qui est irrégulière, de couleur jaunâtre, où l'on voit çà et là quelques vaisseaux. Son aspect est couenneux, sa friabilité est tout à fait caractéristique. La face interne de la poche fœtale est formée par l'amnios qui, lui, a l'aspect d'une véritable membrane séreuse.

Mais tout s'est bien passé, il n'y a pas d'hémorrhagie, pas d'inertie.

On procède alors à la toilette de la malade. Avec des mains absolument propres et trempées dans une solution de sublimé à 1 p. 1000, on écarte avec précaution les grandes lèvres et on inspecte l'état des organes génitaux (petites lèvres, fourchette, etc.). On prend ensuite un tampon d'ouate hydrophile trempé dans un liquide antiseptique et l'on essuie, on lave soigneusement toute la zone génitale; sans s'occuper si le travail était particulièrement long ou pénible, après chaque accouchement on fera plusieurs injections vaginales chaudes, avec un paquet de sublimé de 20 centigrammes par litre.

La toilette finie, on lavera les cuisses, les jambes, les fesses de la malade, on enlèvera le linge souillé par le sang et on fera reposer la nouvelle accouchée sur une alèze propre.

La vulve sera garnie; on aura soin de placer au-devant d'elle une plaque d'ouate hydrophile, trempée dans une solution de sublimé ou d'acide phénique à 1 p. 100.

Chez les primipares, il est prudent de ne pas se contenter de ce simple petit pansement. Après la toilette vulvaire, il est bon de saupoudrer la région traumatisée avec de l'iodoforme, qui est un antiseptique de beaucoup plus sûr que toutes les autres poudres tant vantées dans ces derniers temps. Une large plaque d'ouate hydrophile et un bandage en T assureront l'occlusion des voies génitales. Avant de quitter la malade, on placera sur l'abdomen deux ou trois draps pliés que l'on remplace dans les jours suivants par un large bandage de corps ou une ceinture en flanelle.

Cette précaution n'est pas superflue, car il n'est pas rare de voir les femmes se plaindre, dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, de borborygmes, de coliques, qui n'ont d'autre raison que le météorisme qui suit la déplétion rapide de l'utérus.

La nouvelle accouchée lavée, nettoyée, pansée, ne tarde pas à s'endormir d'un sommeil profond. L'accoucheur, avant de s'en aller, donnera les conseils nécessaires au salut de la mère et de l'enfant, aux personnes qui seront chargées de les soigner, et reviendra encore une fois vers sa malade, pour s'assurer que l'utérus est dur, globuleux, bien rétracté et qu'il n'y a pas hémorrhagie.

VI

Des soins à donner dans le cours des suites de couches. — Lors de la première visite que l'accoucheur fait à sa malade, il s'informe de son état général, se rend bien compte de la température et du pouls, passe rapidement en revue les organes contenus dans l'abdomen et examine surtout l'utérus et la vessie. On voit, en effet, chez certaines femmes qui ont eu le travail long, douloureux, pénible, la vessie se distendre outre mesure; il suffit de pratiquer le cathétérisme pendant la première et, s'il le faut, la deuxième journée après l'accouchement, pour parer à ce petit accident. Nous n'avons pas besoin d'insister sur la nécessité absolue de se servir d'une sonde absolument aseptique; si on se sert d'une sonde métallique, il est indispensable, avant de la faire pénétrer dans l'urèthre, de la passer à la flamme et de la bien laver dans de l'eau boriquée. Pour les sondes en verre, il suffira de les plonger dans un bocal contenant une solution de sublimé à 1 p. 1000 et de les laver ensuite dans de l'eau boriquée.

Si l'accouchement a été normal, sans difficulté, sans traumatisme, qu'il n'y ait eu aucune lésion vulvaire ou vaginale, on peut se contenter de faire des pansements simples. Une plaque d'ouate hydrophile trempée ou non dans une solution antiseptique faible suffira.

Il n'en sera plus de même lorsque les fissures, les déchirures couvrent la zone génitale, ici un simple pansement occlusif pourrait devenir insuffisant. Aussi, à titre purement prophylactique, et pour éviter les complications probables, on reviendra aux lavages de la vulve et aux pansements à l'iodoforme.

Pour peu qu'on s'aperçoive d'une légère odeur, on ferait une injection vaginale matin et soir avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 1000. Si l'on constate que les lochies continuent à répandre une odeur fétide et que la température monte, il ne faudrait pas hésiter d'avoir recours à l'injection intra-utérine.

Voyons maintenant quelles sont les autres précautions à prendre pour assurer le rétablissement rapide de la femme. Ici encore, il faut répéter ce que nous avons déjà dit au début : les plus petits détails sont de la plus grande importance.

La chambre, dans laquelle doit séjourner l'accouchée, devra être aérée plusieurs fois par jour. Au moment d'ouvrir les fenêtres, on aura la précaution de la bien couvrir, de façon à ne pas l'exposer au refroidissement. Le calme le plus complet doit régner dans sa chambre, il faudra épargner à la malade aussi bien les mauvaises que les bonnes nouvelles et surtout défendre toute visite avant huit jours au moins.

Quant au régime alimentaire, il sera celui des opérés en général, les premiers jours on se contentera de bouillons, de potages et de lait. Aussitôt que la montée laiteuse est établie, les femmes peuvent reprendre leur régime ordinaire, tout en proscrivant les aliments difficiles à digérer.

La constipation sera combattue au moyen de lavements avec trois ou quatre cuillerées de glycérine.

Contre la tendance au météorisme on prescrira des paquets contenant :

Naphtol β . . . . . } āā 25 centigrammes.
Charbon pulvérisé. . }

pour un paquet. On en donnera de quatre à cinq par jour.

Si la femme est décidée à nourrir son enfant, on pourra le mettre au sein cinq ou six heures après l'accouchement. Si les mamelons étaient mal ou peu développés, on aurait recours, pendant les premiers temps, à la téterelle de M. Auvard ou de M. Budin. Avant et après chaque tétée, on lavera soigneusement le bout du sein avec de l'eau boriquée; si l'on voyait survenir des crevasses on les panserait avec de la vaseline boriquée ou en appliquant des compresses imprégnées d'une solution de sublimé à 1 p. 4000. Certaines femmes présentent parfois un engorgement très considérable des seins, surtout du quatrième au septième jour; il leur cause non seulement de la gêne, mais souvent même des douleurs. Le mieux, en ce cas, est d'appliquer des cataplasmes chauds et de donner régulièrement le sein à l'enfant.

Mais supposons que la femme ne nourrisse pas, faut-il la purger, comme c'était la coutume autrefois? Nous croyons que c'est là une pratique au moins inutile; il suffit, dans la plupart des cas, de couvrir et de soutenir les seins avec de l'ouate, le tout maintenu par une large serviette ou des bandes.

Nous arrivons maintenant à un point où le rôle du médecin est on ne peut plus important.

Quand la malade peut-elle quitter le lit?

Disons tout de suite que la durée du séjour au lit ne peut guère être déterminée d'avance. C'est à l'accoucheur qu'il appartient de le décider; c'est à lui de guider les premiers pas de l'accouchée ; il ne faut jamais perdre de vue que la santé et le bien-être de celle-ci en dépend.

Tous connaissent les inconvénients et les dangers du lever précoce, — les hémorrhagies dues à l'involution imparfaite, les déplacements en divers sens du corps de l'utérus, les inflammations sourdes, qui peuvent parfois être le point de départ de métrites et de pelvi-péritonites — tout cela est connu.

L'accoucheur ne saurait, par conséquent, être assez sévère pour la date du premier lever. Il se guidera sur le volume, la situation de l'utérus, l'état des annexes. Tant que l'utérus déborde la symphyse pubienne on devra impitoyablement refuser l'autorisation de quitter le lit.

D'une façon générale, trois semaines suffisent, au bout de ce temps on pourra permettre l'usage de la chaise longue. La femme fera ses premières sorties en voiture et reprendra graduellement ses anciennes habitudes.

PARALYSIE ALCOOLIQUE CHEZ LES ALIÉNÉS

Par M. Aug. Vigouroux,
Interne à l'asile Sainte-Anne.

Les observations que nous apportons nous ont paru intéressantes à plusieurs points de vue. D'abord elles portent sur les aliénés et nous ont permis d'étudier, parallèlement aux troubles physiques caractéristiques, l'état mental qui les accompagne. Ensuite, nos trois malades sont des hommes, et nous croyons qu'il n'est pas sans importance de rappeler que tous ceux qui se sont occupés de la question s'accordent à reconnaître la rareté de ces cas dans le sexe mâle. En effet, dans les observations de M. Lancereaux, nous voyons 11 cas sur 15 se rapportant à des femmes. M. le professeur Charcot, Wilke, ne citent que des femmes. Lackart et Clarke ont intitulé leur travail à ce sujet : « Étude de la paralysie alcoolique chez les femmes. » Enfin, M. Carpentier, dans sa thèse (1890), signale 1 observation d'homme pour 5 de femmes.

Les causes invoquées par les auteurs précités, pour expliquer la prédominance des accidents chez la femme, sont de différentes natures. Cette paralysie surviendrait sur les femmes entre vingt-cinq et trente ans, époque à laquelle leur développement ne serait pas complet; ils accusent également les essences contenues dans les liqueurs dont celles-ci boivent de préférence; enfin ils attribuent un rôle important au manque d'exercice. Nous avons remarqué que nos malades avaient également des fonctions peu actives (comptables et rentiers), que les trois ont fait des excès d'absinthe, que tous avaient présenté des accidents absinthiques avant l'apparition de leur paralysie, mais qu'ils avaient dépassé quarante ans.

Deux de ces malades ont été, en outre, l'objet d'erreur de diagnostic; on les a crus atteints de lésions médullaires, ce qui avait singulièrement assombri le pronostic de leurs affections. Nous avons pu, dès que la nature de leur paralysie a été connue, donner espoir à leur famille, et, en effet, nos deux malades sont maintenant sortis de l'asile très améliorés.

Le troisième de nos malades est mort, en peu de jours, de congestion cérébrale se rattachant à la paralysie générale dont il était atteint. Ce dernier, en effet, était un alcoolique devenu paralytique, comme son autopsie nous l'a confirmé, et qui avait conservé, de l'intoxication à laquelle il s'était soumis, la paralysie caractéristique de l'alcoolisme.

Nous dirons en terminant que, au point de vue de l'électrodiagnostic, nous n'avons pas trouvé l'interversion de la formule (cathode plus grand que anode) signalée par Erb Œttinger, mais une grande diminution de l'excitabilité du sciatique paptile externe et de l'excitabilité directe des muscles aux courants galvaniques et faradiques.

Cette inversion de la formule n'est donc pas constante.

Observation I. — *Paralysie alcoolique suivie de guérison.* — Le 18 février 1890, entrait dans le service de M. Dubuisson le nommé L..., âgé de cinquante-huit ans, porteur d'un certificat ainsi conçu : Démence alcoolique, est dangereux pour les siens, etc.

Le certificat immédiat du chef de service note, en outre, une paralysie des membres inférieurs.

Les renseignements de la femme du malade nous apprennent peu de choses sur ses antécédents héréditaires; son père était rhumatisant, les autres membres de sa famille sont bien portants.

Lui-même n'a jamais fait de graves maladies : vers 1870 il aurait eu quelques douleurs dans les articulations. Depuis sa jeunesse, il a toujours très peu dormi; deux ou trois heures par nuit. Cependant il dormait davantage depuis une dizaine d'années, mais d'un sommeil très agité.

Il a fait de nombreux excès alcooliques, il buvait environ deux litres de vin par jour chez lui, de plus, il rentrait ivre très souvent et se grisait pendant des semaines entières.

C'était un homme intelligent et instruit, d'un caractère doux et affectueux, ancien professeur de français dans un collège de province, il est venu s'établir comme comptable à Paris. Il a toujours beaucoup travaillé, mais il se faisait souvent renvoyer de ses places pour ivrognerie; jusqu'au mois de décembre 1889 il avait pu conserver deux heures de travail par jour.

Depuis le mois d'août 1889 il se plaignait de douleurs dans les jambes. Au mois de décembre il a eu l'influenza, il a dû s'aliter; ses jambes se sont paralysées, il n'avait plus de sommeil, avait un délire très actif; il voulait quitter son lit, avait des visions effrayantes, etc.

Le médecin qui le soignait, croyant à une affection médullaire, le jugea perdu et le dit à la famille; comme le délire s'accentuait on l'envoya à Sainte-Anne.

A son entrée L... était assez calme pour être placé à l'infirmerie.

Aspect antérieur : Le malade est alité, il ne peut se tenir debout. Il est d'une maigreur excessive, sa figure est inhumaine, pas d'inégalité pupillaire, tremblement fibrillaire de la langue. Les deux jambes sont diminuées de volume, les pieds sont en varus, reposant sur le lit par le bord externe, la plante regardant en dedans, la pointe tombant. Les péroniers latéraux et les extenseurs communs des orteils sont atrophiés et paralysés. Le jambier antérieur subsiste. On peut facilement, et sans douleur pour le malade, remettre le pied dans sa position normale, le malade ne peut pas le retenir ni faire ce mouvement de lui-même.

A l'examen électrique, l'excitation du nerf sciatique poplité externe donne lieu à une faible contraction, l'excitation faradique des muscles extenseurs et péroniers latéraux ne donne lieu à aucune contraction. L'excitation galvanique montre une diminution énorme de la contractilité, les signes ne sont pas renversés. Le jambier antérieur est normal.

Sensibilité : De lui-même le malade accuse des douleurs dans les jambes, qu'il compare à des piqûres d'épingles. Les douleurs augmentent dans la nuit.

Pas de douleurs en ceinture.

Les muscles de la jambe sont très douloureux à la pression.

Si on le pique avec une épingle, il y a un retard notable des impressions, on trouve des plaques d'anesthésie sur les jambes.

Le réflexe rotulien est aboli.

Le réflexe pupillaire est conservé.

Motilité : on ne trouve pas d'incoordination; les yeux fermés, le malade porte les mains à son nez, à son oreille, etc.

Il fléchit assez facilement la cuisse sur son ventre et la jambe sur sa cuisse, mais ne peut relever son pied ni faire remuer les orteils.

Dans les membres supérieurs on constate de la parésie. Comme trouble trophique, au niveau du cou-de-pied, la peau est chaude, luisante et rouge, les poils des jambes ont tombé. Sa moustache et ses cheveux tombent également.

Il n'y a pas de troubles de la miction.

Il ne gâte pas.

Pas de paralysie oculaire.

Le pouls bat 108 pulsations, sans élévation de température.

État mental : L... n'a pas conscience de l'endroit où il se trouve, il se croit à Lagny. Il ignore quel jour et même quel mois nous sommes. Il répond avec exactitude aux questions sur son passé, il donne facilement la date de sa nomination au collège de L. Il donne les noms de ses collègues, tandis que le souvenir des événements récents a complètement disparu. A quatre heures de l'après-midi il ne se rappelle pas avoir vu sa femme deux heures auparavant. Il est indifférent à ce qui se passe autour de lui. Pas

d'idées de grandeur ni d'hypochondrie. Il a des hallucinations de la vue; il voit souvent sa fille au pied de son lit. Il lui adressa le parole, mais n'entend pas de réponse.

Il a des illusions fréquentes, il prend les gardiens pour ses parents ou ses amis. Il dort peu et son sommeil est interrompu par des cauchemars effrayants; il rêve qu'on lui coupe la jambe, qu'on lui arrache les muscles, etc.

Traitement : Le malade fut soumis au régime ordinaire et prit quelques bains sulfureux, les jambes furent électrisées périodiquement, l'excitation portant surtout sur les péroniers latéraux et les extenseurs communs des orteils.

Les séances d'électrisation, d'une durée de cinq minutes environ, furent répétées tous les deux jours. Dès la troisième séance, une amélioration était appréciable.

Le 1er avril on peut constater que les mouvements volontaires sont à peu près revenus, le malade redresse son pied, il peut étendre les orteils, mais il ne peut encore marcher.

Son état mental est sensiblement amélioré, la mémoire lui est un peu revenue. Il n'a plus ni hallucinations ni illusions de la vue.

Dans les premiers jours de juillet il se lève et marche avec l'aide d'un infirmier. Le 20 juillet il marche seul et sa démarche est absolument caractéristique, c'est absolument le steppeur que M. le professeur Charcot a décrit dans ses *Leçons du mardi*.

Dans peu de temps le malade pourra être rendu à sa famille, sinon guéri, du moins suffisamment amélioré pour qu'il puisse se livrer à un travail peu fatigant.

OBS. II. — *Alcoolique chronique avec crise aiguë; trouble de la motilité remontant à deux mois; diagnostic de tabes; amélioration.* — Le 5 août 1891, le nommé C... (Charles), âgé de quarante ans, était transféré de l'infirmerie du Dépôt à l'admission de Sainte-Anne. Le certificat de M. Paul Garnier était ainsi conçu : Délire alcoolique avec excitation, illusions, hallucinations, cris, bris de carreaux, tremblement.

Deux jours après, M. le docteur Dagonet ratifiait le diagnostic de délire alcoolique : le malade était en pleine crise de délire alcoolique, en proie à des hallucinations terrifiantes, incohérent dans ses paroles, avec tremblement généralisé.

On remarquait en outre, dans sa démarche, quelque chose de particulier. En marchant, la pointe de son pied tombait, traînait, il était obligé de soulever très haut la jambe; en un mot, il steppait.

C... est un homme de quarante ans, d'une maigreur excessive. Son aspect est absolument celui du buveur, sa face est congestionnée et couverte d'acné, son nez est variqueux.

Les antécédents héréditaires ne nous apprennent rien de particulier, son père est mort d'accident, il a un frère bien portant, qui n'a jamais fait aucun excès alcoolique.

Il a fait quelques maladies de l'enfance : rougeole, scarlatine; il aurait eu un accident mal défini, qui l'aurait contraint à porter un corset pendant cinq ans.

Il a pu, néanmoins, faire son service militaire, est arrivé sergent-major.

En sortant du régiment, il a exercé le métier de représentant de commerce de vins pendant dix ans, et c'est pendant cette période qu'auraient commencé ses excès alcooliques. Depuis dix ans, jouissant d'une certaine aisance, il s'est retiré du commerce et il a continué à boire tous les jours. Il prenait régulièrement deux absinthes, cinq à six petits verres d'eau-de-vie et plusieurs verres de bière. Souvent il dépassait de beaucoup cette dose, buvait jusqu'à un demi-litre d'eau-de-vie et alors se grisait.

Il y a quatre ans il a eu une congestion pulmonaire, qui a reparu il y a deux ans. Mais les premiers accidents toxiques ne seraient apparu qu'il y a un an. Il a commencé à mal dormir, à avoir des cauchemars, se réveillant souvent en sursaut.

Son appétit était irrégulier, il restait des journées sans pouvoir manger, vomissait souvent de la bile le matin, il se plaignait d'une douleur au niveau du foie, a maigri.

En même temps il avait des douleurs dans les jambes, des crampes, surtout la nuit.

Il y a six semaines seulement qu'il s'aperçut qu'il ne pouvait soulever la pointe du pied, il marche avec une canne. Son médecin attribuait cette faiblesse à une lésion médullaire et lui avait conseillé les eaux de La Malou.

Son intelligence avait baissé depuis quelque temps, ses amis l'avaient remarqué; sa mémoire avait fortement diminué.

Le 6 août, il a reçu à dîner chez lui quelques camarades, a fait quelques excès, et après s'être endormi il a été réveillé au matin par le bruit de voleurs voulant forcer la grille de sa maison, il s'est barricadé chez lui, prétend même avoir tiré des coups de revolver sur ces voleurs. Le soir il est sorti de chez lui avec un bâton, très effrayé, est allé demander au boucher un couteau pour tuer le boulanger; en gesticulant avec son bâton il a cassé des vitres, ce qui a amené son arrestation.

Le 12 août la crise était passée, le malade se rendait compte de sa situation, en était fort ennuyé. Il se rappelait très bien les frayeurs qu'il avait eues et les racontait facilement.

Le sommeil est revenu, il ne conserve plus ni illusions ni hallucinations.

Sa mémoire est assez bien conservée pour les faits anciens, diminuée pour les faits plus récents. Il a un affaiblissement intellectuel marqué, il s'occupe surtout de son perroquet et de son chien.

Il a le visage asymétrique, les oreilles larges avec pavillons très écartés de la tête, les dents mal plantées.

La sensibilité est anormale au niveau du bras, de la poitrine, il y a une hyperesthésie très marquée au niveau de la tête, de la face, de la plante des pieds.

Sur les jambes et les mollets il y a des plaques d'anesthésie complète, en d'autres endroits la sensibilité est émoussée, et il y a un retard perçu de la piqûre.

La pression des muscles provoque de la douleur, surtout au niveau des jambes.

Le réflexe rotulien est diminué à droite, normal à gauche.

Le réflexe pharyngien est conservé.

Les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation, sont normaux.

La vision ne présente rien de particulier, les pupilles sont égales.

L'ouïe est conservée des deux côtés.

L'odorat est bien diminué, il ne reconnaît pas l'essence de menthe, à gauche ne sent pas le vinaigre, à droite il sent que cela lui pique le nez.

Le goût est également légèrement diminué, il sent que le sulfate de quinine est amer.

A l'auscultation on trouve quelques râles de congestion à droite, du côté où il a été malade, les artères sont athéromateuses, et l'auscultation du cœur dénote un souffle au second temps et à la base.

Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt. Il est douloureux à la pression.

Pas d'incontinence d'urine ni de matières fécales. Cependant, il a gâté, à deux reprises différentes, mais au milieu de sa crise.

La langue est saburrale, le malade a bon appétit et ne se plaint plus de ses digestions.

Motilité : La langue est animée de tremblement fibrillaire. Les doigts ont également un léger tremblement, mais qui va en diminuant.

La force musculaire des membres supérieurs est égale des deux côtés, elle est peu considérable. Ce sont les jambes qui ont été le plus touchées.

Il y a un amaigrissement général des jambes et même des cuisses, avec atrophie des muscles de la région antéro-externe des jambes.

Cette région est plus rouge, lisse, luisante, dépourvue de poils, l'articulation tibio-tarsienne est libre, mais est le siège de douleurs à la pression.

Nous avons déjà parlé de la démarche du malade, c'est un steppeur.

Quand on lui fait étendre les jambes il est incapable d'imprimer à ses pieds un mouvement quelconque, le pied retombe la pointe en dedans, il ne peut ni relever le pied ni imprimer à la masse du pied des mouvements de latéralité. Quand il fait des efforts il contracte ses muscles soléaires.

Paralysie des jambiers antérieurs, des extenseurs et des péroniers latéraux.

Examen électrique : Excitation indirecte. En excitant le nerf sciatique poplité externe, tous les muscles répondent, mais faiblement.

Excitation directe. Avec les courants faradiques, avec le maximum du chariot, on obtient une légère contraction. Avec le courant galvanique la contraction est normale et le pôle négatif donne des contractions plus fortes que le pôle positif.

C... a été soumis au traitement ordinaire des alcooliques, ses troubles intellectuels ont vite disparu. Quant à sa paralysie, quelques séances d'électrisation faradique l'ont déjà amélioré. Il a pu sortir en liberté et il est permis d'espérer qu'avec une bonne hygiène et quelques soins spéciaux, il se rétablira complètement.

Obs. III. — *Paralysie flasque des extenseurs chez un paralytique général d'origine alcoolique; mort par congestion cérébrale; autopsie.* — G... (Louis), âgé de quarante-deux ans, employé de banque, fut admis à Sainte-Anne le 1er septembre 1890, avec un certificat de M. le docteur Vallon, portant le diagnostic de folie paralytique.

Ses antécédents héréditaires ne nous apprennent rien d'intéressant : son père est mort d'une maladie de cœur à soixante ans, sa mère d'une affection de poitrine à quarante-quatre ans. Les collatéraux se portent bien. Il n'a pas d'enfants.

Lui-même a toujours eu une bonne santé, il a été atteint de la pelade à l'âge de sept ans, depuis il ne s'est jamais plaint que de quelques douleurs rhumatismales. C'était un homme intelligent et occupant une position très élevée dans une banque. Néanmoins, il a toujours été très émotif, ne supportait pas la moindre contrariété, et pleurait pour des motifs futiles. Il était maniaque pour l'arrangement de son appartement et de son bureau. Il n'avait cependant ni obsessions ni impulsions irrésistibles.

Depuis l'âge de vingt-deux ans, il a toujours fait des excès alcooliques, il buvait beaucoup de cognac et prenait régulièrement de l'absinthe et d'autres apéritifs. Depuis cinq ou six ans il se grisait moins souvent.

Les troubles intellectuels auraient débuté en 1887, sa femme se serait aperçue d'une légère diminution de sa mémoire; en outre, son caractère avait changé, il était devenu très irritable et concentré en lui-même. Son sommeil a commencé à devenir agité, il avait des cauchemars, il vomissait souvent ce qu'il mangeait. Il avait des crampes dans les jambes, des vertiges, des maux de tête.

En août 1887, il fut atteint d'une affection pulmonaire très grave, pour laquelle il fut soigné par M. le docteur Guyot, qui le menaça d'un internement à brève échéance, s'il ne cessait son régime.

Il sortit de cette maladie très affaibli, incapable de continuer son travail. C'est à ce moment qu'on s'aperçut de la difficulté qu'il éprouvait à marcher. Depuis un mois il ne pouvait sortir seul, se perdait dans les rues, il ne reconnaissait plus les endroits qu'il fréquentait autrefois et pleurait comme un enfant. Il eut alors des crises d'excitation avec des hallucinations terrifiantes, pendant lesquelles il se frappait lui-même, lançait son mobilier par la fenêtre. C'est à la suite d'une de ces crises que sa famille l'a amené à l'asile Sainte-Anne.

G... est un homme bien constitué, d'une maigreur excessive; nous remarquons de suite sa démarche qui est particulière, il steppe des deux jambes. Sa force musculaire des deux bras est affaiblie, égale des deux côtés, les extenseurs sont conservés, ses mains sont animées d'un tremblement fibrillaire, sa langue est saburrale et animée de mouvements vermiculaires, sa parole est hésitante, présente de nombreux accrocs, ses pupilles sont légèrement inégales, les réflexes à la lumière et à l'accommodation sont conservés. Les réflexes patellaires sont presque abolis.

On trouve des plaques d'anesthésie au niveau de la région antéro-externe des jambes et de l'hyperesthésie plantaire. Pour le reste du corps, la sensibilité à la douleur est conservée.

Ses artères sont athéromateuses, son foie déborde les fausses côtes. L'auscultation ne révèle rien au cœur ni dans les poumons.

L'examen de ses jambes nous montre un amaigrissement énorme, la circonférence de son mollet mesure 25 centimètres; on voit une dépression profonde au niveau des muscles jambiers antérieur et extérieur communs des doigts.

Le malade est incapable de redresser son pied de lui-même. L'excitation du nerf sciatique poplité externe nous donne une contraction faible dans les muscles jambiers antérieurs, extenseur commun à l'extenseur propre. Les péroniers latéraux répondent normalement.

La contraction faradique est très diminuée, il en est de même de la galvanique, mais il n'y a pas d'interversion de signes. Le cathode est plus grand que l'anode.

Au point de vue mental, notre malade présente un grand affaiblissement intellectuel. Il ne se rend pas compte de l'endroit où il se trouve, ne sait ni le jour ni l'année dans lesquels nous sommes. Il est très excité, parle beaucoup, mais est incohérent.

Le 16 septembre il fut atteint de congestion cérébrale et mourut.

Autopsie : Le cerveau est bien développé, pèse 1250 grammes. Les méninges sont opaques et laiteuses dans toute la convexité des hémisphères. On y voit des plaques rouge vif tout le long de la grande circonférence. Il y a des adhérences des méninges au niveau des lobes frontal, pariétal et sphénoïdal.

Le plancher du quatrième ventricule est couvert de granulations, les ventricules latéraux nous en montrent surtout au niveau du trou de Mouro.

A la coupe, le cerveau ne présente pas de lésions localisées, on n'y voit qu'un piqueté rouge.

Les veines sont gorgées de sang noir, les artères sont athéromateuses.

MÉDECINE PRATIQUE

Du traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olive. — M. le docteur Villemin vient de faire paraître, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, un fort remarquable travail sur la valeur de l'huile dans le traitement de la lithiase biliaire.

Nous reproduisons, d'après cet auteur, le mode d'emploi qu'il recommande.

« Quand il s'agit simplement de prévenir une crise qui paraît imminente, le meilleur moment pour administrer l'huile est le soir, aussi loin que possible des repas, afin de ne point troubler la digestion; une dose de 50 grammes, répétée plusieurs jours de suite, sera généralement suffisante à empêcher tous les accidents.

Dans le cas où il ne s'agit plus de prévenir, mais de calmer une crise de coliques hépatiques, le procédé employé diffère un peu suivant les médecins. M. le docteur Touâtre l'emploie pure, à la dose de deux grands verres (400 grammes environ) prise en deux fois à un quart d'heure ou une demi-heure d'intervalle. Les médecins américains emploient souvent l'huile d'olive unie à la belladone. M. le docteur Rosenberg la fait prendre à la dose de 150 grammes additionnés de 15 grammes de cognac, de deux jaunes d'œuf et de menthol (25 centigrammes pour 100). M. le docteur Feillé (d'Angers), d'après M. le docteur Millard, donne environ 125 grammes d'huile, cinq à six heures après un léger repas, et le lendemain, il fait prendre au malade 40 grammes d'huile de ricin.

Pour moi, j'ai toujours employé l'huile pure, à la dose d'un

seul verre, ne jugeant utile l'emploi d'aucun moyen secondaire pour obtenir au bout de quelques heures un effet purgatif, ou pour prévenir les vomissements. Seulement, pour ne pas laisser aux malades un goût désagréable, je leur fais généralement prendre, avant et après l'huile, une gorgée de cognac ou de liqueur forte qu'ils avalent ou avec laquelle ils se gargarisent simplement.

Malgré la répugnance ou le dégoût que presque tous manifestent pour ce remède, je n'ai jamais vu survenir de vomissements; j'ai même vu, plusieurs fois, un état nauséeux très pénible cesser tout de suite après l'ingestion de l'huile. C'est à peu près ce que dit M. Chauffard : « Si pénible que puisse sembler à première vue cette médication, elle a presque toujours été bien supportée : peu de nausées, à peine quelquefois des vomiturition peu abondantes. » Mais remarquons que M. Chauffard donnait à ses malades 400 grammes d'huile; cette dose étant plus que deux fois supérieure à celle que j'ai employée, il est facile de comprendre qu'elle ait été moins facilement supportée.

Aussi, lorsqu'un médecin se trouve en présence d'une crise de coliques hépatiques, fût-elle accompagnée de vomissements, je ne vois aucune raison pour qu'il ne tente pas de l'arrêter d'emblée avec une médication aussi simple et inoffensive qu'un verre d'huile. Il agira sans doute aussi rapidement qu'avec une injection de morphine, et, je le crois, plus sûrement, car la morphine, entre autres inconvénients possibles, tels que vomissements prolongés, ne calme souvent les souffrances que pour peu d'heures, après lesquelles le malade réclame de nouvelles piqûres; et dans les cas plus favorables où elle arrête définitivement les douleurs, ce n'est bien souvent qu'en plongeant le malade dans un état d'engourdissement et de torpeur compliqué d'un malaise indéfinissable qui peut durer plusieurs heures. Avec l'huile, je n'ai jamais remarqué rien de semblable; loin de là, j'ai toujours été frappé du bien-être que retrouvaient presque aussitôt les malades, qui semblaient, au bout de quelques minutes, sortir complètement de cet état d'abattement, de stupeur, de concentration en soi-même que causent trop souvent les horribles souffrances de la colique hépatique.

Des faits qui précèdent, nous pouvons conclure que l'huile d'olive donnée à haute dose pendant une violente crise de coliques hépatiques : 1° arrête presque instantanément les douleurs aiguës, et 2° diminue considérablement la période pendant laquelle les malades présentent les douleurs sourdes, l'abattement, le malaise et même l'ictère si fréquents à la suite d'une forte crise. Ce second effet s'observe encore d'une manière très sensible, lorsque l'huile n'est donnée qu'après la période aiguë de la crise, comme dans quelques-unes des observations que j'ai rapportées avant les miennes.

Lorsqu'une crise paraît imminente, l'usage de l'huile à doses fractionnées, mais répétées pendant plusieurs jours, arrivera souvent à la prévenir.

Les calculs biliaires, causes de la colique hépatique, ont été retrouvés assez souvent (15 fois sur 50 cas environ que je rapporte) après l'emploi de l'huile. Grâce à la purgation et à l'effet cholagogue de ce médicament, il est probable que les calculs sont fréquemment entraînés hors des voies biliaires et digestives, et qu'on les retrouverait dans un nombre de cas beaucoup plus grand, si cette recherche était faite avec plus de soin et de persévérance. »

Traitement de l'incontinence d'urine chez les enfants. — M. Lyon, dans un travail intéressant paru dans les *Annales de médecine*, donne les conseils thérapeutiques suivants :

Les théories actuelles, qui reconnaissent au plus grand nombre des incontinences une cause psychique, nous paraissent simplifier singulièrement le traitement de cette affection : après avoir établi nettement le diagnostic, éliminé par suite toutes les incontinences symptomatiques (que nous avons précédemment énumérées), on cherchera à modérer l'activité cérébrale de l'enfant, à supprimer le rêve mictionnel : à côté des moyens banals (bonne hygiène, suppression des boissons le soir, réveils fréquents, etc.), à côté de la médication hydrothérapique qu'il ne faut pas négliger, on aura recours, d'une part, à la médication interne par l'antipyrine, souvent active, toujours inoffensive, à condition d'être prudemment maniée; cette médication seule pourra déterminer la guérison; si elle échoue, on lui substituera la méthode de traitement par irritation locale de la région membraneuse de l'urèthre, et, dans ce but, on aura exclusivement recours à l'électrisation, suivant le procédé de M. Guyon, beaucoup moins brutal que les cautérisations. On ne négligera pas non plus d'agir sur le cerveau de l'enfant par la suggestion à l'état de veille, et seulement, en dernier ressort, par la suggestion hypnotique.

VARIÉTÉS

Expertises et honoraires.

Un de nos confrères de province, la *Normandie médicale*, nous fait connaître le fait suivant dont la divulgation n'est pas sans quelque intérêt au moment où nos représentants vont discuter la question des expertises médicales et des honoraires qu'il convient de leur allouer.

« Depuis deux ou trois ans, les médecins ont attiré l'attention sur l'insuffisance de l'indemnité qui leur est allouée dans les cas d'expertises.

Dans bien des cas, en effet, le médecin peut être appelé à dépenser plusieurs heures de son temps, à parcourir plusieurs kilomètres, à rédiger un rapport pour la modique somme de cent sous.

Il nous a paru intéressant de faire un rapprochement entre ces faits et le fait suivant qui vient de nous être communiqué. Les médecins ne sont pas en cause; il s'agit d'un professeur d'histoire naturelle, d'un ingénieur et d'un négociant nommés experts dans une affaire dont voici le résumé :

Un bâtiment venant de New-York apporte dans un port de France un certain nombre de boucauts (barils) de tabac et l'on s'aperçoit que ce tabac a été envahi par les insectes qu'on connaît sous le nom de dermestes. Voilà une matière à procès entre le fournisseur et les concessionnaires, d'une part; — le capitaine du navire, les assureurs et la Compagnie des Docks, d'autre part.

Nos experts sont nommés pour *vérifier* lesdits boucauts. Un rapport est fait, c'est une page intéressante d'histoire naturelle, un résumé substantiel de la vie des insectes précités. Le coût de ce rapport est de **3,079 fr. 05** centimes. Je ne dis rien des 3,079 fr., mais ce sont les 5 centimes qui me font rêver.

On a dû s'arracher ce rapport. On n'a pas tous les jours, dans le commerce et les affaires, l'occasion de lire des choses aussi instructives. Tant et si bien, que la Compagnie des Docks, en lisant la description des mœurs des dermestes, prend peur, et, attaquant à son tour le fournisseur et les concessionnaires, elle demande qu'on nomme une Commission pour dire si le voisinage des boucauts envahis ne constitue pas un danger. Les *mêmes* experts sont nommés le lendemain du jour où le premier rapport est déposé. Un deuxième rapport est fait. Il raconte encore une fois le « cycle biologique » des insectes et donne la formule des liquides à employer pour les détruire.

Le coût de ce deuxième rapport est de **6,000** fr. (six mille francs). J'ai oublié les centimes, mais il y en avait.

Voilà une « bonne affaire » qui aura rapporté au professeur d'histoire naturelle, à l'ingénieur et au négociant **9,079** fr. **05** (neuf mille soixante-dix-neuf francs cinq centimes).

Et pendant ce temps-là, un médecin peut être requis (non pas *invité*) pour faire une autopsie; il est mis en présence d'un cadavre plus ou moins vert déjà, il plonge les bras jusqu'aux coudes dans une matière pétrie de tous les microbes connus et inconnus. Il risque sa vie sans en avoir l'air. Il aura un rapport à rédiger. Il

aura à en répondre devant le tribunal et à essuyer les remarques aigres-douces de l'avocat. Tout cela pour 8 à 10 francs!!! »

Falsification des vins blancs naturels par les vins de sucre. — *L'Union pharmaceutique* fait connaître le procédé indiqué par Sochaezewski, pour reconnaître la falsification du vin blanc :

On prend 20 grammes de vin, qu'on place dans un verre à expériences, d'une capacité de 60 à 90 centimètres cubes, et on l'additionne de bicarbonate de soude ; suivant que le vin est plus ou moins acide, on en met de 1gr50 à 2 grammes ; on agite jusqu'à cessation d'effervescence, et on laisse reposer.

Si le vin est naturel, il reste clair et prend une légère teinte verdâtre, qui est marron par transparence ; peu à peu, il se forme un léger précipité noirâtre.

Le vin de sucre pur ne change pas d'abord de couleur, mais au bout de quelque temps, quelquefois de plusieurs heures, le vin se trouble et devient rouge-brique sale ou bleu-verdâtre ; par transparence, la couleur est brun-marron ; puis le trouble augmente, et il se forme un abondant dépôt.

Si le vin est un mélange de vin blanc naturel et de vin de sucre, il prend la teinte rouge-brique ou bleu-verdâtre ; le trouble augmente comme dans le vin de sucre pur, et il est d'autant plus prononcé que le vin contient plus de vin de sucre.

On peut encore recourir au procédé suivant : on met le vin dans un verre à expérience conique, et on ajoute une solution saturée de soude caustique ou de l'ammoniaque, en ayant soin de faire couler ce liquide sur les parois du verre ; ce liquide, plus dense que le vin, gagne le fond du verre, et il se forme, au contact des deux couches, une coloration verte pour le vin naturel, et une coloration marron pour le vin de sucre ou pour le mélange d'un vin naturel avec le vin de sucre.

— Un cours pratique de gynécologie aura lieu, à partir du samedi 3 octobre, à deux heures, au laboratoire de M. le professeur Cornil, 21, rue de l'École-de-Médecine. — Se faire inscrire d'avance.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE...... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. Association française pour l'avancement des sciences (xxe session). — Hôpital Necker. La grippe, les trois grands plexus viscéraux et le sympathique vaso-moteur. — Contribution à l'étude de l'hypersécrétion chlorhydrique. — Notes chirurgicales. — Médecine pratique. — Nouvelles.

Paris, le 28 septembre 1891.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XXe SESSION)

La XXe session du Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences s'est tenue, cette année, à Marseille, du 17 au 24 septembre. La séance d'inauguration, dans laquelle on ne comptait pas moins de 300 membres, a eu lieu, avec un certain cérémonial, dans la salle du théâtre municipal, sous la présidence de M. Dehérain, membre de l'Institut. M. Baret, maire de Marseille, a appris au Congrès l'engagement qu'a contracté la Municipalité de créer et d'entretenir, à ses frais, la nouvelle Faculté de médecine. Le bureau de la section des sciences médicales a été, ensuite, constitué de la façon suivante : Président, M. Chapplain (de Marseille) ; présidents d'honneurs, MM. Verneuil, Bouchard (de Paris), S. Pirondi (de Marseille), Duplouy (de Rochefort) ; vice-présidents, MM. Hallopeau, Dastres, Nepveu, Caubet et Laget.

Parmi les questions traitées dans cette section, la tuberculose tient le premier rang. Jamais, croyons-nous, ce terrible fléau n'a été autant étudié que dans ces derniers temps, si bien qu'il n'y a pas un congrès, touchant par quelque point aux sciences médicales, où il n'en soit amplement question.

C'est M. Ollivier qui a ouvert le feu en mettant en garde les praticiens contre les fausses méningites tuberculeuses, et en particulier contre la méningite de nature hystérique qui est si souvent confondue avec la méningite tuberculeuse chez les enfants. Sans nier qu'il y ait des exemples authentiques de guérisons de cette dernière, M. Ollivier pense qu'un grand nombre de méningites dites tuberculeuses, terminées par la guérison, ne sont que des manifestations hystériques à formes méningitiques. Avant donc de déclarer la guérison d'une méningite prétendue tuberculeuse, il faut éliminer les fausses méningites de toute nature, celles de l'hystérie, en particulier, dont on n'a pas suffisamment tenu compte jusqu'ici.

La méthode de M. Lannelongue, pour le traitement de la tuberculose chirurgicale, continue à être expérimentée par divers chirurgiens avec des résultats variables. M. Coudray, aux 9 cas qu'il a communiqués au Congrès de la tuberculose, ajoute 16 nouvelles observations qui lui paraissent présenter une valeur démonstrative au point de vue de l'efficacité de la méthode. Il ressort des faits observés par M. Coudray qu'il faut recourir à des doses de chlorure de zinc plus élevées que celles qui ont été primitivement indiquées par l'auteur de la méthode. C'est ainsi qu'il arrive à injecter xx à xl gouttes de la solution au dixième dans une seule séance. Il faut également remarquer que, dans plusieurs cas, M. Coudray a joint, aux injections de chlorure de zinc, l'incision et le curage des foyers tuberculeux. Enfin, s'il y a des cas où la guérison paraît définitive, dans beaucoup d'autres il ne s'agit que d'améliorations, et le temps écoulé depuis le commencement du traitement, dans tous ces cas, n'est pas encore suffisant, selon nous, pour que l'on soit certainement à l'abri de toute récidive. Quoi qu'il en soit, il ne convient pas de désespérer, et ces essais doivent être continués.

M. Nicaise a fait une intéressante communication sur l'arthrite tuberculeuse miliaire secondaire ; variété rare, mais d'un pronostic très grave et pour laquelle il faut joindre au traitement chirurgical le plus radical et le plus énergique, le traitement hygiénique et général de la tuberculose pulmonaire.

M. Villeneuve (de Marseille) a renoncé à la castration dans le traitement de la tuberculose génitale, sauf dans les cas de tuberculose testiculaire aiguë. Dans les cas chroniques, il se contente de la cautérisation des foyers recommandée par M. Verneuil. Toutefois, dans les cas où l'on peut intervenir dès le début, il fait la résection de l'épididyme ou de la vésicule séminale avec l'épididyme et le canal déférent. Le discrédit dans lequel est tombée, depuis quelque temps, la castration nous paraît un peu exagéré.

L'idée d'appliquer au traitement de la tuberculose pulmonaire les méthodes de traitement des tuberculoses locales vient tout naturellement à l'esprit des expérimentateurs. Jusqu'ici, il faut bien le dire, les résultats n'ont pas répondu aux espérances qu'on avait pu concevoir. Sera-t-on plus heureux en suivant la nouvelle voie ouverte par M. Boinet (de Marseille) ?

La résistance bien connue du bacille de la tuberculose à l'action des différents antiseptiques lui a donné l'idée de diminuer sa virulencce par la coloration ; le kristalviolet

en solution aqueuse ou alcoolique à 2 p. 100 lui a donné quelques résultats expérimentaux encourageants.

Tout en cherchant à s'attaquer au bacille de Koch, il ne faut pas perdre de vue l'importance des moyens hygiéniques en matière de traitement de la tuberculose. A ce point de vue, nous devons signaler un travail de M. Maurel (de Toulouse) sur l'hygiène respiratoire comme moyen prophylactique. Ce travail est basé sur ce fait que tous les malades tuberculeux ou prédisposés à la tuberculose ont leur capacité thoracique insuffisante. Or, cette insuffisance, qui s'exagère toujours dans le cours de la maladie et qui souvent la précède, peut se corriger par des exercices gymnastiques.

Signalons une communication de M. Auriol (d'Arles) sur le traitement de la phthisie par les inhalations d'acide sulfureux. M. Auriol insiste sur ce point que, pour donner des résultats, cette médication doit être continuée pendant fort longtemps, six à huit mois, ce qu'il est souvent difficile d'obtenir des malades. M. Reboul (de Marseille) a traité, avec quelques succès, des adénopathies scrofulo-tuberculeuses et la tuberculose du testicule par des injections interstitielles de naphtol camphré.

Pour terminer ce qui a trait à la tuberculose, nous analyserons en quelques mots deux importantes communications, l'une de M. Verneuil, l'autre de M. Ollier. M. Verneuil a fait, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, une conférence sur le pronostic de la tuberculose osseuse et articulaire dans le passé, le présent et l'avenir. Il s'applique à démontrer que le pronostic de la tuberculose, très fâcheux il y a quarante ans encore, s'est considérablement amélioré depuis cette époque et peut s'améliorer encore; que, notamment, la tuberculose osseuse et articulaire entraîne de jour en jour une mortalité moindre, guérit plus souvent qu'autrefois avec de moindres difformités, n'exige qu'exceptionnellement des mutilations graves, ne réclame dans un grand nombre de cas que les ressources de la petite chirurgie, de la thérapeutique médicale ou de l'hygiène; et que ces résultats sont obtenus même en l'absence d'un agent spécifique capable de détruire le virus de Villemin. Remarquons, en passant, que M. Verneuil dit « le virus de Villemin » et non « le bacille de Koch ». Cette justice un peu tardive rendue à M. Villemin nous paraît tout à fait légitime. En effet, ainsi que le fait observer M. Verneuil, le virus est toujours présent dans les lésions tuberculeuses, tandis que le bacille y fait souvent défaut. La découverte, faite par M. Villemin, de la virulence des produits tuberculeux, a donc plus fait pour la science que toutes les découvertes bactériologiques qui l'ont suivie. Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Verneuil dans les considérations d'histoire et de philosophie médicales dans lesquelles il est entré à ce propos et à propos de la tuberculose, envisagée d'une façon générale, et, faute de place, nous nous contenterons de rappeler les principaux moyens qu'il préconise : comme moyens généraux, ce sont l'hygiène, les médicaments, l'aérothérapie, la thalassothérapie et les eaux minérales; comme moyens locaux non opératoires, l'immobilisation, les topiques, la révulsion, la compression, l'extension, le surchauffage; comme moyens de petite chirurgie, les injections interstitielles d'éther iodoformé, de chlorure de zinc, le traitement des abcès et des fistules par les injections et le râclage; comme opération, le râclage des os et des articulations, l'évidement, l'extraction des séquestres, les résections atypiques, l'arthrotomie, l'arthrectomie, enfin les résections typiques et les amputations.

M. Verneuil insiste sur les excellents résultats qu'on peut obtenir des petits moyens bien et dûment appliqués. On dira que toutes ces choses, si bien dites par M. Verneuil, sont connues; il n'est cependant pas inutile de les rappeler, car trop souvent, dans la pratique, l'absence du spécifique de la tuberculose, dont on espère toujours la découverte, entraîne médecins et chirurgiens à l'abandon de moyens simples qui, pour n'être pas spécifiques, n'en sont pas moins souvent efficaces.

M. Ollier, abordant à peu de chose près le même sujet que M. Verneuil, s'est borné à examiner la valeur des opérations conservatrices dans le traitement de la tuberculose articulaire. Il ne s'occupe que des résultats définitifs des résections articulaires et manifeste son étonnement du nombre relativement considérable de guérisons qu'il constate parmi ses anciens opérés. Les opérations conservatrices des membres sont donc aussi conservatrices de la vie. Chemin faisant, M. Ollier proteste contre cette assertion de Kœnig, que le pronostic de la tuberculose n'a pas bénéficié des méthodes actuelles de l'antisepsie. Nous nous associons pleinement à cette protestation; comment admettre, en effet, qu'une méthode qui supprime ou diminue la suppuration ne puisse pas rendre de grands services aux tuberculeux? En somme, il résulte ce fait important de la pratique de M. Ollier, que les opérations conservatrices, dans la tuberculose articulaire, agissent favorablement non seulement sur la tuberculose locale elle-même, mais aussi sur les autres manifestations tuberculeuses concomitantes et sur la tendance à la généralisation. Ce fait, pour n'être malheureusement pas constant, n'en est cependant pas moins important et est bien fait pour entraîner de plus en plus les chirurgiens dans cette voie, aujourd'hui inoffensive, du traitement chirurgical des tuberculoses locales. Cela est si vrai, selon nous, qu'on pourrait dire, sans exagération, que la chirurgie rend plus de services aujourd'hui aux tuberculeux que la médecine.

Nous en avons fini avec la tuberculose. Il nous reste à dire un mot des communications qui ont été faites sur d'autres sujets, ce que nous ferons dans un prochain article.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

La grippe, les trois grands plexus viscéraux et le sympathique vaso-moteur.

I

Dans un excellent travail, M. le docteur G. Lyon a dit avec raison que la fréquence des troubles nerveux graves avait constitué le caractère le plus remarquable de l'épidémie de grippe de 1889-1890.

En effet, le poison grippal a une affinité toute spéciale pour la substance nerveuse; il frappe avec une égale fréquence le cerveau, la moelle, les nerfs périphériques, le grand sympathique.

Quant au cerveau, il suffit de rappeler la céphalalgie si caractéristique et si intense de la grippe, le délire, le réveil des névroses anciennes, l'éclosion de la folie chez les prédisposés; l'hémiplégie et l'aphasie consécutives à une hémorrhagie cérébrale ou à un ramollissement suscité par le poison grippal; l'épilepsie jacksonienne signalée par Bilhaut et Eslenmeyer; enfin, l'adynamie profonde, mortelle, où la grippe a jeté les cardiaques, les diabétiques, les

obèses, les vieillards. (Je laisse de côté les complications accidentelles, comme les méningites suppurées avec ou sans otites.)

Pour ce qui est du bulbe (et j'y reviendrai longuement tout à l'heure), Duflocq a décrit une forme syncopale de la grippe; moi-même, j'ai signalé les vertiges, la douleur de la nuque, la lenteur du pouls, les intermittences cardiaques, l'angor pectoris, constituant une forme bulbaire de la grippe.

La moelle étant frappée, il y a eu des parésies, des paraplégies, de la rachialgie faisant croire à un début de variole; des paralysies vésicales, et même des cas de myélites ascendantes mortelles.

Les nerfs périphériques n'ont pas été épargnés : Remak, chez un homme de cinquante ans, a vu une paralysie flasque des quatre membres, due à une polynévrite aiguë. Les névralgies ont été d'une extrême fréquence, soit pendant, soit après la grippe : ainsi névralgies du trijumeau, névralgies intercostales, sciatique, ou névralgies à localisations rares : sur le nerf occipital, ou le nerf auriculaire.

Aujourd'hui, je veux vous parler plus spécialement des troubles fonctionnels des trois grands plexus viscéraux, pulmonaire, cardiaque et solaire. Je vous signalerai ensuite les troubles du grand sympathique vaso-moteur.

Je vais vous citer un fait qui résume à lui seul la pathologie grippale des trois plexus viscéraux, et que j'ai eu l'occasion d'observer longuement avec M. Martinet.

En voici l'observation rédigée à ma prière par mon cher élève, M. le docteur Martinet lui-même :

Mme X..., âgée de trente ans environ, originaire des Antilles, est venue habiter Paris en 1887.

Elle a toujours été assez bien portante et souffrait seulement de migraines très fortes, qui revenaient périodiquement tous les mois au moment des règles.

Les deux premiers hivers qu'elle a passés à Paris n'ont été signalés par rien de notable; elle a eu un simple rhume tout au plus.

Le 8 décembre 1889, c'est-à-dire au début de l'épidémie d'influenza, je fus appelé auprès d'elle, et je la trouvai avec de la fièvre, de la toux, et je constatai l'existence d'une bronchite légère, mais généralisée. Depuis la veille, elle avait ses règles, et, par conséquent, sa migraine habituelle.

Sa bronchite était de nature grippale, à n'en pas douter, car, en même temps qu'elle, toute sa famille, composée de quatre personnes et une partie des domestiques, était atteinte de grippe avec déterminations variées.

Du 8 au 20, la bronchite suit son cours, et s'étend surtout du côté gauche, où il se fait une poussée de congestion pulmonaire. Dès le 20, il n'y a plus de fièvre et l'état broncho-pulmonaire s'améliore.

Le 23, la malade se sent assez bien pour se lever; elle va dans son cabinet de toilette, et à peine a-t-elle commencé ses ablutions, qu'elle est prise d'une violente attaque de toux, et qu'elle ressent alors, au côté gauche de la poitrine et en bas, une horrible douleur qui l'empêche de respirer; elle perd presque connaissance, et son visage, au dire de l'entourage, était décoloré et exprimait l'angoisse la plus vive. On vient me chercher en toute hâte, et quand j'arrive auprès d'elle, je la trouve encore très pâle, anhélante, parlant par saccades, et se plaignant toujours de son horrible douleur. Je l'ausculte, et j'entends quelques bruits, reste de la bronchite, et je note une diminution notable du bruit respiratoire; le côté gauche est presque immobilisé par la douleur. La pression exaspère la souffrance, et de plus, la pression dans les espaces intercostaux, en avant et au cou, est très pénible. La malade me dit aussi que la douleur s'étendait au cou et dans l'épaule gauche. En somme, le diaphragme fonctionnant à peine, le phrénique gauche étant douloureux, il était tout naturel de songer à un début de pleurésie diaphragmatique.

Je pratiquai immédiatement une piqûre de morphine et appliquai une demi-douzaine de sangsues au point le plus douloureux. Il en résulta un soulagement qui ne fit que s'accentuer, et, le soir, la malade était beaucoup plus calme; toujours mêmes signes à l'auscultation.

Le lendemain, on entend quelques frottements en arrière à la base et sur le côté; la rate est volumineuse, mais n'est pas abaissée. La douleur, toujours vive à la pression, est rendue supportable, grâce aux piqûres de morphine (3 centigrammes environ dans les vingt-quatre heures). Enfin, les frottements deviennent de plus en plus nombreux, et jamais on ne put constater les signes d'un épanchement. De temps à autre, crise douloureuse avec irradiation dans le cou et l'épaule gauche et sensation de griffe précordiale. L'auscultation du cœur reste négative.

Le 10 janvier, les règles font leur apparition, et naturellement la migraine les accompagne. Le matin de ce jour, je vois la malade dont l'état est assez satisfaisant; le soir, je la revois, et alors je la trouve dans un état semi-comateux, poussant de temps à autre de véritables cris, les dents serrées, la face pâle, la peau fraîche, et à mon grand étonnement, le pouls est petit, serré, lent; il bat environ quarante-huit fois par minute. Mettant hors de cause la migraine périodique pour expliquer cette céphalalgie si violente, cet état comateux et les troubles cardiaques, je me demandai si je n'étais pas en présence d'accidents bulbaires de cause grippale; hypothèse d'autant plus vraisemblable que la malade accusait, dans les moments où elle sortait de sa somnolence, comme siège principal de ses souffrances, la nuque.

J'appliquai sur-le-champ un vésicatoire à la nuque, et je pratiquai une injection de morphine, malgré la lenteur et la faiblesse du pouls; espérant que, la douleur calmée, le tétanos vasculaire qu'elle provoquait diminuerait, et que le cœur pourrait être ainsi soulagé dans son fonctionnement.

Au bout d'un quart d'heure, j'eus la satisfaction de voir que le pouls devenait plus fort, plus fréquent, en même temps que la malade sentait sa douleur de la nuque aller en s'amoindrissant. Vers le matin (car je passai toute la nuit auprès d'elle), elle put s'endormir, et l'état du pouls était tout à fait rassurant.

Peu à peu, les douleurs de la nuque disparurent, et pendant près d'un mois aucun accident notable ne vint entraver la convalescence, mais il y avait toujours des frottements pleuraux, et, de temps à autre, sensation vague d'angine de poitrine, surtout au moment des repas, et douleurs le long du phrénique gauche avec sensation de griffe précordiale sans que jamais l'auscultation du cœur permît de constater aucun signe de péricardite ou de lésion valvulaire; les battements étaient réguliers, mais assez faibles. Les règles de février furent normales, accompagnées de la migraine; et cette fois sans douleur à la nuque et sans modifications du pouls.

La malade continue l'usage de la morphine (de 1 à 2 centigrammes par jour); si l'on veut diminuer la dose, il y a de l'angoisse, de l'oppression et des douleurs précordiales.

L'alimentation est difficile; les aliments, surtout le soir, sont rejetés.

Les mois de février et mars se passent ainsi, et la malade, malgré son alimentation incomplète, se rétablit peu à peu.

Les règles d'avril durent à peine un jour; les vomissements deviennent plus fréquents, et cette intolérance gastrique s'accompagne de phénomènes assez particuliers; à peine Mme X... a-t-elle terminé son repas, qu'elle est prise d'oppression, de douleur précordiale et devient cramoisie. Seule, la piqûre de morphine fait disparaître cet état de malaise, qu'on ne peut qu'attribuer à des troubles profonds du fonctionnement du pneumo-gastrique dans ses trois départements stomacal, pulmonaire et cardiaque.

Les médications les plus diverses sont mises en œuvre pour amener la disparition de ces troubles fonctionnels; amers, eupep-

tiques, inhalations d'oxygène, révulsion épigastrique, et même, la malade étant bien plus forte et sortant déjà, on veut essayer l'hydrothérapie; la première douche écossaise provoque une oppression et un malaise tels qu'on y renonce. Et durant toute cette période, toujours rien à l'auscultation du cœur et plus rien dans le poumon gauche.

En mai, les règles font défaut; s'agit-il d'une grossesse? L'avenir le dira, car les vomissements qui continuent avaient précédé toute cessation des règles, et n'ont pas grande importance diagnostique en l'espèce.

En juin, pas de règles, et le toucher vaginal permet de constater une notable augmentation dans le volume de l'utérus et d'affirmer l'existence d'une grossesse, d'autant plus que les seins sont tendus, endoloris, et que le visage présente quelques taches pigmentaires.

Vers la fin de juin, après une période d'amélioration relative, nouvelle bronchite, après un refroidissement. Râles sibilants des deux côtés, toux, expectoration abondante, fièvre, mais sans rappel des douleurs de côté ni des troubles cardiaques.

La bronchite dure une quinzaine et la malade peut partir pour la campagne en août; la grossesse suit son cours normal, il y a encore des vomissements, de l'insomnie, et, chaque jour, il est fait de une à deux piqûres de morphine de 1 centigramme.

Retour de la campagne à la fin d'octobre; état satisfaisant; accouchement naturel avec anesthésie par le chloroforme, le 16 décembre; petite fille à terme bien constituée. On profite de ce moment pour priver Mme X... de la morphine, et on y parvient presque sans peine et sans qu'il en résulte rien de fâcheux.

Cependant, l'épidémie d'influenza de l'année passée recommençait; or, les jours qui suivent l'accouchement se passent très bien, mais le 25 (neuf jours après l'accouchement), Mme X..., qui n'avait pas quitté son lit et n'avait pu se refroidir dans une chambre des plus confortables, commence à tousser, sans fièvre; quelque sibilance des deux côtés.

Le lendemain, la bronchite est plus accusée, la toux très fréquente, avec un peu d'oppression.

Le 29, points de côté très violents à droite et à gauche, oppression et angoisse; orthopnée. Facies pâle, grippé; expectoration sanguinolente; température à 39 degrés. Rien du côté génito-abdominal; ventre très peu ballonné, utérus non douloureux, écoulement lochial normal, pas d'œdème des jambes.

On ne peut donc s'arrêter à l'hypothèse d'une embolie pulmonaire. La respiration est soufflante dans la fosse sous-épineuse gauche; dans le reste de la poitrine, râles sibilants et muqueux.

(Sangsues, piqûres de morphine, potions expectorantes, cognac.)

Le lendemain, souffle aigu à droite dans la fosse sous-épineuse également; foyer de râles crépitants et sous-crépitants disséminés dans les deux poumons, surtout à droite. Expectoration sanguinolente.

Diagnostic : broncho-pneumonie grippale avec noyaux d'apoplexie pulmonaire.

On continue la morphine qui seule peut calmer les douleurs et les accès d'oppression, et on fait une révulsion énergique des deux côtés.

Pendant une semaine, l'état local reste le même; le souffle et la matité persistent à droite, à la partie moyenne et en bas, avec foyers de râle, plus ou moins nombreux.

La fièvre reste aux environs de 39 degrés; les crachats sont toujours hémoptoïques. Douleurs précordiales avec faiblesse du pouls, lipothymies; mais rien à l'auscultation.

Le 8 janvier 1891, l'état de la malade est considéré comme désespéré, mais grâce aux cordiaux, aux piqûres d'éther, à la morphine, à la spartéine et aux révulsifs, on peut conjurer la crise.

La fièvre diminue, le souffle et les râles disparaissent presque à gauche; il n'en est pas de même à droite où persistent, dans la fosse sous-épineuse et à la base, du souffle et des râles sous-crépitants. De temps à autre, une fusée de râles s'étend à gauche.

Les crachats, moins rouges, moins abondants, sont rouillés.

Ce qui domine, c'est l'état de faiblesse, la pâleur, la décoloration cutanée. Quand on veut examiner la malade, c'est avec les plus grandes précautions qu'on doit le faire, de peur d'une syncope.

A peine est-elle assise que le pouls faiblit, disparaît et qu'elle perd presque connaissance.

Si on lui fait attendre quelques minutes sa piqûre de morphine, elle éprouve du malaise, de l'angoisse précordiale, puis à peine la morphine est-elle absorbée que tout rentre dans l'ordre et que le pouls se relève. L'auscultation du cœur reste négative; cependant, la malade se plaint de son cœur depuis longtemps.

L'alimentation est particulièrement difficile; néanmoins, il y a très peu de vomissements; mais l'arrivée des aliments dans l'estomac provoque de suite de l'oppression et de l'angoisse.

Cet état précaire dure jusqu'à la fin de janvier; alors, se produit une réelle amélioration. La fièvre a tout à fait disparu; il n'y a plus rien à gauche; à droite, un peu de souffle et quelques râles. L'expectoration reste rouillée.

Les forces sont un peu revenues; il y a du sommeil; l'amélioration est telle qu'on autorise le transport de la malade dans son domicile particulier, car, depuis son retour de la campagne, elle était restée à l'hôtel. Ce transport s'effectue le 7 février, dans d'excellentes conditions; la malade est installée chez elle, dans son lit; le pouls est excellent; il n'y a pas d'oppression ni de malaise d'aucune sorte. La malade prend quelques aliments, s'endort vers minuit. A deux heures du matin, elle s'éveille en sursaut, se plaint d'oppression, de faiblesse extrême, se sent mourir; le pouls disparaît, ainsi que le constate la garde, la peau devient froide, et, malgré les piqûres d'éther, les frictions, les boissons stimulantes, la faiblesse est de plus en plus grande et la mort survient.

A la première alerte, on était accouru me chercher, mais quand j'arrivai, vers trois heures du matin, la malade venait de rendre le dernier soupir.

En résumé, attaque d'influenza au 8 décembre 1889 : bronchite, congestion pulmonaire, pleurésie diaphragmatique, accidents bulbaires. Nouvelle bronchite en juin 1890. Troisième bronchite en décembre de la même année, dans le cours d'un état puerpéral normal (et pendant la nouvelle épidémie d'influenza de 1890-1891); puis broncho-pneumonie, avec apoplexie pulmonaire. Mort par les pneumogastriques, en février 1891.

Dans ce cas remarquable, dont j'ai pu suivre, avec MM. Martinet et Labadie-Lagrave, presque toutes les péripéties, les plexus pulmonaire et cardiaque furent frappés (disons « empoisonnés ») par une première attaque d'influenza, à la fin de l'année 1889, et ne se débarrassèrent jamais complètement de cette impression (disons « infection »). Chez cette jeune femme, c'est le bulbe qui fut touché, et, par le bulbe, les pneumogastriques, ainsi que le phrénique, qui naît de la portion de la moelle cervicale, immédiatement contiguë.

Ainsi s'expliquent la série des symptômes et leur enchaînement : par l'infection grippale, parésie du plexus pulmonaire, bronchite généralisée, et, peu après, congestion pulmonaire; ensuite, pleurésie diaphragmatique. Puis, le plexus cardiaque se prend, il y a une véritable attaque d'angine de poitrine, avec ralentissement du pouls et tendance syncopale.

Ici, les accidents sont d'ordre irritatifs, et, dès qu'elle mange, la malade éprouve les symptômes plus ou moins accentués de l'angine de poitrine, par le fait de la mise en activité du plexus solaire et au moment même de l'ingestion des aliments.

Jamais la guérison du bulbe ne fut complète; d'où la

répétition des bronchites. Aussi, au retour de l'épidémie d'influenza, en décembre 1890, y eut-il un retour, cette fois formidable, des accidents paralytiques de l'appareil respiratoire, bronchite, congestion pulmonaire, apoplexie pulmonaire également, et aussi accidents cardiaques angoriques, que provoquait toujours l'arrivée, dans l'estomac, des aliments même les plus légers, et que calmait seule une injection de morphine ; puis, finalement, mort due à une syncope par épuisement de l'innervation bulbaire et impuissance de vivre.

Je dis bien : « impuissance de vivre » ; les trois plexus viscéraux refusaient le service ; à peine demandait-on le fonctionnement au plexus solaire par la mise en action de l'estomac, que, la synergie fonctionnelle qui relie les trois plexus, devenant synergie morbide, les plexus pulmonaire et cardiaque étaient mis en déficit. Il y avait de la dyspnée allant progressivement jusqu'à la suffocation et de la douleur précordiale allant jusqu'à la lipothymie et la syncope.

Une injection de morphine mettait fin à ces désordres ; mais on voit quelle difficulté pour l'alimentation.

De même pour la respiration : l'hématose n'était pas seulement entravée par la congestion et l'apoplexie pulmonaire résultant de la parésie du plexus ; cette même parésie rendait difficile l'action de la partie des poumons restée saine. La respiration ne s'accomplissait plus automatiquement, ainsi qu'il est normal ; la malade devait faire intervenir la volonté pour mettre en réquisition toutes les forces inspiratrices. Or, pendant le sommeil, la volonté n'intervenant plus, l'hématose était de plus en plus incomplète et l'angoisse respiratoire provoquait le réveil. C'est ainsi que se passait chaque nuit; dans celle qui fut la dernière, la malheureuse succomba, moitié asphyxiante et moitié syncopée, paralysée dans ses poumons et dans son cœur.

On avait cependant employé tous les moyens thérapeutiques rationnels : contre la défaillance vitale, les injections d'éther ; contre l'angoisse cardiaque et pulmonaire, les injections de morphine, et toujours soulagement.

La congestion pulmonaire avait été combattue par les ventouses sèches et scarifiées et par les vésicatoires ; l'hémoptysie, par l'ergot de seigle en nature et les injections d'ergotine, et constamment avec succès. Mais toujours la congestion et l'hémorrhagie renaissaient par la parésie du plexus pulmonaire.

Le trépied (vital, cardiaque, pulmonaire et gastrique) était ainsi sans cesse en équilibre instable; il devait finir par se renverser et l'organisme avec lui.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'HYPERSÉCRÉTION CHLORHYDRIQUE (1)

Par Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux.

II

II. *Chagrins; phénomènes accentués de neurasthénie; dilatation de l'estomac, hypersécrétion chlorhydrique.* — Le nommé H... (E.), âgé de dix-neuf ans, entre, le 17 août 1891, à l'Hôtel-Dieu. Il éprouve depuis trois ans les phénomènes qui l'amènent actuellement à l'hôpital; il en attribue le début à des chagrins très vifs qu'il a éprouvés à cette époque.

Il a perdu ses forces et son courage; il a de la céphalalgie, des douleurs de tous côtés; il éprouve de la pesanteur après le repas, du ballonnement du ventre, des renvois gazeux.

Dans ces conditions, il vient demander son admission à l'hôpital, se déclarant absolument incapable de faire plus longtemps le métier, cependant peu fatigant, de tailleur.

C'est un jeune homme grand, assez fortement charpenté, aux chairs molles. A ma première visite, je le trouve dans son lit si abattu, qu'à distance, la première pensée qui me vient est qu'il est atteint de fièvre typhoïde; mais il n'a et n'a jamais eu de fièvre.

Il se plaint d'une faiblesse générale très grande; il a de la peine à se tenir debout pendant un certain temps. Il accuse une céphalalgie qui dure d'une façon presque constante, avec des modalités différentes : tantôt c'est de la pesanteur générale, un cercle qui étreint le crâne; tantôt des élancements vers la région sourcilière, des battements dans les tempes. Lorsqu'il se penche en avant, H... a la sensation de quelque chose qui se déplace dans la tête. Parfois encore, c'est une sorte de roideur pénible de la nuque. On reconnaît là les divers types de la céphalée neurasthénique.

Il accuse encore des douleurs vers la base du thorax, vers la région précordiale; plus rarement, des douleurs dans les membres. Parfois, pendant la station debout ou la marche, il survient un peu de vertige, d'obnubilation de la vue.

Le découragement du malade est très grand. Il se considère comme profondément et gravement atteint et ne cesse de faire de tristes réflexions sur sa malheureuse situation.

Le malaise est surtout accentué avant l'heure du repas; H..., qui a conservé bon appétit, supporte très mal la faim. Lorsqu'il a mangé, tout va d'abord fort bien. Les sensations pénibles disparaissent momentanément. Ce répit est de courte durée. Au bout d'une demi-heure environ, il survient de la pesanteur au creux épigastrique; cette sensation va en s'accentuant; elle fait place quelquefois, mais assez rarement, à une véritable douleur. Bientôt survient du ballonnement, puis des renvois gazeux. Le malaise général redevient très grand; après avoir eu la sensation pénible de la vacuité, le malade a maintenant la sensation de la pesanteur, de la turgescence. Au bout de trois ou quatre heures, tout cela disparaît. Au repas du soir, les mêmes scènes se reproduisent. Quelquefois, mais assez rarement toutefois, le malade se réveille la nuit, vers deux heures du matin, avec une sensation de pesanteur douloureuse à l'épigastre.

Jamais il n'a eu de vomissements; la constipation est opiniâtre.

L'estomac est manifestement dilaté. On trouve à jeun un clapotage évident à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

On rencontre donc, chez ce malade, une série de phénomènes neurasthéniques auxquels viennent s'ajouter les manifestations gastro-intestinales habituelles dans ces conditions : le tableau clinique se complète ainsi. A noter encore, parmi les phénomènes nerveux, une tendance à l'apparition d'une sueur froide et légèrement visqueuse aux extrémités. Les doigts sont presque toujours glacés. On y voit des marbrures bleuâtres de nature évidemment vasculaire.

Il n'y a pas trace de lésion organique du côté des divers

---

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1026.

organes; à la base du cœur, un léger souffle systolique d'origine anémique.

Chez un semblable malade, je m'attendais à trouver les fonctions de l'estomac normales au point de vue chimique; ma surprise a été grande en voyant qu'il s'agissait d'un hyperchlorhydrique. Habituellement, les désordres dyspeptiques que l'on rencontre chez les neurasthéniques qui n'accusent que des sensations de pesanteur, de ballonnement, de flatulence, sont purement d'ordre nervo-moteur. Quand l'acide chlorhydrique est en excès notable, sa présence s'accuse par des douleurs particulières, dont le caractère principal est l'intensité et l'apparition seulement environ trois heures après l'ingestion des aliments.

Le 20 août, après le repas d'épreuve habituel (60 grammes de pain et 250 grammes de thé léger), je trouvais une acidité élevée avec 0,78 p. 1000 d'acide chlorhydrique libre et 2,16 de chlore en combinaison organique.

Le 4 septembre, je trouvais une acidité totale de 4,96 (au lieu de 1,80 à 2 p. 1000, chiffres normaux), 1,75 d'acide chlorhydrique libre au lieu de 0,40 à 0,60. Le chlore en combinaison organique s'élevait à 2,24. Ce dernier chiffre peut être considéré comme à peu près normal.

L'hyperchlorhydrie n'était pas douteuse; il y avait certainement en même temps hypersécrétion. En effet, on obtenait facilement par la sonde une quantité très élevée de liquide, de 300 à 400 centimètres cubes, au moins. Ce liquide était clair, assez peu filant. Comme nos recherches nous ont amené à penser qu'à l'état normal, après un repas d'épreuve semblable, il n'y a guère dans l'estomac que 200 à 250 centimètres cubes de liquide, l'hypersécrétion était évidente. Ici encore, il s'agissait d'hypersécrétion chlorhydrique.

Le malade, dès son entrée à l'hôpital, a été mis au régime lacté et à la poudre de viande fortement alcalinisée. Depuis quelques jours seulement on y a ajouté une certaine quantité de pain et d'aliments ordinaires. On a donné une douche froide tous les deux jours (25 septembre).

Les sensations pénibles de l'estomac ont à peu près complètement disparu. L'aspect général du malade s'est sensiblement amélioré. Il a actuellement une mine florissante, mais il lui reste encore de la tendance à la prostration et au découragement. Cependant, à ce point de vue aussi, il y a progrès.

Cette histoire est très importante, parce qu'elle est, en quelque sorte, schématique. On voit la neurasthénie survenir sous l'influence de chagrins domestiques, elle s'accompagne bientôt de phénomènes nervo-moteurs de dyspepsie gastro-intestinale. Or, il se trouve que chez ce malade, il existe de l'hypersécrétion chlorhydrique. N'est-ce pas une preuve que cette hypersécrétion peut être intimement liée à la névropathie et qu'elle est elle-même d'ordre névropathique? Il ne s'agit pas ici de la dilatation de l'estomac qu'a eue en vue M. le professeur Bouchard, puisqu'il y a non pas indigence d'acide chlorhydrique, mais acide chlorhydrique en excès.

N'est-il pas à craindre que ce jeune malade ne soit destiné à devenir un hypersécréteur chronique, semblable à celui dont j'ai conté l'histoire dans le dernier article et à celui dont je rapporterai l'observation dans le prochain? Ne deviendra-t-il pas, lui aussi, un véritable infirme de l'estomac?

NOTES CHIRURGICALES

Par M. le docteur Patin (de Boulogne-sur-Mer).

Traitement de l'épiphora d'origine catarrhale. — La communication si intéressante de M. le docteur Valude, sur la prophylaxie de l'ophthalmie des nouveau-nés par l'insufflation de la poudre d'iodoforme, m'a rappelé un procédé médical que j'ai employé avec succès depuis plusieurs années, pour la guérison de cette affection si commune et si désagréable, l'épiphora, conséquence habituelle du catarrhe du canal, du sac et des canaux lacrymaux, et justiciable, jusqu'ici, presque exclusivement du traitement chirurgical.

Je laisse de côté les cas d'oblitération des voies lacrymales d'ordre mécanique, tels que l'obstruction par corps étrangers (dacryolithes, cils, etc.) ou par causes organiques (cicatrices, malformations, ulcérations, compressions, déplacements des orifices, etc.), et ne retiens que l'épiphora par dacryocystite, que l'inflammation se soit propagée de la pituitaire au canal nasal et à ses affluents ou qu'elle résulte, comme c'est le cas le plus commun, de l'extension d'une conjonctivite.

Je sous-entends également le traitement de la lésion initiale qu'il convient toujours de poursuivre concurremment.

Le procédé que j'emploie consiste simplement dans l'introduction, à l'aide d'un pinceau, répétée une ou deux fois le jour, sous l'une des paupières, d'une petite quantité de pommade à l'iodoforme, que je formule habituellement ainsi :

Iodoforme très finement porphyrisé. 1 gramme.
Vaseline blanche ou axonge . . . . 4 —

M. S. A.

S'ensuit-il simplement l'antisepsie des humeurs de l'œil? l'amélioration de la conjonctivite due à cette cause entraîne-t-elle l'atténuation sympathique du catarrhe des voies lacrymales et le rétablissement de leur calibre? Ou bien des parcelles d'iodoforme sont-elles entraînées dans les conduits lacrymaux incomplètement oblitérés et suffisent-elles, dans ces conduits soustraits à l'influence des germes extérieurs, à en modifier directement et avantageusement la muqueuse et à en rétablir la perméabilité? c'est ce que je ne saurais préciser.

Ce procédé m'a réussi plusieurs fois dans des cas d'épiphoras anciens, voire même compliqués de phlegmon du sac lacrymal. Je n'ai jamais, d'ailleurs, bien que je les aie beaucoup appréhendés, constaté, sur la muqueuse conjonctivale, ces accidents phlegmasiques si fréquemment observés sur le pourtour des plaies pansées à l'iodoforme; aussi n'hésiterai-je pas à employer dès aujourd'hui le procédé de M. Valude et à recommander mon mode de traitement de l'épiphora d'origine inflammatoire, aux nombreux praticiens peu familiarisés avec le maniement de la seringue d'Anel et de la sonde de Bowman, dont je n'ai d'ailleurs nullement la prétention de supprimer l'emploi.

Sur un mode particulier de contention des plaies articulaires des doigts. — Le 14 septembre 1890, le nommé S..., manœuvre, âgé de quarante ans, se présente à mon cabinet porteur d'une plaie transverse très nette de l'indicateur de la main gauche, plaie exactement située dans le plan de l'articulation phalango-phalanginienne et ayant ouvert l'article dans les trois quarts de sa circonférence, ne laissant en dedans qu'un lambeau de 2 centimètres environ. L'entaille avait été faite quelques heures auparavant par une serpe dont le blessé se servait pour couper de l'herbe.

Je lavai avec soin les surfaces articulaires avec de l'eau phéniquée et réunis la peau au moyen de quatre épingles à suture pénétrant à un demi-centimètre de part et d'autre de la section. Une ligature entortillée affirma les sutures.

La ligature achevée, je me convainquis que l'immobilisation de l'articulation se trouvait établie par le fait seul des épingles laissées entières et qui remplissaient très suffisamment le rôle d'attelles.

J'en émoussai seulement la pointe, fis par-dessus trois ou quatre tours de gaze phéniquée et terminai le pansement par quelques tours de bande de tarlatane ordinaire mouillée au préalable d'eau phéniquée et qui, en se séchant, constitua une enveloppe suffisamment rigide pour compléter le rôle des épingles.

Quelques jours plus tard, je retirai ces dernières, la plaie était réunie par première intention et si les mouvements de l'articulation n'étaient pas récupérés, il n'existait pas d'ankylose et le blessé avait, du moins, conservé son doigt. Je ne l'ai pas revu depuis.

MÉDECINE PRATIQUE

Suppression de la sécrétion lactée par l'antipyrine. — M. Guibert, interne des hôpitaux de Montpellier, a vérifié les bons effets de l'antipyrine, dans le cas où l'on veut tarir la sécrétion lactée.

M. Guibert en a recueilli dix-neuf chez de nouvelles accouchées, chez lesquelles l'antipyrine a complètement supprimé la sécrétion lactée. Ces malades sont divisées en deux groupes : celles qui, après l'accouchement, ont allaité pendant quelques jours et celles qui n'ont pas donné le sein à leur enfant.

Le plus souvent, on a donné l'antipyrine à la dose de deux à trois grammes par jour, par cachets de 25 centigrammes toutes les deux heures. Dans aucun des cas observés, il n'y a eu d'accidents; on a retrouvé le médicament normalement dans l'urine et un peu plus tardivement dans le lait.

Cette médication, qui paraît sans aucun inconvénient, semble donc bien supérieure à toutes les autres, purgatifs répétés, régime sec, iodure de potassium, etc. (*Arch. de tocol.*)

Sciatiques d'origine palustre. — Potts rapporte une observation de sciatique double dont l'origine palustre semble incontestable. La douleur offrait des paroxysmes venant tous les deux jours, commençant par un frisson et suivis de fièvre et de sueur. L'emploi de la quinine amena une amélioration extrêmement rapide. Cette observation offre une particularité : la bilatéralité de la névralgie. L'origine palustre admise couramment pour les névralgies faciales et intercostales a été jusqu'ici, moins fréquemment signalée pour la névralgie sciatique. (*New-York Med. Journ.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 septembre 1891, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Allain, docteur en médecine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cheminade, médecin de la marine au Tonkin ; Correnson, de Jemmapes (Algérie) ; Deluze (de Coutras) ; Jacottet (de Bonneville) ; Prévost (d'Harbonnières),

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 114. — JEUDI 1er OCTOBRE 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 1er OCTOBRE 1891. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Association française pour l'avancement des sciences. — Hôpital Necker. La grippe, les trois grands plexus viscéraux et le sympathique vaso-moteur. — Thérapeutique. Nutrition difficile conduite avec succès pendant trois mois. — Académie de Médecine. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la séance du 1er mai 1888, M. Lancereaux a communiqué à l'Académie un mémoire sur le diabète sucré avec altérations du pancréas (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 482). Depuis cette époque, le diabète pancréatique de M. Lancereaux a fait son chemin, et ses recherches sur ce sujet n'ont pas tardé à être confirmées en France et à l'étranger. S'il pouvait rester des doutes dans l'esprit de quelques cliniciens sur l'existence de cette forme particulière de diabète maigre, le pauvre chien squelettique que M. Lancereaux a présenté aujourd'hui à l'Académie serait bien fait pour les lever. M. Thiroloix, son interne, a pratiqué à ce chien, dans une première séance, une section pancréatique avec ablation de la portion verticale du pancréas; puis, dans une seconde séance, l'ablation presque totale de cet organe. Dans l'espace de quelques jours, cet animal a été atteint de glycosurie, de polyurie, d'azoturie et de polyphagie; puis il s'est mis à maigrir au point qu'il ne lui reste plus absolument que la peau sur les os, malgré la copieuse alimentation à laquelle il est encore actuellement soumis. Ces différents symptômes du diabète maigre ont évolué chez lui avec la même rapidité que chez l'homme, dans certains cas. Ce fait expérimental vient donc confirmer, d'une façon absolue, l'opinion déjà soutenue en 1888 par M. Lancereaux, qui admet trois types de diabète, le diabète gras, le diabète pancréatique et le diabète nerveux ou traumatique. Cette intéressante communication a donné lieu à une discussion à laquelle ont pris part MM. Germain Sée, Ollivier et Semmola. Ce dernier a annoncé la publication prochaine d'un travail d'un de ses compatriotes, qui tendrait à prouver que le diabète pancréatique pourrait être d'origine nerveuse. M. Lancereaux, et surtout son collaborateur, M. Thiroloix, ne seraient pas éloignés de se rattacher à cette opinion.

Au début de la séance, M. Semmola a communiqué une observation d'occlusion intestinale due à une paralysie transitoire de l'intestin causée par un épuisement nerveux, qui a été promptement guérie par l'application de courants électriques constants. C'est là, sans doute, une excellente méthode, surtout quand il s'agit d'occlusion par paralysie intestinale, et il faut toujours y recourir avant d'en venir à la laparotomie, qui allait être pratiquée chez ce malade quand M. Semmola a été appelé auprès de lui. Toutefois, en présence d'accidents aussi graves que ceux qu'il présentait, il ne faudrait pas s'attarder beaucoup à ce moyen, s'il échouait une première fois, car il ne faut pas oublier que, dans ces cas, la laparotomie a d'autant plus de chances d'être efficace qu'elle est plus précoce.

La séance s'est terminée par une lecture de M. Thoinot, relative à une épidémie de typhus exanthématique qu'il a observée dans l'île Tudy (Finistère). M. Thoinot, qui avait été chargé par M. le ministre de l'Intérieur d'étudier sur place cette épidémie, a pu établir que la contagion n'avait lieu, ni par l'air, ni par l'eau, et qu'elle s'exerçait directement par les malades. Grâce aux mesures d'isolement et de désinfection qu'il a prises, cette épidémie s'est rapidement arrêtée et sa mortalité a été faible.

M. le président a appelé, en vain, à la tribune plusieurs rapporteurs de commissions de prix. Il paraît qu'il y a des commissions qui n'ont pas encore nommé leur rapporteur. MM. de l'Académie semblent avoir besoin d'être un peu rappelés à leurs devoirs.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XXe SESSION)

Sous ce titre : Arthropathies, recherches microbiennes expérimentales, M. Bouchard a fait connaître les résultats des expériences qu'il a entreprises avec le concours de M. Charrin sur ce sujet; ces auteurs ont recherché systématiquement, soit dans les cavités articulaires, soit dans les lésions voisines, dans certaines arthropathies, rhumatisme subaigu, rhumatisme chronique, les germes qui pouvaient s'y rencontrer. Dans 6 cas sur 10 le staphylococcus albus existait seul. L'étonnante fréquence de ce staphylocoque donne à penser qu'il y a peut-être des relations directes entre ce microbe et certaines formes d'arthropathies.

M. Bouchard a rapporté l'histoire d'une malade de son service, qui a présenté un ensemble de phénomènes constituant une entité morbide nouvelle. Il s'agissait d'une femme atteinte de cirrhose alcoolique, tout d'abord guérie par le calomel, puis rentrée de nouveau dans son service avec un ensemble de troubles variés qui ne répond à aucune des

entités décrites séparément dans la pathologie. L'autopsie a pu être faite et on a noté une série de lésions, dont voici les principales :

Ventricule gauche notablement hypertrophié, les autres cavités sont normales. Aucune trace d'endocardite. Aucune lésion d'orifice; pas d'insuffisance aortique, pas d'athérome. — Circonférence de l'aorte, 5 centimètres et demi, à 9 centimètres de l'origine. — Pas d'altération des parois. — Varices œsophagiennes. — Intestin rempli de sang. — Foie granuleux, pesant 2,000 grammes. — Lithiase biliaire. — Rate volumineuse. — Périsplénite, intérieur très ramolli. — Reins lisses, hypertrophiés, nullement scléreux. — Poumons ulcérés aux deux sommets. — Moelle épinière extrêmement dure.

Les examens microscopiques pratiqués dans son laboratoire par M. Charrin ont décelé une cirrhose bi-veineuse, diffuse, avec dégénérescence cellulaire, une néphrite purement épithéliale, et il est à noter que le cœur était celui qui accompagne le rein scléreux, etc.

De plus, dans le foie existait, au moment de la mort, le bacillus coli communis; dans les poumons, le bacille de Koch.

Les deux facteurs importants, dans ce tableau, sont le foie agissant sur la crase sanguine, d'une part, et le rétrécissement artériel, d'autre part.

M. Oddo (de Marseille) a rassemblé un certain nombre de caractères généraux des tremblements hystériques. Ces traits communs sont constitués :

A. Par la nature des causes provocatrices; on peut distinguer à ce point de vue trois espèces de tremblements hystériques :

1° Les tremblements hystéro-émotionnels (41 sur 55 cas);

2° Les tremblements hystéro-toxiques, dont le cadre n'est pas encore fermé. Il faut en rapprocher les tremblements consécutifs aux maladies infectieuses;

3° Les tremblements hystériques purs consécutifs aux accidents hystériques, attaques apoplectiformes ou convulsives.

B. Par le mode de début : évolution souvent caractéristique; période prodromique survenant après le choc; céphalée (phénomène constant); troubles intellectuels et physiques.

C. Par les caractères des tremblements une fois constitués : 1° variabilité spontanée et provoquée par les accidents hystériques, l'émotion, etc.; 2° caractère paradoxal résultant des anomalies du tremblement hystérique et des symptômes secondaires qui l'accompagnent.

M. Jacques (de Marseille) préconise le traitement suivant contre la diphthérie : gargarismes au perchlorure de fer en solution au 20e, suivis d'un lavage de la gorge à l'eau boriquée tiède à 3 p. 100; ou bien d'un gargarisme phéniqué au 100e sans lavage consécutif. Les gargarismes sont donnés toutes les heures en alternant. Chez les jeunes enfants, les pulvérisations remplacent les gargarismes.

Dans un mémoire, publié en 1890, sur l'identité de la dengue et de la grippe-influenza, M. Rouvier (de Beyrouth) a démontré l'existence d'une dengue atténuée et modifiée, dont il a observé sept épidémies, à Beyrouth, depuis 1883. Il vient de rencontrer cinq nouveaux exemples de cette affection à Marseille. Ces cas ne doivent pas être isolés à Marseille et il en est probablement d'autres qui passent inaperçus ailleurs.

M. Latil (d'Aix) a rapporté un remarquable exemple de transmission héréditaire de maladies de la moelle épinière. Il s'agissait de l'ataxie spéciale décrite par Friedreich.

Parmi les paralysies partielles qui peuvent s'observer dans le cours de l'ataxie locomotrice, celle du voile du palais a été rarement notée. M. Schnell en a signalé un exemple très net.

Nous mentionnerons une communication de MM. Hallopeau et Larat sur une nouvelle variété de tropho-névrose caractérisée par des dyschromies et des éruptions lichénoïdes. Voici les conclusions de ces auteurs :

1° Il existe une dermatose caractérisée par des plaques achromateuses entourées de zones papuleuses et d'une pigmentation exagérée;

2° Cette dermatose est probablement une manifestation cutanée de l'hystérie;

3° Les papules lichénoïdes peuvent être d'origine trophonévrotique;

4° Elles ne sont pas nécessairement liées au prurit;

5° L'électrisation cutanée, sous forme de bains faradiques, paraît devoir être indiquée en pareil cas.

M. Onimus (de Monaco) a employé, dans les affections de la moelle et du système musculaire, les injections sous-cutanées de liquides contenant des extraits liquides de la partie supérieure de la moelle et du bulbe ou des extraits de muscles. Cette méthode est, en quelque sorte, un dérivé de celle de M. Brown-Séquard. Les résultats obtenus ont été, dans quelques cas, surprenants. Ce qui frappe surtout, dans ces résultats, c'est une plus grande énergie du système nerveux. Une amélioration très notable s'est produite surtout chez trois malades atteints de myélite transverse.

D'après M. Imbert de la Touche (de Lyon), l'électricité serait d'une efficacité incontestable dans le traitement de la goutte et du rhumatisme. La méthode est basée sur l'introduction des médicaments dans les tissus par l'action cataphorique du courant voltaïque et sur l'emploi des hautes intensités, afin d'obtenir un effet tonique sur l'organisme.

Nous signalerons deux communications de M. Nepveu (de Marseille) : l'une, sur quelques parasites nouveaux qu'il a trouvés dans le sang des paludiques; l'autre, sur la pathogénie du cerveau.

M. Maurel (de Toulouse) a fait des expériences dans le but d'expliquer le danger des hautes températures. Il a pu établir qu'une température supérieure à 42 ou 43 degrés tue très rapidement nos leucocytes. Or, étant donné qu'une température axillaire de 41°5 correspond à une température centrale de 42°5, on comprend le danger de cette température axillaire de 41°5. On ne vit jamais, en effet, au-dessus de 42 degrés.

MM. Boinet et Silbert (de Marseille) ont extrait des urines ou isolé trois variétés de ptomaïnes dans un cas de goitre exophthalmique, avec troubles moteurs et cardiaques particuliers. L'action physiologique de ces ptomaïnes diverses s'exerce sur le cœur, la motilité, la sensibilité et la température.

M. Roux (de Marseille) préconise le salol, à l'intérieur, de préférence aux autres antiseptiques dans le traitement de la variole.

Une observation d'ostéomyélite à staphylocoques, présentée par M. Arnaud (de Marseille), montre que la valeur des signes diagnostiques différentiels entre les deux principales variétés d'ostéomyélites à streptocoques et à staphylocoques n'est pas absolue et a besoin d'être contrôlée par de nouvelles observations.

Dans une communication sur l'abcès du foie au Tonkin, M. Boinet insiste sur les difficultés du diagnostic de l'hépatite suppurée au début et sur la nécessité de l'opérer hâtivement par la méthode de Little.

M. Bloch (de Paris) fait une communication sur la physiologie pathologique du nervosisme et s'élève contre le terme de neurasthénie, qu'il juge inutile de substituer à ceux d'état nerveux et de nervosisme.

Voici enfin les conclusions d'un travail important de MM. Lépine et Barral (de Lyon) sur la pathogénie du diabète.

Pour éclairer la pathogénie du diabète, il est essentiel de tenir compte des faits suivants :

1° Un sang de chien, normal, circulant pendant une heure à travers le rein ou le membre inférieur isolés du corps d'un chien, perd, toutes choses égales, plus de sucre que le sang d'un chien privé de pancréas depuis vingt-quatre heures. Il est donc certain que le sang normal possède quelque chose de plus que le sang de l'animal privé de pancréas ;

2° Ce quelque chose est un ferment soluble que l'eau peut extraire des globules blancs et qui est détruit à 55° C., tandis que le ferment saccharifiant, existant également à l'état normal dans le sang, possède, à 58° C., à peu près toute son activité;

3° Étudiée *in vitro*, avec du sang artériel, la glycolyse est aussi plus énergique si l'animal est sain, que s'il est privé de pancréas; elle l'est encore davantage si on a pratiqué sur lui la ligature du canal de Wirsung (nouvelle preuve que le ferment glycolytique ne provient pas du suc pancréatique versé dans l'intestin). Avec le sang d'un même chien sain, on trouve la glycolyse plus énergique si le sang est extrait des veines pancréatiques, que s'il l'est de la veine splénique ou de tout autre vaisseau ;

4° Dans tous les cas, sans exception, où nous avons pu étudier *in vitro* la glycolyse du sang de l'homme diabétique, nous l'avons trouvée plus ou moins diminuée, eu égard au moins à la quantité de sucre existant dans le sang. Ce résultat est d'autant plus remarquable que, toutes choses égales, et jusqu'à une certaine limite, la glycolyse est plus énergique quand la quantité de sucre est plus grande.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

La grippe, les trois grands plexus viscéraux et le sympathique vaso-moteur (1).

II

Voici, maintenant, des cas où le plexus solaire fut plus spécialement touché : il s'agit de faits de grippe, en apparence étrange, je veux dire des cas cholériformes ; et cependant, ils éclairent les autres par leur étrangeté même ; c'est affaire de plexus. Tels les suivants :

Un jeune homme de vingt-neuf ans, peintre en voitures, entre, le 29 janvier 1891, salle Laënnec, n° 31. Ce jeune homme n'a jamais été malade, mais il abuse un peu des boissons spiritueuses : il boit un litre de vin par jour, souvent plus, et un ou deux verres d'absinthe. Depuis quelque temps, il ne fait plus d'excès, faute d'argent.

Première atteinte de grippe respiratoire au commencement de novembre 1890. Le jeune homme, mouillé plusieurs fois, contracte une bronchite avec un peu de pleurésie à gauche ; on le soigne à Nanterre. A peine guéri, il cherche du travail et se fatigue beaucoup.

Deuxième atteinte de grippe respiratoire à la fin de décembre : toux, fièvre, point de côté à gauche. Des ventouses scarifiées le soulagent momentanément.

Mais le malade ne veut pas s'aliter; il cherche de l'ouvrage, frappant à toutes les portes.

Troisième atteinte de grippe, intestinale cette fois. Le 27 janvier, après une longue course, le malade arrive épuisé à l'asile de nuit du Champ-de-Mars. Il lui est impossible, tant sa prostration est grande, de prendre sa gamelle de soupe.

Il éprouve un malaise extrême avec du vertige et des nausées.

Puis il se traîne au cabinet et, là, il a des vomissements et une diarrhée très abondante, accompagnés de coliques vives et d'une violente douleur à l'épigastre.

Dans la nuit du 27 au 28 janvier, il eut de nouveau trois ou quatre évacuations très liquides, puis des envies infructueuses d'aller à la selle.

La journée du 28, il eut encore quelques vomissements, un peu de diarrhée ; toujours des douleurs à l'épigastre et dans le ventre.

A son entrée dans mon service, le 29 janvier, il est pâle, très affaibli, répond paresseusement aux questions qu'on lui pose; il est presque défaillant.

La langue est étalée, blanchâtre, trémulante. Le malade a encore des nausées, mais ne vomit plus. Il se plaint vivement de sa douleur abdominale, qui a deux foyers : épigastre et région ombilicale. Mais il n'a plus de diarrhée et la constipation a succédé à celle-ci. Le foie est normal.

Les voies respiratoires sont intactes. Les grippes antérieures n'ont laissé aucune trace. Le phrénique gauche est plus douloureux que le droit. Le malade se plaint aussi de crampes douloureuses dans les jambes et dans les bras.

Traitement : sinapismes au creux épigastrique, repos absolu, alimentation lactée mitigée.

Les jours suivants, l'amélioration survient progressivement; les douleurs abdominales s'effacent, il n'y a plus de nausées ni de vomissements, plus de crampes.

Le 3 février, le malade peut être considéré comme franchement convalescent.

Remarquez, je vous prie, les douleurs à l'épigastre par offense au plexus solaire, et les crampes par réflexe de ce plexus sur les nerfs moteurs des membres inférieurs, ainsi qu'il est habituel dans le choléra.

Voici un autre cas :

Une femme, âgée de dix-sept ans, blanchisseuse, entre, le 29 janvier 1891, salle Trousseau, lit n° 24.

Scarlatine au mois d'août dernier, qui l'a laissée débilitée ; de plus, surmenage habituel, se levant à six heures du matin, pour se coucher à onze heures du soir.

Une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital, cette jeune fille, en portant un paquet de linge, a un étourdissement et tombe dans un escalier; les jours suivants, plusieurs frissons avec sueurs et claquements des dents; un coryza apparaît pendant trois jours.

Tous ces accidents se calment assez rapidement, et la malade revient à son état normal, quoique toujours bien faible.

Le 25 janvier, en lavant du linge, cette jeune fille prend froid ; elle frissonne, elle ne peut se réchauffer devant le feu. Le lendemain, il lui est impossible de s'habiller, elle est prise d'étourdissements et ne peut se tenir debout. Elle ressent également un violent mal de tête, et, en outre, une douleur vive dans le côté gauche. A ce moment elle tousse beaucoup, mais sans cracher.

Le 26, elle vomit à la suite de quintes de toux.

Le 28, crampes dans la jambe gauche et la cuisse, durant dix

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1054.

minutes, pendant lesquelles la malade ne peut remuer sa jambe tellement elle souffre. Douleur du côté gauche.

Dans la nuit du mercredi au jeudi, nouvelle crampe la réveillant en sursaut et durant environ un quart d'heure. Diarrhée abondante. La malade ne peut se retenir.

Le 29, la température axillaire est de 39 degrés. Il y a de la douleur à l'estomac, des douleurs dans les jambes et une diarrhée des plus abondantes. Rien dans la poitrine.

Le 30, la température redevient normale, la diarrhée cesse un peu, grâce au sous-nitrate de bismuth, au laudanum et au badigeonnage à la teinture d'iode sur le ventre.

La guérison a lieu au bout de quatre jours, mais la faiblesse persiste plus de deux semaines.

Voici enfin un cas où le grand sympathique vaso-moteur fut nettement offensé; il s'agit de grippe sudorale.

Un médecin célèbre, mais fort âgé, prit froid dans un atelier de sculpteur, et ce lui fut un prétexte, dans cette épidémie actuelle de grippe (février 1891), de la contracter sous forme bronchitique.

Le plexus pulmonaire est d'abord touché : toux, oppression et flux bronchique excessif; la révulsion et les cordiaux finissent par triompher de cette parésie des bronches; mais elle est bientôt remplacée par une parésie des vaso-moteurs de la peau : sensation de chaleur périphérique intense, avec intolérance au contact de l'air, qui semble glacial au malade; et à chaque instant, mais surtout la nuit, flux sudoral tel qu'il faut éponger le patient. Ces sueurs excessives ne sont pas seulement une cause d'épuisement, elles entraînent une diminution parallèle dans la sécrétion urinaire : il y a oligurie, le malade pisse à peine de 150 à 300 grammes d'urine par jour. La langue est sèche et rouge, la soif vive; mais il n'y a pas de symptômes d'urémie.

Cependant, la fièvre a cessé ; il a tout au plus 37°,5 le soir. Ce qui domine, c'est une extrême faiblesse causée par cette spoliation sudorale quotidienne, sorte de diarrhée de la peau, et une anorexie absolue.

Tous les diurétiques échouèrent, ce qui se conçoit, puisque la diminution de la sécrétion urinaire était la conséquence d'hypersécrétion sudorale. Et cela durait depuis plus de deux mois quand, grâce au tellurate de soude à la dose de 5 centigrammes par jour, on parvint à diminuer la sueur sans jamais la tarir, et alors, à l'aide de 50 grammes de lactose par jour, on réussit à obtenir de 500 à 800 grammes d'urine, mais la sensibilité morbide au contact de l'air persiste; le malade ne peut vivre que calfeutré dans son lit et sous ses couvertures. Un autre fait d'hyperesthésie sensorielle s'est produit : ce malade a une cataracte; or, de même qu'il y a cette perversion de la sensibilité cutanée, ainsi il y a hyperesthésie de la sensibilité rétinienne, et la moindre lumière, le plus petit reflet lumineux cause au malade une douleur des plus vives, de sorte qu'il est contraint de séjourner dans l'obscurité la plus profonde.

Les fonctions digestives se sont à peu près rétablies, c'est-à-dire que ce vieillard se nourrit d'un peu moins d'un litre de lait par jour et d'un à deux œufs; tout autre aliment tend à provoquer une lipothymie.

Au milieu de tout cela, le cerveau reste intact, et ce médecin assiste intellectuellement à sa propre décadence organique et en analyse tous les phénomènes.

Voilà maintenant cinq mois que cela dure, et comme la nutrition est suffisante à cet homme qui, ne bougeant pas, ne fait aucune dépense, il n'y a pas de raison pour que cet état végétatif — la vie au minimum — ne persiste longtemps encore, ainsi que nous en voyons, dans nos salles, un exemple remarquable.

Ce qu'il y a de plus saillant dans ce fait, c'est que l'atteinte portée à la vitalité, par l'infection grippale, a été si profonde, que ce vieillard qui, à quatre-vingt-deux ans, étonnait le monde par son esprit alerte et la vivacité de ses allures, de sorte qu'il paraissait avoir à peine la soixantaine, est actuellement plus que nonagénaire; il a vieilli de vingt ans en quelques mois.

J'ai observé un autre fait de grippe sudorale, où les sueurs profuses se sont manifestées vers la fin de la maladie, comme ici. Elles ont duré près d'un mois, et étaient accompagnées d'un tel sentiment de faiblesse que le malade, qui, lui aussi, était médecin, se croyait atteint de tuberculisation aiguë. Mais il était jeune, et guérit, ne gardant de son affection qu'une débilité qui persista plusieurs semaines.

La grippe sudorale confine ainsi à la suette.

Je termine en vous signalant le fait de cet homme âgé — mais vigoureux malgré son âge — et qui ne guérit de la grippe que pour tomber brusquement dans la cachexie sénile la plus irrémédiable. Je ne sais pas de maladie infectieuse qui porte à la vie végétative une atteinte aussi profonde.

Voici le fait très résumé :

Le 16 janvier 1890, en pleine épidémie de grippe, entra à l'hôpital Necker (salle Laënnec, 28) un vieillard de soixante-dix ans, exerçant la dure profession de jardinier (ce qui prouve qu'il avait conservé sa vigueur malgré cet âge avancé).

Il ne nous fut pas malaisé de diagnostiquer sa maladie; c'était l'influenza, qui sévissait alors avec la violence que vous savez. La maladie se manifestait, chez lui, par un affaissement nerveux voisin du coma et par une broncho-pneumonie très étendue, accompagnée d'une fièvre assez vive. La langue était sèche, couverte de fuliginosités. Je pensai que cet homme était perdu, et en raison de son âge (il était manifestement athéromateux), et en raison de la gravité des lésions pulmonaires. Pendant les jours qui suivirent l'entrée du malade à l'hôpital, les événements semblèrent justifier mes prévisions pessimistes. La fièvre restait toujours vive, l'adynamie était profonde; le malade avait de l'incontinence des matières fécales, les lésions pulmonaires étaient très marquées. Nous avions couvert la poitrine de ventouses sèches, et, pour prévenir la défaillance du cœur, nous avions fait des injections sous-cutanées d'éther et de caféine.

Or, voici qu'une semaine après son entrée, le malade s'améliore, la fièvre tombe, les lésions pulmonaires se résolvent. Mais le système nerveux tout entier reste profondément atteint; le malade est immobile dans son lit, le regard vague, il a toujours de l'incontinence des matières, il semble ne pas entendre ce qu'on lui dit, il ne parle jamais.

Et, depuis bientôt deux ans, nous le voyons tous les matins, couché dans le même lit, immobile et muet, ne se plaignant de rien. Il ne se lève pas; il mange assez bien ce qu'on lui offre, et qu'il ne demande pas; il n'a même pas l'instinct de l'huître — au niveau de laquelle s'est abaissée sa vitalité — et qui, elle au moins, appète la nourriture; il a toujours de l'incontinence des matières fécales.

Il présente, à un haut degré, les attributs de la sénilité; outre qu'il est gâteux, sa peau est sèche et ridée, son corps est d'une maigreur extrême.

Notez que, s'il ne se lève pas, ce n'est pas qu'il soit paralysé; il ne présente aucune trace de paralysie. C'est l'adynamie nerveuse qui seule empêche cet homme de se lever et de marcher.

Vous voyez, ici, les effets du poison grippal sur le système nerveux d'un vieillard athéromateux; la grippe l'a jeté dans un état d'adynamie profonde, et comme figé dans l'immobilité et le mutisme.

THÉRAPEUTIQUE

Nutrition difficile conduite avec succès pendant trois mois.

Par Th. Defresne.

M. Dev..., doué d'un tempérament sec et nerveux, d'une constitution herpétique et d'une grande énergie morale, eut, de tout temps, un larynx assez faible; il ne prêta jamais beaucoup d'attention à cet état chronique; mais, vers 1886, la voix devint de plus en plus faible et se perdait tout à fait quand il élevait le ton : il attribuait la marche croissante de cette affection du larynx au milieu humide dans lequel il vivait, et surtout à la fatigue. Il eut l'insouciance d'arriver ainsi vers l'année 1889; à cette époque, sa voix était à peu près perdue. Il se mit entre les mains du docteur Coupard qui le blâma de s'être décidé, un peu tard, à soigner une affection d'origine herpétique qui avait envahi la corde vocale droite. Jusqu'en 1890, tous ses soins n'aboutirent qu'à retarder un peu la marche accélérée de l'affection de la corde vocale droite, et, bien que son docteur lui recommandât le repos et la chaleur, le malade, pressé par la nécessité, ne s'exposa que trop aux froids rigoureux de l'hiver dernier.

Au mois d'août de l'année passée, un médecin, ami du malade, l'engagea à essayer quelques séances d'électricité, puis d'un doux massage des muscles du cou; à la suite de ce massage, les cartilages à droite et à gauche de la pomme d'Adam se dilatèrent et le devant du cou prit un aspect cylindrique. Le malade en arriva à ne pouvoir parler que très bas, et vers octobre, à ne plus parler du tout; la corde vocale droite tuméfiée menaçait de fermer l'ouverture du larynx, la respiration devint bientôt difficile et il fut décidé qu'il fallait faire la trachéotomie. Il était temps; cette opération fut faite avec beaucoup d'habileté par M. le professeur Quénu; la plaie guérit très vite et le patient n'eut plus qu'à s'habituer péniblement et peu à peu à ce nouveau genre de respiration et à tenir en échec l'état nerveux et le flux du mucus qui encombrait la canule, en s'injectant 12 milligrammes de morphine, répartis sur la durée du jour et de la nuit.

M. le docteur C... qui, soit dit ici, sait se faire un ami de toutes les personnes qui l'approchent, possède une connaissance approfondie des affections du larynx. Il n'hésita jamais dans son diagnostic et devint très affirmatif dans la suite. Il détourna son client de toute résolution précipitée, attendu qu'il ne voyait pas la vie en danger. Il attribuait ce développement de la corde vocale droite, où à la longue un papillome s'était développé, à une nécrose du cartilage, et il jugea magistralement que tout se résoudrait par un ou plusieurs abcès et par élimination de tout ou partie du cartilage. Il alla même jusqu'à avancer que la corde vocale reprendrait son élasticité et que la voix reviendrait plus ou moins modifiée. Cette opinion n'était pas celle du patient; mais devant l'assurance formelle et souvent répétée du savant spécialiste, confirmée par M. le professeur Potain qui les reçut deux fois en consultation, M. Dev... ne put s'empêcher d'espérer vaguement, surtout lorsqu'il eut vu se former au-dessus de la pomme d'Adam un petit abcès; cet abcès fut ouvert et le pus éliminé; la base de la corde vocale droite se dégonfla, tandis que la partie gauche continua à rester empâtée, et la déformation des cartilages du côté gauche du cou ne se modifia nullement. Ces accidents retentirent bien vite du côté du pharynx. Quatre mois après la trachéotomie, le bol alimentaire devait être préparé avec beaucoup de soin, si l'on voulait éviter l'obstruction du pharynx, car la glotte s'immobilisait de plus en plus, les aliments étaient hachés menus et la déglutition était surveillée de très près.

Le 15 juillet, l'absorption des aliments solides ne pouvait plus se faire et celle des liquides demandait une attention soutenue; il fallut, dès lors, s'ingénier pour assurer la nutrition : le lait, les œufs à la coque, la farine maltée Defresne (mélange de farine de malt et de jaune d'œuf) étaient les seuls aliments qui pouvaient passer.

Le 3 août, le malade essaya un peu de viande hachée; quelques morceaux s'arrêtèrent entre la base de la langue et l'épiglotte; le repas dut être suspendu et ces petits morceaux de viande ne purent être expulsés qu'après une heure d'efforts réitérés. Il arriva que, soit sous l'influence de la fatigue causée par ces efforts répétés, soit sous celle du pus qui s'élaborait depuis quelque temps et qui cherchait à se faire jour, le lendemain, le côté gauche du cou était devenu énorme, la peau était distendue, le pharynx à peu près fermé, et le patient, lorsqu'il essayait d'absorber les aliments liquides, voyait, avec effroi, que les deux tiers remontaient le long du voile du palais et s'échappaient par le nez. Ce triste état devint intolérable : douleur lancinante du côté gauche du cou et de la peau du crâne, privation de sommeil, perte de toute énergie intellectuelle, forces nulles; le poids du corps diminua de 20 livres en quelques jours. M. le docteur C... s'entretint avec son client et nous, son parent, sur ce qu'il y aurait à faire pour assurer, à tout prix, la nutrition; on songea à l'alimentation à tergo et l'on garda comme extrême ressource la gastrotomie. M. le docteur C... était, d'ailleurs, aussi ferme que par le passé sur son diagnostic : abcès froid qui s'ouvrirait très prochainement, élimination partielle ou totale du cartilage. Une telle assurance réitérée chez un homme de cette valeur n'était pas sans réagir sur le pessimisme du malade et sans soutenir son courage. Cet entêtement à vivre quand même prenait sa source dans toute autre considération, que le plaisir de prolonger un aussi misérable état.

M. Dev... renonça à prendre des aliments par la bouche, et pendant douze jours, il employa la Peptone et la Fleur de Malt de la manière suivante :

Le matin, un premier lavement avec une cuillerée de peptone et 100 grammes d'eau tiède, puis à la suite 100 grammes eau tiède pour entraîner la Peptone restée dans l'appareil;

A dix heures, on jetait sur 30 grammes farine de malt (les deux tiers de cette farine étaient torréfiés, le reste, frais avec sa diastase) 200 grammes d'eau chaude; en cinq minutes, l'amidon était transformé en maltose; la préparation était passée pour se débarrasser du gluten, et cette solution d'aliment ternaire était confiée à l'intestin;

A midi, une nouvelle cuillerée de Peptone était absorbée ainsi, et à deux heures, une nouvelle dose de maltose.

Le patient prenait ainsi, dans les vingt-quatre heures : 160 gr. de viande peptonisée et environ 100 grammes maltose. En espaçant ainsi les repas, il soutint ses forces épuisées durant douze jours; il complétait ce régime en prenant tous les matins, à jeun, un petit lavement d'eau tiède pour laver l'intestin.

Le 15 août, dans l'après-midi, le malade était exténué; il fit un peu la toilette du cou et il aperçut quelques gouttes d'un pus clair et non encore lié qui venait s'écouler dans le cratère que les boutons charnus, tenus en échec par des cautérisations réitérées, avaient fait autour de la canule. Sur ces entrefaites, M. Dev... alla voir M. le professeur Potain. Cet éminent praticien lui serra affectueusement la main en voyant sa misère physiologique. Il jugea aussi que ces quelques gouttes de pus étaient d'un bon augure. En effet, le lendemain, le pus s'échappait en abondance; le flegmon se vida en quelques jours, le patient était sauvé encore une fois. L'alimentation redevint possible par la bouche et le régime suivant fut repris : lait à chaque repas avec une cuillerée de farine maltée et quatre œufs à la coque; au repas du soir, il n'entrait que trois œufs; mais dans le bouillon, on ajoutait une cuillerée et demie de peptone.

Depuis un mois, ce même régime est continué avec des chances diverses, car un autre abcès est venu se placer sur le cartilage malade et gêne encore la déglutition. Cependant, depuis quelques jours, le pus commence à s'écouler et la déglutition redevient plus facile; les forces, tout à fait prostrées dans la première quinzaine d'août, se sont relevées un peu; l'émaciation est très grande encore, mais le poids a augmenté de quelques livres.

Le présent n'est pas brillant, mais devant le diagnostic magistral du docteur C... qui s'est réalisé en partie, M. Dev... prend

confiance, son pessimisme s'atténue et il se félicite que l'assurance de son médecin l'ait aidé à supporter un état misérable que, selon toute apparence, il n'aurait pu traverser sans cela.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 septembre 1891. — Présidence de M. REGNAULD.

COMMUNICATIONS

Traitement de l'occlusion intestinale et de la parésie vésicale par l'électricité. — M. SEMMOLA communique l'observation d'un malade atteint de typhlite et de pérityphlite, guéries par le régime, chez lequel, pendant la convalescence, il se produisit des symptômes d'occlusion intestinale. Les purgatifs ne purent amener de débâcle, les symptômes s'aggravèrent et il se produisit de la dysurie puis de la rétention complète d'urine. L'état général s'aggrava au point que l'on proposa la laparotomie.

M. Semmola s'opposa à l'opération parce qu'il avait porté le diagnostic d'occlusion intestinale, par paralysie transitoire de l'intestin due à un épuisement nerveux. Ce diagnostic était basé sur le début brusque de la douleur et des phénomènes d'occlusion, sur la forme paroxystique de la douleur, sur la saillie des anses intestinales changeant de place à chaque crise, sur l'existence de la paralysie vésicale concomitante; enfin, sur le caractère névropathique du malade.

Il proposa d'essayer les courants continus, appliqués suivant la méthode classique, un pôle sur le ventre, un autre dans le rectum préalablement rempli d'eau salée. Le courant avait une intensité de 10 milliampères, appliqués pendant huit à dix minutes trois fois par jour.

Dès le soir même l'ischurie avait disparu; trois jours après, il se produisait une débâcle, et le malade sortait guéri peu après.

Diabète produit par l'extirpation du pancréas chez un chien. — M. LANCEREAUX présente, au nom de M. Thiroloix, un chien rendu diabétique, il y a trente-cinq jours, par l'ablation presque totale du pancréas. Il offre aujourd'hui l'aspect du diabétique pancréatique arrivé à la période de marasme.

L'observation peut se diviser en deux phases : dans la première, une section pancréatique avec ablation de la portion verticale de cet organe produit un diabète azoturique, des phénomènes de dénutrition profonde, bientôt suivis d'un retour à la santé parfaite; dans une deuxième phase, l'ablation presque totale amène, au complet, tous les symptômes du diabète maigre. La glycosurie a été intermittente, elle a été sans cesse en progressant.

Ce fait semble démontrer que la destruction totale, sur place, du pancréas n'amène pas le diabète, tandis que la section, l'ablation de la glande normale ou fonctionnellement supprimée, le produit toujours.

Voici l'observation de ce chien :

Le 7 août 1891, M. Thiroloix pratique, sur lui, la résection des canaux et la portion verticale du pancréas. Pendant les jours qui suivent, pas de glycosurie, mais polyphagie, polyurie et azoturie. Son poids, qui était de 9 kilogrammes, tombe le 15 août à 7^{kg}570. A partir de cette date, retour insensible à l'état normal; la polyphagie seule persiste.

Le 26 août, réopération. Le poids est de 9^{kg}150. On pratique l'ablation presque totale. On laisse dans la concavité duodéno-stomacale un fragment pancréatique gros comme une fève.

Deux heures après l'opération, apparition de la glycosurie. Les phénomènes observés ont été les suivants : polyurie de 400 à 850 grammes, glycosurie, azoturie, polyphagie (de 1200 à 1500 grammes de viande). La glycosurie, par deux fois, a manqué pendant trois jours. Durant l'une de ces périodes, la glycosurie a été remplacée par une crise azoturique.

Les urines contenaient encore des phosphates en excès, de l'indican et, à plusieurs reprises, de l'acétone. L'amaigrissement est extrême, puisque l'animal a perdu la moitié de son poids. La graisse, les masses musculaires ont fondu. Le poil tombe en masse. Tous les points qui ont subi des pressions sont excoriés. La plaie péritonéale ne s'est cicatrisée que pendant la première période où la glycosurie a manqué.

M. GERMAIN SÉE fait observer que c'est là une confirmation expérimentale des données cliniques communiquées autrefois par M. Lancereaux, sur l'existence d'un diabète pancréatique. Cette confirmation avait été faite par les recherches de Minkowsky et von Mehring. Mais à quelle cause attribuer ce diabète? Est-ce à l'absence du suc pancréatique? M. Hedon (de Montpellier) a démontré que l'absence de ce suc ne saurait suffire pour produire le diabète maigre. Pour que celui-ci ait lieu, il faut extirper le pancréas en totalité et non pas seulement supprimer sa fonction. C'est, en un mot, dans le tissu pancréatique lui-même, qu'il faut chercher les raisons de l'altération profonde de la nutrition qui caractérise le diabète maigre.

Le diabète pancréatique n'est pas, selon M. Sée, le seul diabète maigre.

M. Sée a fait des expériences avec la fluoridizine. Plusieurs heures après l'ingestion de cet agent, les chiens deviennent constamment diabétiques : ces chiens lui ont servi à étudier l'action des différents remèdes préconisés contre le diabète. Les alcalins et l'opium ne lui ont donné aucun résultat; l'antipyrine, au contraire, a fait toujours diminuer et quelquefois disparaître presque complètement la glycosurie.

M. LANCEREAUX partage l'avis de M. Germain Sée sur ce fait que le diabète pancréatique n'est pas le seul diabète maigre; mais il croit qu'il y a lieu de distinguer avant tout un diabète pancréatique, un diabète gras ou constitutionnel et un diabète nerveux ou traumatique. Il faut bien admettre le démembrement du diabète et reconnaître que cette dénomination ne peut s'appliquer à une affection unique, mais à des affections multiples et distinctes, tant par leur origine que par leur évolution et leurs indications thérapeutiques.

M. OLLIVIER dit qu'il serait intéressant de voir si le chien de M. Lancereaux a des bacilles dans les crachats. On pourrait, pour cela, lui injecter de l'apomorphine. On sait, en effet, que souvent les diabétiques sont en même temps tuberculeux. En outre, il y a une forme de diabète qui n'a pas été mentionnée par M. Lancereaux, c'est le diabète héréditaire.

Enfin, on pourrait rattacher au diabète traumatique la glycosurie qui se montre dans quelques cas à la suite des chocs nerveux, d'émotions vives, etc.

M. SEMMOLA dit qu'on emploie indifféremment les mots de diabète et de glycosurie; or, il lui semble que ce sont là deux termes bien distincts.

La glycosurie est un des nombreux symptômes qui caractérisent le diabète, mais ce n'est qu'un de ces symptômes, et on peut être glycosurique sans être vraiment diabétique.

M. le professeur Boccadi (de Naples) a démontré que la suppression du pancréas produisait des troubles nerveux dus à des altérations ascendantes remontant jusqu'aux centres nerveux et reliant ainsi très intimement le diabète nerveux et le diabète pancréatique.

Quant à la thérapeutique du diabète, elle reste indécise et prouve précisément la différence d'origine entre la glycosurie des goutteux et celle des vrais diabétiques, car ces deux séries de malades réclament des ressources curatives bien différentes.

M. GERMAIN SÉE n'admet pas la distinction de M. Semmola entre le diabète et la glycosurie. Un individu qui a du sucre dans ses urines pendant un certain temps est un diabétique, et est menacé de la dénutrition profonde qui est le phénomène fondamental de la maladie.

Claude Bernard a déjà posé ce principe : « Si je pique, a-t-il dit, le quatrième ventricule d'un animal, je le rends glycosurique, et si je continue à le piquer pendant quelque temps, il devient diabétique. »

Quant au diabète héréditaire dont parle M. Ollivier, M. Sée croit qu'on ne peut pas en faire une espèce à part.

M. LANCEREAUX admet, avec M. Ollivier, que le diabète gras ou constitutionnel est une affection essentiellement héréditaire. Ce que M. Ollivier appelle diabète héréditaire n'est autre que ce type, et il n'est aucun diabétique héréditaire qui ne soit primitivement gras, de telle sorte qu'il n'y a pas lieu de créer à cet égard un nouveau type.

Comme M. Germain Sée, M. Lancereaux pense qu'il est impossible de séparer la glycosurie du diabète, si on fait exception pour les cas de glycosurie passagère qui succèdent à un repas exagéré ou à l'ingestion d'une forte proportion de sucre. On voit, dans le diabète gras, des individus ne présenter de la glycourie que d'une façon intermittente.

Il en est de même du diabète traumatique. Deux individus, victimes d'un accident de chemin de fer, deviennent glycosuriques quelques jours plus tard; l'un deux reste glycosurique pendant un mois au plus, l'autre pendant des années, et même il succombera à cette affection. Dira-t-on que l'un est un simple glycosurique et l'autre un diabétique? Il n'y a pas de différence de nature entre ces deux maladies pas plus qu'entre une varioloïde et une variole hémorrhagique, entre une fébricule typhoïde et une dothiénentérie maligne.

Quant à la question de pathogénie, M. Lancereaux se réserve d'y revenir dans un autre travail.

Il retient de la communication de M. Semmola qu'un médecin italien a trouvé des lésions nerveuses à la suite de l'ablation du pancréas, c'est qu'en effet la clinique et l'expérimentation tendent à rapprocher ces deux types.

Pour M. Thiroloix, même, le diabète pancréatique ne serait qu'un diabète nerveux.

Sur une épidémie de typhus exanthématique observé à l'île Tudy (Finistère). — M. THOINOT (de Paris) donne lecture d'un travail sur ce sujet. (Sera publié.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle du 29 septembre 1891, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

Pour les troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam : MM. les médecins-majors de deuxième classe Baur, Poirier et Billet, M. le médecin aide-major de première classe Cardot.

Pour le 163e régiment d'infanterie : M. le médecin-major de première classe Lesbros, M. le médecin-major de deuxième classe Mandoul, M. le médecin aide-major de première classe Bosc.

— M. Powilewicz, médecin en chef de la Maternité du Havre, est chargé d'une mission en Angleterre, à l'effet d'étudier l'organisation et le fonctionnement des services de gynécologie et d'accouchement des hôpitaux de Londres.

— M. Jules Soller, attaché au service des Messageries maritimes, est chargé d'une mission en Australie et en Nouvelle-Calédonie, à l'effet d'y poursuivre des recherches anthropologiques et d'y recueillir des collections destinées au Muséum d'histoire naturelle.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Concours d'admission en 1891.

Liste par ordre de mérite des candidats admis à cette École.

1. MM. Mainguy, Viallet, Schneider, Legrand, Léon, Denis, Deroin, L'Homme, Sallet, Ponsot.

11. Weil, Peyroux, Richon, Ligouzat, Challiol, Stéfani, Oui, Beaugeois, Paul, Masure.

21. Peyrolle, Gault, Mauviez, Baumelou, Gallot, Poullain, Carrey, Fache, Caziot, Mélot.

31. Miramond, Boucarut, Leniez, Saint-Martin, Douzans, Dehoey, Bontoux, Bory, Lascoutx, Bailby.

41. Bontemps, Opin, Ravé, Bar, Pignet, Gerbaux, Augarde, Gautraud, Collet, Coullaud.

51. Couraud, De Lauwereyns de Roosendaèle, Cros, Defoug, Lamoureux.

Les trente premiers candidats admis devront se présenter à l'École le 23 octobre prochain, soit de huit à dix heures du matin, soit de deux à quatre heures de l'après-midi ; les vingt-cinq autres le lendemain, 24 octobre, aux mêmes heures.

— Par décret, en date du 20 septembre 1891, M. le docteur en médecine Gallois, membre du conseil général de la Marne, maire de Rilly-la-Montagne, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décision ministérielle, en date du 30 septembre 1891, M. Benech, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Bordeaux, a été désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 30 septembre 1891, M. Boppe, médecin-major de première classe, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne, a été inscrit à la suite du tableau d'avancement pour le grade de médecin principal de deuxième classe.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 116. — MARDI 6 OCTOBRE 1891. 64e ANNÉE. MARDI 6 OCTOBRE 1891. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Hôpital Andral. Sur un cas d'agoraphobie. — Contribution à l'étude de l'hypersécrétion chlorhydrique. — Sur une épidémie de typhus exanthématique observé à l'île de Tudy (Finistère). — Association française pour l'avancement des sciences. — Le lait dans les hôpitaux. — École du service de santé de la marine. — — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOPITAL ANDRAL. — M. Debove.

Sur un cas d'agoraphobie.

Par le docteur Courtois-Suffit, ancien interne des hôpitaux.

L'agoraphobie est ce sentiment pénible d'angoisse qu'éprouvent certains malades en abordant une place, une rue qu'ils doivent traverser ; c'est cette terreur imaginaire, mais invincible, qui les tient fixés, cloués, pour ainsi dire, au même endroit. Persuadés qu'ils ne pourront traverser le vide qui est devant eux, *ils s'arrêtent et n'osent plus marcher*.

L'agoraphobie a été décrite, pour la première fois, par Westphal, en 1872. C'est un trouble mental que l'on rencontre rarement parmi les malades qui peuplent nos hôpitaux ordinaires, car il est le triste et presque exclusif apanage des lettrés, des écrivains, des hommes « à carrière libérale » ; aussi bien, est-il plus souvent observé et décrit par les psychologues et les aliénistes.

Nous avons eu la bonne fortune d'en suivre et d'en étudier un cas dans le service de notre maître, M. le professeur Debove.

Notre malade, J. B..., est actuellement âgé de trente-cinq ans, et, par conséquent, dans la pleine vigueur de l'adulte. Il est bien musclé, vigoureux, sans trace apparente de maladie. Il n'a, d'ailleurs, jamais été malade, et nous ne mentionnerons, que pour mémoire, une rougeole légère à l'âge de cinq ans.

Le regard de B... est incertain, vague et fuyant par instants ; il semble que parfois une crainte indécise le trouble ; elle est comme l'indice d'une inquiétude d'esprit qui passe. Notre homme est d'intelligence moyenne, quoique assez cultivée. Il exerce actuellement la profession de comptable et a occupé, à une époque antérieure, une situation heureuse dans le commerce. Il parle avec facilité, parfois même avec une certaine recherche du mot, surtout lorsqu'il raconte les différentes phases de sa maladie.

Parfaitement conscient de son état, il en connaît tous les détails, les a étudiés, et, comme tous les agoraphobes, s'en accuse et le redoute, tout en se sentant incapable de le surmonter ou d'en atténuer l'effet. Il en sait toutes les périodes comme d'une histoire qu'il a dite souvent et racontée partout. Il analyse minutieusement sa situation, trop peut-être, car cette sorte de rumination psychique constante ne fait que l'aggraver.

Ses antécédents héréditaires sont, par un côté au moins, bien intéressants. Chez les aliénés, en effet, ou les névropathes, en général, on sait combien est puissante l'influence de l'hérédité, et à quel point il est utile de la chercher avec minutie.

« En matière de pathologie nerveuse, a dit M. Charcot, l'observation du malade, qu'on a sous les yeux, ne saurait être considérée que comme un épisode, il faut la compléter, si faire se peut, par l'histoire pathologique de la famille tout entière. »

Or, s'il ne paraît exister chez la mère ou les collatéraux, ou les ascendants éloignés de B... rien qui mérite de retenir l'attention et qui ait trait à ce que nous cherchons, il n'en est pas de même du père de ce malade qui, à cinquante-deux ans, a succombé aux progrès croissants de l'ataxie locomotrice. C'est là encore un exemple de l'hérédité de transformation, si commune dans la famille neuro-pathologique.

Nous avons hâte de dire que l'examen physique le plus minutieux de cet homme n'offre aucune particularité digne d'être mentionnée. Outre l'absence complète de toute tare organique actuelle, il n'existe non plus de stigmates d'hystérie ou de neurasthénie.

B... est exclusivement un agoraphobe ; il n'est que cela, et c'est pour ses terreurs constantes qu'il est venu à l'hôpital ; et, d'ailleurs, cette limitation absolue du trouble mental n'est pas un des points les moins intéressants de son histoire.

Il fallait donc surtout étudier ses antécédents psychiques, son passé cérébral. De ce côté, les renseignements furent précieux.

B..., en effet, plus que d'autres peut-être, a payé à la vie un large tribut de douleurs morales et de peines, et l'on trouve aisément, dans cette série presque ininterrompue de misères psychiques, de traumatismes de l'intelligence, la cause de son état actuel.

Né en Alsace, patriote, il a profondément souffert et souffre encore de l'annexion de son pays à l'Allemagne ; il était adolescent lors de l'envahissement et de l'émigration. Il vint à Paris, à cette époque, avec sa famille, misérable

comme elle, et bientôt après, son père commença à ressentir les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice. B... soigna son père pendant sa longue maladie et fut singulièrement frappé de son agonie lente et douloureuse. Resté seul avec sa mère, il lutta courageusement et put enfin acquérir une situation convenable dans le commerce. Il allait être tranquille, presque heureux, lorsqu'il dut supporter de grosses pertes d'argent. *En peu de temps, il perdit sa position.* Alors, son cerveau fatigué, irrité du sort toujours contraire, devint inquiet et les premiers symptômes qui devaient le mener à l'hôpital apparurent bientôt.

Ces préoccupations constantes ont fait un malade d'un homme que son hérédité avait préparé aux troubles nerveux.

N'est-ce pas d'ailleurs presque toujours ainsi que vient l'agoraphobie ? Cordes, qui fit une longue étude de cette affection singulière, rangea, en tête des causes qui la peuvent produire, les fortes contentions d'esprit.

Il y a deux ans, B... s'aperçut, pour la première fois, que par instants il était pris d'un trouble singulier. Dans la rue, à la vue d'une place ou seulement d'une voie un peu large, il était saisi par une sorte de vertige indéfinissable, par une angoisse étrange, par une terreur invincible : ses jambes faiblissaient, son cœur « se serrait dans sa poitrine », et il était obligé de s'asseoir là où il était arrêté. Il sentait qu'il ne pouvait avancer, qu'il avait peur de traverser l'espace. Alors, la maladie n'étant qu'à son début, sa volonté ne faiblissait qu'un moment. Après s'être assis quelques minutes il arrivait, à force de raisonnements, à surmonter ses craintes, bien conscient qu'il était de leur inanité, et traversait la place qu'un instant auparavant il avait horreur de franchir.

Mais, peu à peu, la peur se fit plus fréquente et plus pénible, la maladie s'installa progressivement et tandis que la terreur grandissait, la réaction volontaire allait s'affaiblissant, si bien que ce ne furent plus seulement les grandes places que B... craignit de traverser. Les rues étroites le terrorisèrent aussi étrangement, et malgré qu'il connût son mal, sa raison devint impuissante à en triompher. Il inventa mille subterfuges, mille petits moyens qui suffisaient souvent à vaincre son effroi.

Parfois, en fixant son regard sur un point sombre, sur une voiture qui passait, la crainte s'évanouissait (tel ce malade, dont M. Charcot a rapporté l'histoire, qui ne pouvait plus traverser une place qu'en suivant un omnibus et en fixant l'intérieur de la voiture) ; ou bien, encore, il longeait les murs en touchant du doigt les maisons. C'est un des moyens les plus fréquemment employés par les agoraphobes.

B... avait pris l'habitude de ne jamais sortir sans une canne ou un parapluie ; il lui semblait qu'ainsi, il était plus rassuré. D'autres fois, il parvenait à traverser la rue après être entré dans un café boire quelque liqueur. Un malade de Westphal avait son malaise bien plus prononcé à jeun qu'après un repas. Un ou deux verres de vin ou de bière suffisaient pour atténuer la crise.

Legrand du Saulle (cité par Ritti) a rapporté l'histoire d'un jeune lieutenant qui était saisi de peur quand il traversait une place publique en habits bourgeois, mais qui reprenait toute son assurance quand il traversait la même place en uniforme, le sabre au côté. Ce malade ressentait les mêmes troubles quand il apercevait le vide, soit du haut d'une colline, soit d'une terrasse, soit d'une fenêtre d'un étage élevé. Aussi, après avoir souvent changé de logement, était-il arrivé à louer une boutique dont il laissait les volets fermés ; en tout temps, il allumait une bougie, couchait dans l'arrière-boutique, sortait et rentrait par la petite cour de sa maison.

Cette intéressante observation montre que le terme « agoraphobie » s'applique, en réalité, à une série de phénomènes. Ce n'est pas seulement lorsque le malade se trouve devant une place qu'il a peur, hésite et s'arrête enfin sans oser aller plus loin, c'est aussi lorsqu'il doit traverser une rue vide, un pont, un endroit désert, lorsqu'il veut pénétrer dans une église, et le nom de « peur des espaces », que Legrand du Saulle a proposé, nous paraît mieux répondre à la réalité et à la complexité des peurs de ces malades. Ils ont peur partout, les agoraphobes, ils ont « horreur du vide ». Cela est si vrai, qu'ils souffrent plus dans les rues les dimanches que les autres jours, car les boutiques fermées en rendent l'aspect plus triste et plus désert.

Notre malade avait aussi des angoisses semblables. A l'hôpital Andral, son lit était placé devant une fenêtre située de l'autre côté de la salle. Même couché, il voyait un vide par cette fenêtre, en face de laquelle il n'y a pas de bâtiment, et il racontait que, souvent, à cette vue seule, il était pris d'une angoisse très pénible. Il était obligé de détourner les yeux, parce qu'il avait peur, et il était cependant bien convaincu qu'il n'existait aucun danger.

Cette terreur du simple vide ne s'observe que lorsque ces malades sont arrivés déjà à une période avancée de leur maladie, et alors, « même très tranquilles chez eux, ils peuvent, en excitant le souvenir des accès antérieurs, en y concentrant toute leur attention, provoquer une scène d'angoisse identique à celle qu'ils ont éprouvée à un endroit déterminé. Cet accès, bien qu'artificiel et volontaire, présente les mêmes caractères d'angoisse et de durée que l'accès accidentel et involontaire » (Ritti).

Si l'on voulait scinder l'affection d'une façon schématique et la trancher en périodes distinctes, on pourrait le faire, car tous les malades passent par les mêmes phases et le nôtre n'y a pas manqué.

Au début, lors des premières crises, à la première peur, le malade peut surmonter son angoisse folle, en se raisonnant, en faisant appel à toute sa force de volonté. Souvent, la crainte seule de paraître ridicule sera suffisante pour qu'il se domine. Mais ce n'est que pour un temps.

La période d'état vient bien vite, que nous serions tentés d'appeler la période des subterfuges. L'accès est dans toute sa violence, les malades sont angoissés douloureusement, leurs jambes tremblent et fléchissent, le visage rougit et se mouille de gouttes de sueur, la terre s'enfonce sous leurs pas, ils disent qu'ils marchent sur des pavés « mobiles, mous et gras ». Ils inventent alors toute la série des petits moyens qui devront leur permettre de sortir. Et ainsi, ils restent de longues années.

Mais l'affection peut progresser encore. Ayant depuis longtemps peur dans les rues, ils finissent par avoir peur de sortir et se confinent volontairement chez eux. Voici, à ce sujet, ce que notre malade nous écrivait :

« Enfin, depuis octobre dernier, jusqu'à mon entrée à l'hôpital (12 juin), je ne quittais ma chambre que pour essayer de sortir et toujours en vain ; à peine arrivé à la porte de la maison, j'étais obligé de retourner dans ma chambre. »

C'est encore là un phénomène constant sur lequel

Legrand du Saulle avait insisté. Les agoraphobes, en effet, arrivés à cette outrance de leur mal, se créent volontiers des habitudes sédentaires, ils ne sortent plus, car « ils ont peur d'avoir peur » dans la rue et beaucoup, en névropathes qu'ils sont, essayent d'écrire leur histoire et « mettent avec une satisfaction relative leur médecin au courant de leurs angoisses, de leurs émotions, de leurs aventures » (Legrand du Saulle).

Ainsi donc, notre homme n'a manqué aucune des étapes de ce singulier trouble nerveux, caractérisé cliniquement par ces deux faits : la peur devant un espace, avec la conscience parfaite que cette peur est absurde, mais aussi avec l'impuissance absolue à la vaincre.

Il y aurait, à côté de l'agoraphobie, bien d'autres *peurs* pathologiques à étudier; dans la neurasthénie, il est fréquent de rencontrer des faits similaires. On a décrit la « claustrophobie » (peur des endroits fermés), la pathophobie (peur des maladies), l'anthropophobie (peur de la société) et bien d'autres « phobies » intéressantes. Et il serait, à coup sûr, curieux d'en faire une étude d'ensemble et de montrer qu'il s'agit là de véritables psychopathies presque toujours héréditaires, que la neurasthénie ne saurait produire à elle seule.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYPERSÉCRÉTION CHLORHYDRIQUE (1)

Par Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux.

III

III. *Hypersécrétion gastrique datant probablement de près de quarante ans.* — Les observations précédentes ont fait voir l'hypersécrétion chlorhydrique en quelque sorte en pleine activité. Dans la suivante on la trouvera très atténuée, mais reconnaissable encore après une durée de trente-huit ans.

M. le professeur Debove, dans le service duquel nous avons rencontré ce malade, a bien voulu nous permettre de recueillir et de publier son intéressante histoire, nous l'en remercions vivement.

Le nommé J. D..., âgé de soixante-six ans, autrefois coiffeur, puis papetier, puis brocanteur, souffre de l'estomac depuis 1852. Rien de bien net à relever dans ses antécédents héréditaires; pas d'accidents névropathiques dont le malade puisse témoigner. Lui-même est assez nerveux, très vif d'allures et de langage, facilement excitable.

En 1852, à propos des affaires du 2 décembre, il fut recherché par la police. Il alla se cacher à Bordeaux. C'est à ce moment, après ces tribulations, que survinrent les premiers phénomènes dyspeptiques. Il éprouvait surtout un serrement pénible de l'estomac, des envies de vomir; de temps à autre, il rejetait des gorgées de liquide; jamais de vomissements alimentaires ou glaireux. Il prétend n'avoir jamais fait d'excès alcooliques. Il n'était pas gros mangeur; son appétit cependant était conservé.

Le régime lacté et la magnésie calcinée amenaient une amélioration marquée de ces accidents, qui persistèrent pendant dix ans, de 1852 à 1862.

Pendant plusieurs années, les phénomènes dyspeptiques furent moins marqués, plus espacés. De 1875 à 1880, ils présentèrent une intensité beaucoup plus grande; les crises douloureuses étaient très vives; il y eut des vomissements, mais jamais de vomissements alimentaires. Les douleurs, affirme le malade, étaient calmées par l'ingestion des aliments.

Elles étaient parfois extrêmement intenses, forçant le patient à se replier sur lui-même, « à crier, à se tordre ». Ces douleurs retentissaient dans le dos. Jamais il n'y eut de vomissement de sang en nature, une seule fois il y eut un vomissement noir.

Vers la même époque survinrent des douleurs très vives dans la région temporale : J. D... déclare avoir eu plusieurs fois l'idée du suicide, pour se soustraire à ses tourments.

Depuis six mois, les douleurs stomacales se sont reproduites avec une intensité nouvelle; elles sont permanentes, avec des exacerbations qui surviennent une heure ou une heure et demie après le repas. Elles diminuent notablement tout de suite après l'ingestion des aliments. Les douleurs du creux épigastrique retentissent dans la région dorsale. Plusieurs fois par jour surviennent des vomissements d'un liquide transparent. Il y a des renvois gazeux, pas d'aigreur ni de pyrosis. Constipation habituelle.

Il n'y a pas de dégoût pour les aliments.

Le malade, depuis quelques années, a perdu 40 livres de son poids. C'est un homme pâle, maigre, aux mouvements vifs, à la parole animée, nerveux et peu patient. Il est anémié, sans présenter une véritable teinte jaune paille.

Son estomac est fortement dilaté, on constate du clapotage à quatre ou cinq travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; par la succussion on détermine un bruit de flot très marqué. Son estomac mesure environ 25 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Le 25 avril, on pratique le lavage de l'estomac le matin à jeun; on extrait par la sonde environ trois quarts de litre d'un liquide trouble, demi-lactescent, au fond duquel se dépose une purée alimentaire grisâtre, dans laquelle on distingue du vermicelle, pris l'avant-veille, et des grains de tapioca pris la veille.

L'acidité totale mesurée en présence de la phénolphtaléine est de 1,37 p. 1000. Par le vert brillant et le réactif de Günzburg, on obtient une réaction positive des plus nettes : il y a donc une notable quantité d'acide chlorhydrique libre.

La réaction du biuret est très marquée : il y a donc des peptones.

Pas de sucre; par la solution iodo-iodurée, on trouve la réaction de l'achrodextrine.

Le liquide stomacal présente une odeur fade.

Le 27. Acidité totale 0,98; virage net du vert brillant, moins net de la phloroglucine-vanilline. Réaction du biuret, pas de sucre. Odeur fade. Détritus alimentaires représentés par du vermicelle et du tapioca. On retrouve des pellicules de son; on avait, l'avant-veille, introduit une certaine quantité de cette substance dans l'estomac.

Le suc gastrique extrait le 25 au matin, abandonné à l'air libre, a passé comme acidité de 1,37 à 1,85 p. 1000. Le vert brillant, laissé en contact du suc gastrique, pendant le même temps, a subi une décoloration à peu près complète, ce qui confirme l'existence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique.

Le 1er mai, après lavage de l'estomac, on fait prendre un repas d'épreuve, consistant en 60 grammes de pain et 250 grammes de thé léger. Au bout d'une heure, on extrait

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1057.

environ 500 grammes d'un liquide d'odeur fade, d'une acidité de 0,218 p. 1000, qui ne renferme ni sucre, ni peptone, ni acide chlorhydrique.

A première vue, on peut être étonné de nous voir ranger cette observation dans la série hyperchlorhydrique. Si l'on s'en rapportait, en effet, exclusivement au repas d'épreuve que nous avons fait, on pourrait penser qu'il y avait, chez ce malade, dilatation de l'estomac et hypersécrétion, mais aussi hypochlorhydrie. En effet, les réactions qualitatives de l'acide chlorhydrique manquaient dans le contenu de l'estomac obtenu dans ces conditions.

Elles étaient, au contraire, très nettes dans le liquide extrait le matin à jeun. Que faut-il en conclure? Certainement que l'acide chlorhydrique n'était sécrété que tardivement sous l'influence peut-être d'une irritation longtemps prolongée de l'estomac par le liquide acide en stagnation. Cette irritation se montre ici avec la plus grande netteté, d'autant plus nettement que l'acide chlorhydrique faisait défaut au bout d'une heure. C'est là une constatation extrêmement importante : elle montre bien la nécessité de débarrasser l'estomac du liquide qu'il renferme et qui irrite sa muqueuse de façon à lui donner quelque repos.

Jaworski a signalé, sous le nom de catarrhe acide, des cas dans lesquels l'hypochlorhydrie succède à l'hyperchlorhydrie. Dans une première phase, la muqueuse enflammée, irritée, sécréterait une quantité anormale d'acide chlorhydrique; dans une seconde, profondément modifiée par le fait des progrès de la gastrite, elle serait devenue incapable de fournir de l'acide chlorhydrique libre. Pour d'autres auteurs, pour M. Rémond (1) [de Metz] en particulier, il y aurait d'abord névrose sécrétoire, puis, par le fait de l'irritation répétée de la muqueuse, gastrite destructive et hypochlorhydrie.

Dans notre cas, il est possible que des lésions destructives des glandes existent, mais en tout cas la sécrétion chlorhydrique, très atténuée, est fortement retardée. Elle est toutefois encore bien caractérisée, car l'estomac, le matin à jeun, ne doit pas renfermer de liquide et surtout pas d'acide chlorhydrique libre.

Nous assistons donc, selon toute vraisemblance, à la phase ultime d'une hypersécrétion chlorhydrique, qui a duré près de quarante ans de suite.

L'hyperchlorhydrie est rendue beaucoup plus probable encore par les crises douloureuses atroces, éprouvées autrefois par le malade. Une seule fois il aurait eu des vomissements noirs. A-t-il donc eu un ulcère rond de l'estomac? C'est très possible. On sait, en effet, que l'hyperchlorhydrie est chose fréquente, sinon obligatoire, dans l'ulcère rond. Pour certains auteurs même, l'ulcère rond serait toujours la conséquence de l'hyperchlorhydrie. Dans notre prochain article nous rapporterons l'histoire d'un malade atteint d'abord d'ulcère simple, puis d'hypersécrétion sans acide chlorhydrique libre. Chez lui, on le verra, la maladie, qui avait évolué chez le présent malade en de longues années, a évolué en deux ou trois ans : il s'agit cependant du même processus.

On remarquera qu'ici encore c'est à la suite de vives inquiétudes que sont survenus les désordres gastriques.

(1) Rémond. *Arch. gén. de méd.*, 1889.

SUR UNE ÉPIDÉMIE DE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

OBSERVÉ A L'ILE TUDY (FINISTÈRE)

Par le docteur L.-H. Thoinot.

Une épidémie de typhus exanthématique, observée à l'île Tudy, a duré du mois de mai au mois d'août : elle a frappé 84 sujets, dont 16 sont morts. Elle a tué 5 sur 7 des sujets âgés de plus de cinquante ans.

De l'observation de cette épidémie, on peut tirer les conclusions suivantes :

L'eau ne joue aucun rôle comme véhicule du germe.

L'air ne semble pas plus actif que l'eau; l'air ne diffuse pas le germe typhique, même dans un rayon très limité. Les maisons frappées le plus sévèrement n'ont été d'aucun danger pour les maisons les plus voisines, à l'expresse condition qu'il n'y ait aucun rapport entre les habitants des secondes et les malades des premières.

Le contact direct, l'approche du malade, telle a été à Tudy la condition univoque de la transmission. Nous avons pu établir la filiation directe de l'immense majorité des cas, et nous rapporterons ce fait capital : des 82 malades indigènes, 42 étaient membres d'une seule et même famille, la famille de la première malade. Les foyers de maison, de famille, indice du danger du contact direct, ont été nombreux et remarquables.

Le germe du typhus nous semble contenu dans les excreta cutanés du malade, et l'éruption joue probablement un rôle majeur en l'espèce. Il faut entrer en contact avec le malade pour être atteint. Quant aux voies par lesquelles le germe pénètre dans l'organisme sain — les voies d'inoculation — nous n'osons émettre une hypothèse.

Comment est venu le typhus à l'île Tudy? Nous n'avons pas pu découvrir le mode d'importation, et nous avons soigneusement recherché sans succès l'importation anglaise. Il nous semble que le typhus de l'île Tudy n'est qu'un épisode, qu'un trait de plus marquant la réalité du fait établi par R. Gestin sur les bases les plus solides : « Le typhus est endémique en Bretagne. » L'endémie de typhus en cette partie de la France est attestée par les faits épidémiques successifs de Riantec, Roussan, l'île de Molène, l'île Tudy, et par l'existence de foyers permanents dans la plupart des cantons.

Nous avons combattu le typhus par une double méthode : traitement de chaque cas en particulier, application de mesures sanitaires énergiques.

Nous dirons quelques mots du traitement curatif : il s'est borné à combattre les symptômes principaux et à l'antisepsie de la surface cutanée par une lotion générale au sublimé à très faible dose, faite chaque matin à tous les malades.

Le traitement prophylactique a été le suivant : isolement absolu des malades, qui, dès notre arrivée, ont été installés dans des ambulances temporaires. Nous n'avons pas laissé un seul malade à domicile, de peur qu'il n'y fît foyer.

Les hardes, les linges des malades ont été désinfectés par l'immersion dans la solution de sublimé à 1 p. 1000; les matelas vidés, le contenu en était brûlé et les toiles passaient à la solution désinfectante.

Chaque maison, chaque chambre de malade a reçu une pulvérisation prolongée de la solution désinfectante.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XXe SESSION)

M. Huchard a étudié l'influence de la grippe sur le cœur et sur les cardiopathies. Indépendamment de la grippe cardiaque, affection dans laquelle l'action de la grippe s'exerce sur les artères du myocarde et sur le myocarde lui-même ainsi que sur l'innervation du cœur, il a aussi observé une

action particulière de la grippe sur l'endocarde, c'est-à-dire de véritables endocardites infectieuses grippales. Il s'agissait, dans ces cas, d'affections aortiques anciennes qui se sont compliquées rapidement d'accidents infectieux et se sont terminées par la mort en quelques semaines. Cette endocardite infectieuse grippale avait pour siège de prédilection l'orifice aortique, ce qui peut s'expliquer par ce fait que le pneumocoque, le microbe qui la détermine le plus souvent, se fixe de préférence sur l'orifice aortique.

Dans une autre communication, M. Huchard passe en revue les causes de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles, en insistant plus spécialement sur leur origine alimentaire. Aux causes infectieuses, diathésiques et toxiques, M. Huchard ajoute une cause qui n'a pas été signalée jusqu'ici : il veut parler des vices de l'alimentation. L'alimentation carnée excessive, les viandes faisandées peu cuites, ou les viandes de mauvaise qualité, en versant dans l'organisme un grand nombre de ptomaïnes qui, ensuite, peuvent être incomplètement éliminées par insuffisance rénale, seraient, d'après M. Huchard, une cause très fréquente d'artério-sclérose et de cardiopathies. Le traitement préventif consisterait à prescrire une alimentation carnée modérée, beaucoup de légumes et le laitage.

M. Verneuil a rapproché de ces faits, signalés par M. Huchard, la fréquence de plus en plus grande du cancer coïncidant avec l'abus de l'alimentation azotée. Il faut donc se méfier d'une alimentation carnée exagérée, tant au point de vue du cancer qu'au point de vue de l'artério-sclérose.

M. Boinet (de Marseille) a fait, au Congrès, plusieurs communications intéressantes : il a étudié, au triple point de vue de la symptomatologie, de l'étiologie et de la bactériologie, la fièvre rémittente bilieuse, au Tonkin, appelée, dans ce pays, la fièvre des bois. Les conditions étiologiques sont les suivantes : fréquence en mai, juin et juillet chez les personnes non acclimatées et peu âgées; action des fortes chaleurs alternant avec des pluies torrentielles; influence des épais brouillards du matin; végétation puissante des jungles et de la brousse du haut Tonkin non utilisées; décomposition des matières végétales jonchant le sol des forêts vierges; influence de la putréfaction animale concomitante.

Au point de vue bactériologique, M. Boinet a trouvé, dans le sang de malades atteints de cette fièvre rémittente biliaire, des micrococques dont la présence peut expliquer certains symptômes, tels que l'ictère, les troubles nerveux.

Certains auteurs, MM. Proust et Joffroy, entre autres, ont prétendu que l'hémorrhagie primitive de la moelle n'avait jamais été observée d'une manière incontestable. Quelques faits récents, ceux de M. Harley, de Herbert Ellis, sont venus confirmer cette opinion. M. Boinet a communiqué, au Congrès, une nouvelle observation d'hémorrhagie primitive de la moelle : il s'agit d'un homme qui, à la suite d'un bain de mer prolongé, a été pris de tous les symptômes d'une paralysie ascendante aiguë avec phénomènes bulbaires, affection à laquelle il a succombé en l'espace de quatre jours. A l'autopsie, on a trouvé une forte vascularisation des méninges du cerveau, du bulbe et de la moelle, et plusieurs foyers hémorrhagiques des plus nets à diverses hauteurs.

Enfin, M. Boinet, dans une troisième communication, a rapporté un cas de kyste hydatique du foie, intéressant par ce fait, qu'il y avait deux poches hydatiques ne communiquant pas entre elles et que l'incision, dans ce cas, n'eût pas suffi. Une laparotomie seule eût permis la large évacuation de ces deux poches isolées.

M. d'Artros (de Marseille) a fait deux communications relatives à la syphilis. La première, sur la syphilis cérébrale héréditaire précoce, a pour but de montrer que, s'il faut admettre, avec MM. Fournier et Parrot, la rareté des lésions syphilitiques des centres nerveux chez le nouveau-né, il n'en existe pas moins une méningite syphilitique qu'on pourrait opposer à la méningite tuberculeuse. Pour M. d'Artros, les artérites syphilitiques des artères du cerveau seraient assez fréquentes chez les enfants; les gommes seraient très rares. Enfin, il a observé deux faits de syphilose ventriculaire. Il fait connaître les caractères distinctifs de ces lésions qui diffèrent notablement de ceux de la syphilis cérébrale chez l'adulte.

Dans sa seconde communication, M. d'Artros étudie l'influence dystrophique de l'hérédo-syphilis sur le cerveau de l'embryon. Il cite un fait qui prouve que l'hérédo-syphilis peut produire chez des sujets de la seconde enfance, outre les lésions spécifiques, un arrêt de développement et même l'idiotie.

MM. Oddo et Silbert se sont livrés à un certain nombre de recherches, dans le but de démontrer l'élimination du plomb et du fer par la peau, dans le saturnisme aigu. Comme traitement, ils conseillent de favoriser cette élimination par le jaborandi, de faire prendre des bains sulfureux suivis d'un décapage de la peau avec l'acide chlorhydrique à 20 p. 100, de recourir enfin à l'usage précoce du proto-iodure de fer ioduré.

Comme signes complémentaires des troubles oculaires de la tuberculose méningée, M. Prioleau (de Brive) a noté des troubles de la nutrition qui sont le dépolissement avec légère opalescence de la cornée et la diminution de la tension intra-oculaire et des troubles de la sensibilité, caractérisés surtout par l'anesthésie de la cornée. Il explique ces troubles par le développement de tubercules sur le feuillet de l'arachnoïde accompagnant les racines du trijumeau, et l'indépendance des troubles trophiques et des troubles sensitifs par l'indépendance des fibres sensitives et des fibres trophiques du trijumeau.

Étudiant les effets de la trépanation dans la paralysie générale, M. Rey (de Marseille) pense qu'au cours de la première période, alors qu'il y a augmentation de volume du cerveau et augmentation de l'épaisseur des os, l'ouverture du crâne peut faire cesser les phénomènes de compression qui en résultent, mais elle est impuissante à enrayer la marche des lésions propres de la méningo-encéphalite diffuse.

M. Fontan (de Toulon), qui a déjà fait plusieurs travaux sur le cathétérisme des voies biliaires, a communiqué, au Congrès, le résultat de ses recherches, à ce point de vue, sur le cadavre et sur le vivant. Voici ses conclusions : 1° le cathétérisme des voies biliaires est le complément indispensable de toute cholécystotomie; 2° il peut être simplement explorateur ou thérapeutique; 3° il peut être fait à demeure pour dilater un rétrécissement; 4° laborieux dans les voies normales, il est facilité par la rétention biliaire; 5° il n'aggrave aucunement les opérations auxquelles il est annexé.

M. Bourdillon (de Marseille) a communiqué une intéressante observation de cirrhose atrophique survenue au déclin d'une fièvre typhoïde chez un homme de trente-deux ans. Il fait suivre cette observation de réflexions fort judi-

cieuses sur le rapprochement des deux états morbides.

Tandis que nous sommes dans la région du foie, signalons encore un travail de M. Arnaud (de Marseille), sur la fréquence des abcès du foie à Marseille et ce qu'il appelle l'hépatite nostras qui peut reconnaître pour origine la dysenterie ou la diarrhée, et qui peut aussi apparaître sans cause appréciable ; puis une note de MM. Arnaud et d'Artros qui ont recherché les microbes dans trois cas d'abcès du foie d'origine dysentérique. Ces examens bactériologiques ne sont pas sans importance au point de vue du traitement : ainsi, d'après ces auteurs, la méthode de Little ne devra être employée que lorsque, après ponction exploratrice et ensemencement du pus, on aura constaté l'absence des microbes. Les abcès à microbes devront être traités par d'autres méthodes, en particulier, par l'ouverture large faite en deux temps pour provoquer la production d'adhérences.

M. Villeneuve (de Marseille), en relatant 60 cas de laparotomie pour causes diverses, signale particulièrement les suivants : 2 cas de plaies intestinales, résection étendue de l'intestin ; 2 cas de fistules pyo-stercorales ; dans l'un de ces cas, le cæcum très hypertrophié fut réséqué en entier et les deux bouts de l'intestin suturés ; mort cinquante-deux jours après de diarrhée incoercible ; enfin, dans un autre, il s'agissait d'une volumineuse tumeur hématique paraissent siéger dans le mésocolon transverse.

Dans le troisième temps de l'accouchement, rotation interne du fœtus, les auteurs considèrent habituellement ce mouvement de rotation du tronc comme accessoire et comme une conséquence du mouvement exécuté par la tête. M. Rey (de Paris) pense que c'est le tronc qui donne l'impulsion première et appuie son opinion sur une donnée anatomique, fournie par la direction des plans résistants maternels et sur une donnée mécanique ainsi formulée : Quand un corps, sollicité par une force, rencontre un plan résistant, si l'incidence est perpendiculaire au plan, ce corps s'arrête ; si l'incidence est oblique, le mouvement se continue suivant l'angle obtus.

Sous ce titre : « Pathogénie et traitement de la scoliose », M. L.-H. Petit s'applique à démontrer que la cause primordiale est, non pas le rachitisme, mais la neurasthénie liée très étroitement à l'arthritisme, d'où des indications thérapeutiques spéciales. Sans nier, en aucune façon, l'influence de l'arthritisme ou même de la neurasthénie sur la production de la scoliose, il nous semble un peu exagéré de lui accorder un rôle pathogénique aussi exclusif.

Nous signalerons seulement plusieurs communications relatives à l'ophthalmologie, en particulier celles de M. Galezowski sur les signes prodromiques de l'atrophie ataxique du nerf optique et sur leur importance au point de vue du traitement ; une note de M. Nicati (de Marseille) sur le traitement du glaucome par le drainage de la chambre postérieure ou scléro-iritomie ; un travail de M. Longe (de Marseille) sur l'emploi de l'ophthalmoscope en ostéologie.

M. Cabadé (de Toulouse) a communiqué une intéressante observation de broncho-pneumonie puerpérale à streptocoques. Le streptocoque pyogène, qu'on trouve habituellement dans les lésions puerpérales, peut donc donner lieu aussi aux lésions ordinaires de la broncho-pneumonie.

Enfin, M. Sirus Pirondi (de Marseille) a fait connaître les bons résultats qu'il a obtenus de l'emploi des pulvérisations phéniquées, non seulement dans le traitement de l'anthrax ou du furoncle, mais aussi dans celui d'autres lésions dermiques, compliquées ou non d'érysipèle.

LE LAIT DANS LES HOPITAUX

Le lait a pris, dans le traitement d'un grand nombre de maladies, une importance capitale. C'est à la fois un aliment et un médicament que rien ne peut remplacer. Son emploi est de première nécessité dans le traitement des néphrites albumineuses, des maladies cardiaques, des maladies de l'estomac. En tant qu'aliment gras, c'est un adjuvant des plus utiles dans le régime des tuberculeux. Dans les fièvres de longue durée, comme la fièvre typhoïde, il rend d'inappréciables services.

Énumérer sommairement les principales indications du lait dans les maladies, c'est dire que son usage a dû prendre dans les hôpitaux une grande extension. L'administration de l'Assistance publique a dû pourvoir aux demandes des médecins. Pour ne pas être submergée par le flot montant, elle a dû élever des digues, et réglementer l'emploi du précieux liquide.

Le règlement qu'elle a institué, bien qu'il ait été approuvé par le conseil de surveillance, est trop étroit. En effet, les malades ne doivent pas recevoir plus de deux litres et demi de lait, au maximum, en vingt-quatre heures. Pour obtenir plus, le médecin doit, pour chaque malade, faire de sa main un bon spécial qui est envoyé comme justification à l'administration centrale.

Eh bien ! deux litres et demi de lait, ce n'est pas assez dans bien des cas, et souvent il en est besoin de trois et quatre litres. Le lait renferme, en effet, 30 à 31 p. 1 000 de matière caséeuse, 36 de beurre et environ 49 de lactose. La ration d'entretien de l'homme comporte 125 à 130 grammes de principes azotés, 100 grammes de graisse et 250 grammes d'hydrate de carbone. Il faut donc 4 litres de lait pour pouvoir donner la ration normale de substance azotée et de graisse. Il faut aller jusqu'à 5 litres si l'on veut donner la dose physiologique d'hydrocarbures (1).

Que réclamez-vous, me dira-t-on, si le médecin peut faire des prescriptions exceptionnelles? D'abord, c'est un tort de considérer comme exceptionnel ce qui devrait être normal. Ensuite, le supplément demandé est souvent simplement refusé.

La consommation du lait est celle sur laquelle les inspecteurs veillent avec le soin le plus jaloux. C'est une excellente note pour le personnel administratif d'un établissement que de restreindre au minimum la dépense de lait. Le moindre litre donné en surplus est poursuivi avec rigueur, on lui fait à travers les cahiers de prescriptions une chasse sans merci.

Il en résulte, par exemple, que les surveillantes des salles n'ayant jamais de lait disponible, il est impossible d'en donner à un malade le jour même de son entrée.

Le lait et le vin ne sont pas conciliables dans les hôpitaux. Ne voit-on pas, cependant, que le litre de lait donné à un phthisique ne l'empêcherait nullement de boire avec profit la petite, mais suffisante, quantité de vin attribuée aux malades?

Pour justifier cette parcimonie que nous trouvons excessive, l'Administration peut invoquer la dépense et la difficulté d'avoir un service du lait suffisamment élastique pour se prêter aux besoins variables de chaque jour.

Il nous semble que l'argument de la dépense n'a qu'une valeur relative : une administration qui achète le lait par centaines de mille litres doit trouver des fournisseurs accommodants.

Souvent, du reste, le lait ne fait que remplacer les aliments ordinaires et le vin : ce n'est qu'un déplacement de dépenses.

Pour répondre aux besoins variables de chaque jour, et parer à l'imprévu : pour remplacer le lait qui tourne, par exemple, il serait facile d'avoir toujours une provision de lait stérilisé, susceptible de se conserver intact pendant plusieurs jours. A. M.

(1) G. Sée. *Du régime alimentaire*, p. 43.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Concours d'admission en 1891.

Liste par ordre de mérite des élèves en médecine admis à cette École.

1. MM. Ortholan, Bérard, Boyé, Judet de la Combe, Dargein, Lépine, Autric, Merleaux-Ponty, Kérest, Triboudeau.

11. Savornin, Séguin, Marcourt, Talbot, Foutrein, Vassal (P.), Cassieu, Legendre, Vassal (J.), Micholet.

21. Béréni, Charnel, Tedeschi, Berger, Létinois, Pasquet, Abatucci, Tanvet, Olivier, Brau.

31. Gaide, Henric, Bresson, Chapuis, Ascornet, Buffon, Martinet, Chabaneix, Miquel et Chalibert.

Ces élèves devront être rendus à l'École de Bordeaux, le 20 octobre 1891, à midi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris est composé ainsi qu'il suit : MM. Millard, Ricard, Perier, H. Martin, Gilbert, Blum et Bonnaire.

— Par décisions ministérielles, en date des 29 septembre et 1er octobre 1891, les médecins principaux de première classe dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. Mathieu, pour la direction du service de santé du 15e corps d'armée ; — M. Chauvel, pour l'état-major du gouvernement militaire de la place de Paris ; — M. Debaussaux, pour la direction du service de santé du 9e corps d'armée ; — M. Moussu, pour la direction du service de santé de la division d'Alger ; — M. Cros, pour la direction du service de santé du 17e corps d'armée ; — M. Émery-Desbrousses, pour la direction du service de santé du 5e corps d'armée ; — M. Kiener, pour la direction du service de santé du 16e corps d'armée.

— L'École municipale d'infirmières de la Salpêtrière et l'École municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié ouvriront leurs cours professionnels le mardi 6 octobre, à huit heures du soir.

L'enseignement comprend les cours suivants : cours d'administration ; éléments d'anatomie et de physiologie ; pansements ; soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés ; hygiène ; petite pharmacie.

— L'éditeur Félix Alcan nous informe que, dans le but de mettre la « Bibliographie de l'art dentaire », de M. le docteur David, à la portée de tous les praticiens, le prix de cet ouvrage, rendu franco, sera réduit à 6 francs pour ceux de MM. les médecins ou dentistes qui en feront directement la demande, accompagnée de sa valeur, à la librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Les ostéosarcomes de l'extrémité inférieure du fémur. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. I. Un cas de fièvre typhoïde infantile, au début; — II. Hydrocéphalie avec accidents convulsifs. — — MÉDECINE PRATIQUE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vraie séance de rentrée, à en juger tout au moins par le nombre des membres présents, sinon par celui des communications. Nous n'avons, en effet, entendu que deux orateurs. Le premier, M. Treille, professeur à l'École de médecine d'Alger, a donné lecture d'un travail important sur l'atténuation spontanée ou acquise de l'infection dite paludéenne. On trouvera au compte rendu un résumé de ce travail.

La parole a été donnée ensuite à M. Béchamp pour la continuation de l'exposé de ses recherches sur les causes d'altération du lait. A ce propos, M. Béchamp a rappelé les théories qu'il a déjà plusieurs fois exposées sur le rôle des microzymas dans l'organisme.

La fin de la séance a été occupée par des rapports de prix.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

I

Le médecin qui a donné des soins pendant la dernière maladie ne peut hériter. Quand commence la dernière maladie?

La loi étant formelle, il est important pour le corps médical de savoir à quel moment il faut fixer le point de départ de la dernière maladie. Le tribunal civil d'Angers a rendu, le 20 mai dernier, un jugement qui, conformément au principe posé par la Cour de Paris en 1867, fixe à nouveau le point en question. Voici les détails de l'affaire.

Le 9 janvier 1890, Mme Bourg..., qui possédait une fortune dépassant 400000 francs, est décédée, laissant un testament olographe par lequel elle instituait Mme Bah... légataire universelle.

M. Gard..., frère de la testatrice, a argué de nullité l'acte de dernière volonté de Mme Bourg..., prétendant que Mme Bah... n'était qu'une personne interposée; que le legs universel était fait en réalité au profit de M. le docteur Bah..., neveu de la légataire instituée, et que, dès lors, cette institution était nulle, aux termes des articles 909 et 911 du Code civil, M. le docteur Bah... ayant soigné Mme Bourg... pendant sa dernière maladie, et Mme Bourg... ayant testé au cours de cette maladie. Il articulait un certain nombre de faits à l'appui de sa prétention.

Le tribunal, après avoir entendu la défense et le ministère public, en ses conclusions conformes, a rendu le jugement suivant :

« Attendu que la dame Bourg... est décédée le 9 janvier 1890, laissant un testament olographe du 28 octobre 1884, dont la date n'est pas contestée et aux termes duquel elle a institué la dame Bah... sa légataire universelle.

Attendu que Gard..., frère et seul héritier de la testatrice, demande la nullité de ce legs universel, par application des articles 909 et 911 du Code civil, parce que la disposition aurait, en réalité, été faite, sous le nom d'une personne interposée, au profit d'un neveu de la légataire apparente, le docteur Bah..., médecin à Angers, qui aurait traité la testatrice pendant la maladie dont celle-ci est morte et dont elle était atteinte dès l'époque de la confection du testament;

Attendu, en droit, que la dernière maladie ne commence pas avec le germe fatal, qui, plus tard, entraînera la mort;

Que, conformément au principe posé par la Cour de Paris dans son arrêt du 8 mars 1867, le point de départ de la maladie mortelle doit être, au contraire, fixé au moment où est arrivé pour le malade l'état morbide qui défie tous les efforts de la médecine et n'admet plus que les palliatifs pour la douleur et les distractions pour les préoccupations du malade ou, en d'autres termes, à la période où l'état du malade a été définitivement déclaré désespéré et où les progrès nécessaires du mal ont dû bientôt amener la mort;

Attendu que la dame Bourg... a vécu plus de cinq années après la confection de son testament du 28 octobre 1884;

Qu'il résulte des énonciations de son registre domestique que, en particulier pendant le second semestre de 1884, c'est-à-dire pendant les trois mois qui ont précédé et suivi l'époque de la confection du testament, la dame Bourg... était dans un état de santé qui lui permettait de : 1° faire en août des voyages de pur agrément, notamment sur les bords de la mer à Pornic et à Préfailles ainsi qu'une excursion à l'île de Noirmoutiers; 2° diriger son intérieur et tenir compte de ses dépenses quotidiennes avec la plus minutieuse exactitude; 3° prendre en novembre et décembre des abonnements aux concerts et au théâtre :

Que, à la même époque, elle ne faisait que des dépenses insignifiantes de médicaments;

Qu'il appert de la correspondance versée aux débats et émanant tant de la testatrice que d'une amie de cette dernière ou du docteur Bah..., que, à partir de 1888, la santé de la dame Bourg... semble plus sérieusement compromise; mais que l'état révélé par cette correspondance, de même que tous les autres éléments du débat, démontrent encore manifestement que, plus

de trois ans auparavant, à l'époque de la confection du testament, la dame Bourg... n'était ni une mourante, ni une malade désespérée, que la maladie de cœur et de nerfs, dont elle pouvait être alors atteinte, n'était pas en tout cas susceptible d'être considérée comme ayant, suivant la doctrine de l'ancien droit, un trait prochain à la mort non plus comme se rattachant à la mort d'une manière immédiate et déterminante;

Attendu qu'il faut en conclure que les faits articulés par Gard..., et qui tendent tous à la démonstration de la nullité du legs universel compris dans le testament du 28 octobre 1884, par suite de la réunion des circonstances prévues par les articles 909 et 911 du Code civil, s'ils sont pertinents, ne sont pas concluants, parce que, en les supposant prouvés, ils n'entraîneraient pas la preuve que le 28 octobre 1884, la testatrice était en état de dernière maladie dans le sens juridique de cette expression;

Que ces faits ne sont, dès lors, pas admissibles et que le Tribunal ne saurait en donner la preuve;

Par ces motifs, sans s'arrêter aux conclusions subsidiairement prises par Gard... à fin d'enquête, lesquelles sont rejetées, dit Gard... mal fondé en sa demande, l'en déboute et le condamne aux dépens. »

Ainsi donc, en droit, la dernière maladie ne commence pas avec le germe fatal qui, plus tard, entraînera la mort. Le point de départ de la dernière maladie doit être fixé au moment désespéré où les progrès du mal doivent bientôt amener la mort. (*Journ. de méd.*)

II

Nous reproduisons ci-après une nouvelle publiée par l'*Année Médicale de Caen*, en la recommandant à l'attention de nos lecteurs.

« Un individu vient chez le docteur X..., avec une luxation de l'épaule. Le docteur X... demande son confrère le docteur Z..., et tous deux réduisent la luxation.

Au bout de quelque temps, envoi de la note d'honoraires, qui s'élève à la modique somme de 40 francs. Pas de réponse. Deux nouveaux envois. Pas de réponse. Voici le pourquoi : l'individu, jugeant que son bras n'était pas remis, va trouver, quinze jours après, Guillard qui, bien entendu, lui remet le bras.

L'individu est traduit devant le juge de paix pour le paiement des honoraires. Voici le jugement :

« Attendu que l'opération pratiquée par les docteurs X... et Z... n'a pas été complètement faite, ni complètement réussie; qu'il a fallu l'intervention de Guillard, qui a achevé l'opération commencée et procuré au blessé toute la liberté de ses mouvements : par ces motifs, réduisons de dix francs la note des honoraires. »

Ami lecteur, c'est assez joli ! un juge de paix, croyant le dire d'un individu de préférence à celui des médecins, en infère que l'opération avait été incomplète et, s'appuyant sur un fait d'exercice illégal de la médecine, rogne 10 francs d'une note de 40 francs.

Ami lecteur, reportez-vous au n° de mai de l'*Année Médicale*, vous verrez : Guillard, propriétaire (!) à Moult (un récidiviste), condamné à 15 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine — et une épicière de Luc, condamnée à 500 francs d'amende pour exercice illégal de la pharmacie — cela n'a pas besoin de commentaires. »

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DUPLAY.

Les ostéosarcomes de l'extrémité inférieure du fémur.

Je viens d'examiner devant vous un jeune homme de dix-sept ans, entré le 7 mai dans le service. Sa mère est rhumatisante : c'est le seul antécédent héréditaire qui soit à noter. Pas d'antécédents personnels. Il y a six mois, ce jeune homme commençait à éprouver dans le genou gauche des douleurs intermittentes, irradiant dans la jambe et le pied. Trois mois après, il constatait, à la face interne du genou, une petite grosseur du volume d'une noix. Le point qu'il nous désigne répond au condyle interne. Cette grosseur prenait en trois mois un développement énorme. Actuellement, elle a envahi toute l'extrémité inférieure de l'os et remonte jusqu'au milieu de la cuisse. Les douleurs, bien qu'assez vives, sont encore supportables; mais le malade ne peut plus quitter le lit.

Le diagnostic porté jusqu'ici a été celui d'ostéite. C'est le traitement de l'ostéite, teinture d'iode, vésicatoires, pointes de feu, qui a été seul institué. Vous verrez, dans un moment, les conséquences funestes de cette erreur; les progrès de l'affection rendent impossible l'intervention, qui, au début, aurait peut-être eu une chance de succès.

La tumeur offre aujourd'hui les caractères suivants : toute l'extrémité inférieure du fémur est énorme; sa circonférence atteint 50 centimètres. Sa forme, globuleuse inférieurement, effilée supérieurement, rappelle, suivant une comparaison souvent faite dans cette maladie, celle d'un gigot. L'état de la peau qui recouvre la tumeur est difficile à apprécier, la révulsion ayant produit de l'œdème, de l'inflammation, des cicatrices, des adhérences même. Mais sur les points où la révulsion n'a pas porté, la peau est normale, souple. Le développement du réseau veineux mérite d'être signalé. Il faut signaler aussi l'élévation de la température locale, très sensible à la main et atteignant 2 degrés au thermomètre.

La consistance du néoplasme est dure, fibreuse, dans la plus grande partie de son étendue; en quelques points, elle est franchement osseuse; sur d'autres, elle est plus mollasse; mais nulle part il n'y a de fluctuation ni de fausse fluctuation, nulle part non plus il n'y a de crépitation parcheminée, signe dont je vous parlerai plus longuement au diagnostic. Pas de battements ni de souffle.

En examinant l'articulation, on constate son intégrité à peu près complète; il y a un léger gonflement des os; il y a une certaine gêne des mouvements; mais il est facile de voir que cette gêne est due à un prolongement volumineux de la tumeur, remplissant presque entièrement le creux poplité, et non à une lésion articulaire. De même, l'atrophie très notable qu'on constate sur les muscles de la cuisse, et qui rappelle à première vue celle des arthrites, s'explique par l'inactivité, les troubles circulatoires, sans avoir d'importance spéciale.

L'examen de la partie supérieure de la cuisse donne des résultats beaucoup plus importants. Tout d'abord, on constate que le néoplasme, au côté interne, remonte très haut, presque jusqu'à la moitié du membre. Dans le triangle de Scarpa, on trouve des ganglions gros, durs, volumineux. J'espérais tout d'abord qu'il ne s'agissait que d'une adénite inflammatoire due aux lésions artificielles de la peau. Malheureusement, en palpant la fosse iliaque, on sent profondément des ganglions plus gros, plus durs encore. De plus, s'il n'y a pas encore de lésion viscérale évidente, l'état général est, lui aussi, certainement touché; le malade est pâle, amaigri, presque cachectique. A la contre-indication opératoire fournie par l'adénopathie, et qui suffisait à elle seule, s'ajoute donc la contre-indication d'une généralisation probable.

Le diagnostic d'ostéosarcome n'est, à l'heure actuelle, que trop évident. L'intérêt, c'est de discuter ce diagnostic au début, alors que l'intervention est encore possible. La

confusion avec l'ostéite, qui a été faite chez notre malade, est une erreur fréquente. L'ostéite épiphysaire est, en effet, très commune; son siège de prédilection à l'extrémité inférieure du fémur est également un des lieux d'élection de l'ostéosarcome. Sur 206 cas d'ostéosarcomes recueillis par M. Schwartz, 81 siégeaient en ce point. C'est dans l'adolescence et la jeunesse que se rencontrent ces deux affections. Sur 150 cas d'ostéosarcomes, 46 ont été observés avant vingt ans, 94 avant quarante ans. Certes, la marche différencie vite les deux maladies. L'ostéite, après un envahissement rapide de l'os, reste stationnaire; son évolution, quand elle continue à progresser, aboutit vite à la production de pus et de fongosités. L'articulation reste rarement longtemps indemne. Il y a tout au moins de l'hydarthrose dans l'ostéite épiphysaire. Les fongosités, qui surviennent rapidement au cours de l'ostéite tuberculeuse, sont encore plus caractéristiques. De plus, dans l'ostéite la peau devient vite épaisse, enflammée, adhérente. Dans l'ostéosarcome, elle est plutôt amincie et offre une dilatation spéciale du réseau veineux. L'élévation de la température locale peut se rencontrer dans les deux affections; il en est de même, quoi qu'on en ait dit, de l'élévation de la température générale; les sarcomes à développement rapide peuvent, ainsi que l'a bien montré M. Verneuil, s'accompagner de fièvre.

Mais, au début, quels sont les grands signes à rechercher? Dans les ostéosarcomes à début central, se produit assez vite, par l'amincissement rapide de la coque osseuse qui les entoure, un signe pathognomonique, la crépitation parcheminée. La coque, en se déprimant sous le doigt qui la presse, cède avec un léger craquement. Dans les sarcomes sous-périostés, où ce signe manque, attachez une grande importance à bien apprécier la consistance fibreuse plutôt qu'osseuse. Dans les cas douteux, faites une ponction exploratrice avec un trocart ou un bistouri à lame mince. Dans les ostéites, le trocart peut bien pénétrer quelques fongosités, mais il rencontre vite l'os qui l'arrête; dans les ostéosarcomes, il pénètre profondément dans le tissu mollasse. L'hémorrhagie est toujours abondante. Ce mode d'exploration m'a permis un diagnostic précoce dans deux cas très obscurs d'ostéosarcomes, l'un de l'extrémité inférieure du fémur, l'autre du calcanéum. Malheureusement, malgré l'intervention très rapide, la récidive survint dans les deux cas.

Je vous citerai brièvement les autres diagnostics différentiels, beaucoup moins importants. Les exostoses dures, de consistance uniforme, se différencient assez facilement des sarcomes; les fibromes, les lipomes des os, sont très rares et évoluent avec une lenteur extrême.

Le diagnostic de la variété de sarcome est impossible cliniquement; après l'ablation, il a une certaine importance, la variété à myéloplaxes ayant une malignité moins grande. L'examen histologique est donc, pour le pronostic, très utile.

Le diagnostic de la cause reste encore absolument obscur; au point de vue de l'influence de la diathèse arthritique sur la production des néoplasmes, je vous signalerai les antécédents rhumatismaux héréditaires très nets chez notre malade.

Le pronostic est affreusement grave. Même au début, quand la tumeur a à peine le volume d'une noix, l'intervention la plus complète donne bien des mécomptes. Chez notre malade, le pronostic est absolument désespéré. La tumeur va continuer à s'accroître localement, amenant vite des ulcérations, des hémorrhagies. La généralisation ganglionnaire est déjà produite, la généralisation viscérale, si elle n'est pas encore effectuée, ne tardera sans doute pas.

Le seul traitement consiste à amputer ou plutôt à désarticuler dès le début.

L'amputation sur la continuité exposerait, en effet, à laisser des foyers d'envahissement déjà propagés dans l'os; en désarticulant, on augmente les chances de succès. Dans les ostéosarcomes du tibia, on ne doit pas se contenter de désarticuler le genou, il faut faire l'amputation de la cuisse. Malheureusement, les succès restent encore bien rares; pour ma part, je n'ai jamais été assez heureux pour éviter les récidives. Et cependant, chez une jeune fille atteinte d'ostéosarcome du calcanéum tout à fait au début, j'avais remonté l'amputation jusqu'au haut de la jambe, interposant entre le néoplasme et la section deux articulations saines, les articulations calcanéo-astragalienne et tibio-tarsienne. Six mois après, survenait une récidive tout à fait inexplicable dans les parties molles du moignon.

Chez notre malade, toute intervention serait, par suite de l'envahissement ganglionnaire, inutile. Pourtant, si les douleurs jusqu'ici tolérables augmentaient, s'il survenait des ulcérations, des hémorrhagies, l'amputation serait indiquée à titre purement palliatif. Les suites sont aujourd'hui très simples, la réunion s'obtient en quelques jours. M. Poncet (de Lyon) vient de publier, récemment, un fait d'intervention dans un cas analogue. La réunion était complète au dixième jour. Le malade succombait au bout de six mois à la généralisation du sarcome, mais il avait eu, pendant ces six mois, une existence moins intolérable et avait été débarrassé des douleurs atroces produites par le sarcome avant l'amputation.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Descroizilles.

I. Un cas de fièvre typhoïde infantile, au début. II. Hydrocéphalie avec accidents convulsifs.

(Leçon recueillie par M. Manheimer, externe des hôpitaux, revue par le chef de service.)

I. La jeune fille, âgée de onze ans, qui occupe le n° 8 de la salle Dechaumont, a été admise le 19 mai. Elle est arrivée à la consultation, ce jour-là, pâle et avec un peu de fatigue apparente, mais elle a pu se tenir quelques instants sur ses jambes et répondre à nos questions sans difficulté. Par elle nous avons appris que, depuis trois jours, elle était mal à son aise et courbaturée, mais sans garder le lit, et nous ne constations, à ce moment, qu'un peu de chaleur à la peau et un léger état saburral avec sécheresse de la langue. Le lendemain, après une nuit tranquille, nous la retrouvions dans le service avec une température élevée, c'est-à-dire près de 40 degrés, un pouls assez vif, mais régulier, le facies plus coloré, la langue plus sale que la veille et sept ou huit petits macules entourant le nombril et présentant les caractères des taches lenticulaires; il n'y avait ni céphalalgie, ni diarrhée, et nous ne découvrions rien d'anormal, ni du côté de la rate, ni du côté des poumons. En raison de la tendance à la constipation, qui paraissait exister depuis près d'une semaine, je me suis borné, à cette première visite, à prescrire de l'huile de ricin, qui n'a pas produit d'effet, et un lavement avec séné, à la suite duquel une seule garde-robe est survenue. Le 21 mai, la situation restait la même

que la veille, avec un peu plus d'insomnie que pendant la période nocturne précédente. Cependant on nous montrait, sur la région dorsale, quelques taches semblables à celles que nous avions vues, vingt-quatre heures plus tôt, à la région ombilicale. Enfin, le 22 mai, nous avons à noter une température qui, après avoir dépassé 40 degrés la veille, atteint encore ce matin 39 degrés, un pouls battant à peu près 100 fois à la minute, un peu d'obscurité du son et quelques râles à la base du poumon droit, bien que la malade ne tousse pas; enfin l'éruption abdominale et dorsale, qui existait déjà hier, sans intumescence ou sensibilité prononcée de l'abdomen, et sans matité dans la région splénique. L'enfant n'a pas beaucoup dormi, mais ne souffre pas beaucoup de la tête; elle reste légèrement constipée, sa langue est couverte d'un enduit blanc, assez épais, sans aucune fétidité de l'haleine.

J'ai pensé de prime abord qu'il s'agissait d'une fièvre continue; cette interprétation était rationnelle. Nous n'avions en face de nous aucun des prodromes d'une fièvre éruptive, nous ne voyions surgir aucun signe d'affection locale qui pût expliquer le malaise et l'inappétence dont souffrait la malade au moment de son arrivée à l'hôpital. Rien, depuis le premier jour, n'a modifié mon diagnostic; l'embarras gastrique serait seul admissible ici, en dehors de la maladie à laquelle nous croyons: mais cet état pathologique débute avec une sorte de brusquerie qui a fait complètement défaut dans le cas actuel. Chez notre jeune malade, l'apparition des symptômes a été insidieux; il n'y a maintenant ni anorexie absolue, ni phénomènes saburraux très prononcés; la constipation n'est pas invincible et fait place, petit à petit, à une légère diarrhée que les purgatifs provoquent facilement, sans donner lieu en même temps à la grande amélioration qui survient presque constamment, et d'habitude très promptement, quand on emploie la méthode évacuante, vis-à-vis de désordres intestinaux indépendants de la dothiénentérie. Je ne puis admettre une infection paludéenne pour expliquer cet ensemble, car la rate conserve son volume normal; et l'élévation de la température, qui ne disparaît totalement à aucun moment de la journée, démontre bien qu'il ne s'agit pas d'une série d'accès, mais d'une pyrexie à marche continue. Rien ne m'indique d'ailleurs qu'il soit question d'une méningite imminente ou d'une localisation pulmonaire. Tout prouve donc que nous avons réellement à combattre une fièvre typhoïde, malgré l'absence de diarrhée spontanée qui, en semblable circonstance, fait souvent défaut chez l'enfant.

Mais, si nous sommes édifiés sur la nature du mal, avouons que, pour le moment, nous ne savons rien de plus. Il ne peut en être autrement à une période aussi peu avancée de la maladie. Nous avons eu l'occasion d'étudier récemment, dans nos salles, plusieurs exemples de dothiénentérie peu grave. J'espère que le cas actuel restera aussi bénin que les précédents et qu'il rentrera dans cette catégorie de faits désignés autrefois sous le nom de fièvre synoque et, de nos jours, sous celui de fièvre abortive. L'intensité très médiocre des manifestations auxquelles nous avons assisté jusqu'ici paraît être d'un bon augure, mais l'état morbide peut changer de physionomie. Sachons donc prévoir les complications et efforçons-nous de placer la malade dans les conditions les plus propres à les éviter.

Le traitement a été fort simple jusqu'à présent. Je n'ai pas cru devoir user des antithermiques, car la température est devenue assez vite modérée; je me suis abstenu de toute révulsion sur le thorax, puisque l'auscultation m'a toujours donné des résultats négatifs. J'ai lutté contre la constipation habituelle par une série de purgatifs; c'était la seule indication bien nette à remplir, mais je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'user bien longtemps encore de la méthode laxative. Sans recourir à une diète rigoureuse, je ne permettrai, pendant une ou deux semaines, que du laitage ou d'autres aliments liquides. Je serai, par conséquent, presque aussi sévère sur le chapitre de l'alimentation, que s'il était question d'un cas grave. On observe à peine une perforation intestinale sur cent fièvres typhoïdes infantiles; mais la lésion se produit tout aussi bien dans les dothiénentéries à début anodin que dans celles qui, de prime abord, se manifestent avec une séméiologie plus ou moins complexe. La prudence est donc un excellent système; j'espère que les parents seront aussi circonspects que nous et qu'ils ne feront pas en cachette, comme beaucoup d'autres, tout le contraire de ce que nous aurons prescrit.

II. Le second enfant, dont je veux vous entretenir, est une petite fille de dix mois, chez laquelle le corps est grêle, mais régulièrement conformé, tandis que l'extrémité céphalique attire immédiatement l'attention par ses dimensions exagérées. Toutefois, la circonférence du crâne, prise au niveau des apophyses mastoïdes et des arcades sourcilières, ne dépasse pas 52 centimètres, ce qui ne représente guère, par rapport aux autres sujets du même âge, qu'un surcroît de 10 centimètres. En appliquant la main sur la partie médiane et supérieure de la voûte cranienne, on sent de la fluctuation, il semble qu'on exerce une pression sur un ballon de caoutchouc. Les os pariétaux sont incomplètement développés et laissent entre eux un léger espace fermé par une membrane peu épaisse. La macrocéphalie, c'est-à-dire le volume exagéré de la tête, que nous constatons chez cet enfant, se rencontre dans le rachitisme, dans l'hypertrophie cérébrale ou dans l'hydrocéphalie; mais le rachitisme est caractérisé par des incurvations des diaphyses avec des hyperplasies épiphysaires, et par une forme particulière de la tête qui n'existe pas chez le petit être en présence duquel nous nous trouvons. Ici la convexité du front est considérable, mais les bosses frontales elles-mêmes sont peu prononcées, les os longs rectilignes; il n'y a pas d'étranglement à la partie moyenne des maxillaires inférieurs. Nous rencontrons donc un type opposé à celui des rachitiques. L'hypertrophie cérébrale pure est fort rare, et il n'y a lieu d'y songer que chez des sujets âgés d'au moins trois ou quatre ans, chez lesquels les dimensions exagérées du crâne coïncident avec une intelligence assez vive, bien que mal équilibrée, et avec une ossification complète de la voûte cranienne. Nous ne pouvons donc croire, dans le fait dont il s'agit, qu'à une hydrocéphalie qui remonte, nous dit-on, au moins aux premières semaines de l'existence et qui, d'ailleurs, est moins considérable, chez la petite fille en question, que dans beaucoup d'autres observations du même genre.

Je ferai remarquer que l'épanchement liquide qui remplit en partie cette cavité cranienne est vraisemblablement d'une abondance médiocre, tandis que, chez certains jeunes sujets, il s'élève à 1 ou 2 litres; que les yeux ne sont ni déviés latéralement, ni repoussés de haut en bas, comme on le voit chez quelques malades dont la tête atteint des proportions énormes. Depuis trois jours, l'enfant est en proie à des convulsions presque continuelles avec tendance à

l'opisthotonos, et les parents prétendent que, pendant les trois mois qui viennent de s'écouler, les troubles éclamptiques ont existé à l'état à peu près permanent, et c'est la seule particularité sur laquelle ils nous donnèrent des renseignements à peu près précis au point de vue des antécédents. Ils affirment que la macrocéphalie a été constatée peu de semaines après la naissance; mais, sur tous les autres points, les commémoratifs font défaut, et nous n'avons aucune donnée exacte à faire valoir relativement au chapitre de l'étiologie.

Il est très probable que ce petit enfant n'a plus que peu de temps à vivre. Beaucoup d'hydrocéphales ne succombent qu'au bout de plusieurs années d'existence; quelques-uns dépassent les limites de la période infantile; les phénomènes éclamptiques dont elle est atteinte sont trop constants ou trop fréquents pour qu'elle puisse y résister bien longtemps, mais rien n'indique que le dénouement fatal soit très prochain, car la malade a eu assez de vitalité pour lutter victorieusement, depuis plusieurs mois, contre ces troubles graves de l'innervation, et elle se nourrit et digère assez bien encore pour que la résistance se prolonge au moins pendant quelques semaines.

On traite l'hydrocéphalie tantôt par la compression et l'application, sur le crâne, de solutions résolutives, tantôt par la ponction et l'évacuation du liquide, tantôt par la révulsion pratiquée à proximité de la tête. L'agitation excessive, dans laquelle cette petite malade n'a cessé d'être depuis son entrée à l'hôpital, rend impossible l'usage des bandelettes agglutinatives ou des compresses imbibées de préparations astringentes. Je n'oserais conseiller ici, actuellement, l'intervention chirurgicale, bien que cette intervention compte à son actif plusieurs succès. Je craindrais, pour la même raison, d'avoir recours à des vésicatoires placés à la nuque, et surtout à d'autres dérivatifs plus énergiques, tels que les pointes de feu et les moxas. Je considère l'administration des diurétiques, quelquefois prescrite en pareil cas, comme à peu près sans effet. Je dois donc me borner, pour le moment, à prescrire le bromure de potassium et le chloral en quantité suffisante et avec assez de persévérance pour faire cesser, ou au moins pour atténuer les convulsions. Si le calme se rétablit, on remplacera, dans quelque temps, ces agents par l'iodure de potassium et peut-être par les mercuriaux. C'est plus tard seulement qu'il y aurait lieu d'essayer de la compression, ou même d'une ponction avec un trocart aspirateur, en se plaçant dans de bonnes conditions d'antisepsie.

MÉDECINE PRATIQUE

Un moyen de conserver la liqueur de Fehling, par le docteur L. Patel. — Il n'est pas de médecin qui n'ait eu le désagrément de constater avec quelle facilité la liqueur de Fehling précipite avant toute addition d'urine pour peu que sa préparation remonte à quelques semaines. Il est un moyen simple d'éviter cet inconvénient, c'est de préparer et de conserver séparément d'un côté la solution de sulfate de cuivre, de l'autre, la solution alcaline et de n'en opérer la réunion qu'au moment de s'en servir.

On sait que la liqueur de Fehling est ainsi composée :

Sulfate de cuivre cristallisé	34gr65
Sel de Seignette (tartrate de potasse et de soude).	175 grammes.
Lessive de soude	300 c. c.
Eau distillée	q. s. p. 1000 c. c.

Les 175 grammes de sel de Seignette exigent, pour se dissoudre, 300 centimètres cubes d'eau distillée qui, réunis aux 300 centimètres cubes de lessive de soude, formeront une solution de 600 centimètres cubes. Les 34 grammes de sulfate de cuivre seront dissous dans les 400 centimètres cubes d'eau distillée restants, on n'aurait donc plus qu'à mélanger ces deux solutions pour obtenir un litre de liqueur de Fehling : mais on comprend qu'il est préférable de n'opérer la réunion que d'une fraction de ces deux solutions, ce qui permettra de ne former que juste la quantité de liqueur de Fehling utilisable, il suffit que l'on ait soin de faire le mélange dans les proportions voulues. Ainsi, au moment de faire une analyse qualitative, on n'aura qu'à prendre successivement, avec une pipette graduée, 6 centimètres cubes de la solution alcaline et 4 centimètres cubes de la solution de sulfate de cuivre et à les réunir dans le tube à essai pour obtenir 10 centimètres de liqueur de Fehling toute fraîche; il se fait un magma bleuâtre qui se redissout instantanément en donnant la belle couleur bleue caractéristique.

Depuis un an, je me sers d'une liqueur de Fehling ainsi préparée en deux solutions, et rien ne me fait croire qu'elles aient subi une altération quelconque.

Je recommande ce procédé aux praticiens qui ne demandent qu'à faire une analyse qualitative des urines de leurs malades. Je ne vois, du reste, rien qui s'oppose à l'emploi de ces solutions pour une analyse même quantitative, il suffit de mesurer avec soin et d'opérer le mélange d'une plus grande quantité de liquide pour annihiler les causes d'erreur. (*Rev. de thérap.*)

Un liniment siccatif. — Dans les cas où il s'agit de recouvrir des parties cutanées d'un pansement occlusif et protecteur, M. le docteur J. Pick, professeur extraordinaire de dermatologie et de syphiligraphie, à la Faculté de médecine de Prague, recommande de se servir du mélange suivant, auquel il a donné le nom de liniment siccatif :

Gomme adragante finement pulvérisée. . . . . 5 grammes.

Ajoutez par petites portions et en triturant constamment le mélange dans un mortier :

Eau distillée	100 grammes.
Glycérine.	2 —

F. S. A. — Usage externe.

Ce liniment, qu'on peut préparer à froid ou, mieux encore, à chaud, présente une consistance sirupeuse; il se laisse facilement appliquer sur la peau en couche fine et uniforme, et s'y dessèche très rapidement en formant un enduit protecteur, solide, fin, lisse, sec, qui ne modifie pas d'une façon appréciable la couleur de la peau, et qui se laisse ensuite facilement enlever au moyen de lavage à l'eau ordinaire.

On peut facilement incorporer à ce liniment des quantités relativement considérables (5 à 10 p. 100) de différentes substances médicamenteuses, soit solubles, soit insolubles dans l'eau : huile de cade, goudron, ichthyol, baume du Pérou, chrysarobine, oxyde de zinc, iodoforme, iodol, acide salicylique, pyrogallol, naphtol, résorcine, acide borique, créoline, précipités blanc, jaune ou rouge de mercure, etc.

Par l'adjonction de substances pulvérulentes, insolubles, le liniment prend la consistance d'une pâte et se dessèche rapidement; mais il se laisse cependant encore bien manier. Les substances oléagineuses retardent plus ou moins la solidification du liniment, mais sans la supprimer.

M. Pick a pu recouvrir, avec un liniment siccatif contenant 10 p. 100 de goudron ou d'huile de cade, de grandes étendues de la surface cutanée sans inconvénient aucun pour le malade. Bien que, dans ces observations, l'action locale ait été aussi énergique que lorsqu'on emploie les préparations ordinaires de goudron et d'huile de cade, l'absorption du médicament a été si faible, que jamais on n'a vu survenir des phénomènes d'intoxication. (*Nouveaux remèdes.*)

Sur l'action hypnotique des poudres effervescentes. — Stephani a étudié l'action physiologique et thérapeutique d'un mélange, à parties égales, de carbonate de soude et d'acide tartrique. Dans vingt-trois expériences, il administra ce mélange à la dose de 3-6 grammes (exceptionnellement jusqu'à 12 grammes) à seize sujets bien portants, quelques heures après les repas. Phénomènes observés : lourdeur à l'épigastre, renvois et, seulement après des doses très élevées (20 grammes), envies de vomir et gastralgie; rien du côté des intestins, et seulement beaucoup plus tard des borborygmes et des coliques; comme phénomènes généraux : quelques troubles vaso-moteurs (rougeur de la face et des oreilles, sensation de chaleur dans tout le corps), légère augmentation de la fréquence de la respiration, qui n'est que passagère, lourdeur de tête, bourdonnement des oreilles et légère somnolence. L'action thérapeutique du mélange effervescent fut essayée, à cent vingt-quatre reprises, sur quarante sujets atteints de maladies mentales et qui souffraient entre autres d'insomnie; le médicament était donné vers le soir. Le sommeil survenait chez eux, dans la plupart des cas, une demi-heure après l'administration du mélange, encore plus rarement dans la deuxième heure et tout à fait exceptionnellement après la deuxième heure. Le sommeil était tranquille, mais non profond; sa durée, d'ordinaire de cinq à six heures, n'était pas proportionnelle à la dose administrée. Le sommeil survenait plus facilement chez les jeunes hommes que chez les vieillards. Dose : 6 grammes dans la majorité des cas. Le sommeil est dû à l'acide carbonique dégagé par le mélange effervescent et à son action anesthésique sur les cellules ganglionnaires du cerveau. A noter et à essayer, quelque singulière que paraisse cette nouvelle médication soporifique. (*Nouveaux Remèdes.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 octobre 1891. — Présidence de M. Regnauld.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Frantz Glénard (de Vichy) qui se porte candidat au titre de correspondant national;

2° Un travail de M. le docteur Charnaux (de Vichy) intitulé : « Observation d'un diabétique guéri à la suite de traumatismes graves. »

Diabète pancréatique. — **M. Semmola** (de Naples), à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Lancereaux, rappelle que M. de Dominicis a présenté, il y a un an, à l'Académie des sciences de Naples, trente-quatre chiens devenus diabétiques à la suite de l'extirpation du pancréas.

LECTURES

Sur l'atténuation spontanée ou acquise de l'infection dite « paludéenne ». — **M. Treille** (d'Alger) a suivi pendant six, sept, huit mois, des malades atteints de fièvres intermittentes dites « paludéennes », dont la température était prise plusieurs fois par jour, et qui étaient soumis tantôt à une expectation assez prolongée, tantôt à des doses variées et espacées de sulfate de quinine; il a constaté nettement soit une atténuation spontanée, soit une atténuation acquise de l'infection.

Il n'a pas rencontré un type, quel qu'il fût, quotidien, tierce ou quarte, absolument pur, absolument semblable à lui-même, du commencement à la fin de l'observation.

La quarte n'a, comme la tierce, qu'une fixité apparente. Dès qu'elle est attaquée par le sulfate de quinine elle montre, à la rechute, une tendance marquée à revenir à la quotidienne. Ce n'est généralement qu'à la suite d'une série d'oscillations quotidiennes ou tierces qu'elle revient à son état.

La quarte n'exige, en outre, que des doses faibles de sulfate de quinine.

La tierce tend de même à revenir d'abord à la quotidienne. Dans la suite, elle pourra présenter des ébauches de type quarte.

Du reste, en considérant seulement la loi des rechutes minima et le cycle typique de sept jours, on se convainc de prime abord que sept quotidiennes valent exactement quatre accès tierces ou trois quartes. C'est donc un seul et même agent qui les produit.

La quotidienne paraît le plus résistant des trois types. Mais, attaquée par le sulfate de quinine ou abandonnée à elle-même, on constate à la longue des lacunes indiquant sa transformation en type tierce ou quarte.

D'après les observations recueillies par M. Treille, la marche de la température dans ces fièvres peut être rangée sous cinq modes différents :

1° *Séries des accès oscillants.* — Accès fort suivi d'un accès faible, comme si l'agent pyrétogène était incapable de produire deux fois de suite le même effort; ce qui donne, avec la tendance à revenir à la quotidienne, l'explication des doubles tierces, des doubles quartes... avec séries d'accès faibles accolés aux accès forts;

2° *Séries des accès sensiblement égaux et faibles* lorsque les fièvres sont déjà atténuées. Les plateaux thermiques élevés n'existent guère que dans la tierce et la quarte; mais celles-ci peuvent être regardées comme des séries oscillantes où l'accès faible est remplacé par une défervescence complète;

3° *Séries inversement symétriques ou en échelle double.* — A une série progressivement ascendante correspond une série progressivement descendante;

4° *Séries ascendantes terminées par un accès fort*, puis lacunes apyrétiques ou mutation de type;

5° *Séries descendantes d'emblée.* — Accès fort commençant la série, accès suivants atténués et aboutissant à des intervalles apyrétiques, à des mutations de type.

Dans tous ces cas, la tendance naturelle et spontanée à l'atténuation est manifeste.

L'hyperthermie peut même être suivie d'une apyrexie assez longue.

Quand la fièvre a été considérablement atténuée, on ne note plus que de loin en loin des accès très faibles, fugitifs, éphémères, qui ne font pas souche.

M. Treille n'a pas pu découvrir dans le sang de ces fiévreux un seul des organismes décrits comme les agents pathogènes. Il se borne à faire remarquer que : 1° de l'aveu même de ceux qui les ont indiqués, des hématies dégénérées peuvent prêter à la confusion; 2° ces organismes auraient été rencontrés dans d'autres maladies, la grippe par exemple; 3° ils appartiendraient donc à des maladies très différentes par nature.

Il ne peut s'agir, comme beaucoup d'autres raisons l'indiquent, que d'une maladie essentiellement microbienne, dont le type quotidien est le type primitif, et la tierce et la quarte des formes dérivées et atténuées.

Des déductions pratiques peuvent être tirées de ces faits en ce qui concerne les doses de sulfate de quinine à donner; on peut ainsi les résumer : l'heure d'élection pour l'administration du sulfate de quinine est le début précis de l'accès.

M. Treille a été amené par là à une simplification nouvelle du traitement des fièvres intermittentes alluvioniques déjà très économiquement simplifié par le traitement préventif, qui se borne à donner du sulfate de quinine aux seuls jours de rechute probable, et à supprimer toutes les autres préparations de quinquina, toute autre médication.

On aura désormais le choix entre ce traitement préventif et le traitement occasionnel consistant, tout en relevant les forces du malade par l'alimentation seule, à ne donner le sulfate de quinine, à n'agir qu'au moment même où éclatera le premier accès de rechute.

Causes d'altération du lait. — **M. Béchamp** continue l'exposé de ses recherches sur ce sujet.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury pour le concours de l'externat des hôpitaux de Paris est composé de MM. Brun, Doléris, Galliard, Petit, Potherat, Richardière et Thibierge.

— L'ouverture du concours pour les bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 27 octobre 1891. Les registres d'inscription seront clos le mardi 29 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire, prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie ;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie ;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note « bien », peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

— Des concours s'ouvriront : 1° Devant la Faculté de médecine de Paris, le 10 mai 1892, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Nantes ;

2° Devant la Faculté de médecine de Paris, le 10 mai 1892, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Tours ;

3° A l'École de médecine de Tours, le 4 avril 1892, pour l'emploi de chef de travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture de chacun desdits concours.

— Vendée : Poste médical vacant, excellent avec la pharmacie, à prendre immédiatement et gratuitement. — S'adresser à M. le docteur Roblin, à Saint-Hilaire-de-Chaléous (Loire-Inférieure).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 118. — SAMEDI 10 OCTOBRE 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 10 OCTOBRE 1891. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Revue générale. Des traumatismes oculaires graves et de leur traitement, avec considérations sur la pathogénie, la prophylaxie et le traitement de l'ophthalmie sympathique, par le docteur A. Darier, chef de la Clinique du docteur Abadie. — Société de Chirurgie. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Des traumatismes oculaires graves et de leur traitement, avec considérations sur la pathogénie, la prophylaxie et le traitement de l'ophthalmie sympathique.

Par le docteur A. Darier, chef de la Clinique du docteur Abadie.

I

Nous ne voulons pas ici passer en revue tous les traumatismes oculaires sous toutes leurs formes et dans toutes leurs localisations, le cadre de ces Revues ne nous le permettrait pas. Nous laisserons donc de côté les plaies de la cornée ainsi que celles purement scléroticales, pour ne nous occuper exclusivement que des *plaies de la région ciliaire*, ou du limbe sclérocornéen, parce qu'elles résument, pour ainsi dire, tous les traumatismes du globe oculaire (1).

II

Les plaies de la région ciliaire ont de tout temps été considérées comme des plaies de la plus grande gravité.

L'expérience n'a-t-elle pas montré, en effet, qu'une plaie pénétrante de cette partie de l'œil (abstraction faite des complications immédiates) entraînait souvent à sa suite, soit une *irido-choroïdite suppurative aiguë* se terminant par un phlegmon de l'œil, soit une *atrophie progressive du globe* oculaire et très souvent aussi une iridochoroïdite secondaire de l'autre œil (*ophthalmie sympathique*). Une cécité complète pouvait donc souvent être la conséquence d'une simple plaie de la région ciliaire.

La cause première de cette gravité d'un traumatisme relativement minime, est restée très obscure jusqu'aux découvertes récentes de la microbiologie.

Jusqu'alors quoi de plus naturel que de chercher l'explication de la gravité des blessures du corps ciliaire dans l'importance anatomique ou physiologique de l'organe lésé ? Or, il est établi depuis longtemps que l'iris et les procès ciliaires jouent un rôle capital dans la nutrition de l'œil. Il découle naturellement de ce fait qu'une altération profonde de cette partie de l'œil peut avoir des conséquences graves pour son avenir.

Mais où l'on ne voyait autrefois qu'une action purement mécanique, nous voyons aujourd'hui un processus infectieux, parasitaire, détruisant progressivement et de plus en plus profondément les tissus oculaires, pour se propager même par l'intermédiaire des nerfs optiques et du chiasma jusqu'à l'œil du côté opposé.

Ne savons-nous pas déjà que de simples plaies de la cornée peuvent amener, elles aussi, une panophthalmie, une phthisie progressive du globe oculaire et même une ophthalmie sympathique? Il peut en être de même pour des blessures purement scléroticales, alors même que ni le corps ciliaire ni l'iris n'ont été lésés. Donc, nous pouvons dire pour les plaies de la région ciliaire de même que pour les précédentes :

La gravité d'une plaie pénétrante du globe oculaire, quelle que soit sa situation, est absolument subordonnée au degré d'asepsie dans lequel a été tenue la plaie jusqu'à sa complète cicatrisation.

Tout ce que nous pouvons concéder aux théories anatomiques, c'est que, suivant la région intéressée, la plaie peut offrir une réceptivité plus ou moins grande aux éléments infectieux. Une plaie de la coque oculaire envisagée en elle-même offre à peu près partout la même résistance aux germes infectieux, qu'elle porte sur la région ciliaire ou ailleurs. Mais la coque oculaire une fois traversée, l'élément microbien trouvera un milieu de culture et des voies de propagation absolument différents, suivant la région intéressée. De la cornée, l'infection doit traverser la chambre antérieure, envahir l'iris, puis les procès ciliaires pour se propager au segment postérieur de l'œil. Une plaie infectée de la région ciliaire, au contraire, permettra la propagation immédiate du processus inflammatoire à la fois à la chambre antérieure et à tout le tractus uvéal.

Une particularité des plaies de la région ciliaire est aussi la difficulté que l'on a, dans certains cas, de savoir si, oui ou non, l'infection a eu lieu ; car l'infection peut faire son chemin en arrière, d'une manière lente, insidieuse, et envahir petit à petit tout le cercle ciliaire sans amener de phénomènes réactionnels bien marqués, jusqu'à ce qu'on s'aperçoive que l'œil est en train de s'atrophier, ou jus-

(1) Dans un ouvrage intitulé : *Des blessures de l'œil*, actuellement en préparation, nous étudions, en collaboration avec M. le docteur O. de Spéville, tous les traumatismes oculaires avec leurs différentes complications.

qu'à ce qu'éclate soudain une ophthalmie sympathique.

Pour les plaies de la cornée, au contraire, tout se passe le plus souvent au grand jour et une intervention opportune peut conjurer le danger. Voilà toute la différence qu'anatomiquement nous sommes forcé d'admettre et par expérience et par raisonnement. La loi générale de l'infectivité n'en est aucunement ébranlée.

III

Envisagées *anatomiquement*, les plaies de la région ciliaire présentent à la fois les caractères de celles de la cornée et de celles de la sclérotique; et abstraction faite de toute infection, la gravité est en raison directe de l'étendue de la plaie.

Si la plaie est large, il peut y avoir perte, plus ou moins considérable, de corps vitré. Cette complication est, dans la plupart des cas, moins grave qu'elle ne paraît au premier abord, et ce n'est pas elle, en général, qui met l'avenir de l'œil en danger; car si la rétine n'a pas été décollée, et que l'on parvienne promptement à bien fermer la plaie, le corps vitré se reforme assez facilement. Souvent le corps vitré lui-même, faisant hernie, empêche une coaptation parfaite des lèvres de la plaie. Dans ce cas, il ne faut pas hésiter à exciser franchement tout ce qui proémine et à pratiquer, au plus tôt, avec les soins antiseptiques les plus rigoureux, une suture conjonctivale ou même scléroticale et cornéenne, si la plaie est très large; car il va sans dire que la première condition pour la guérison est la fermeture aussi prompte, aussi parfaite et aussi aseptique que possible de la plaie.

En même temps qu'une perte notable du corps vitré, on peut avoir aussi une expulsion du cristallin qui peut tomber hors de l'œil, rester sous la paupière, ou même sous la conjonctive; le cristallin peut aussi être luxé dans le corps vitré ou même seulement subluxé, ballottant dans son ligament suspenseur. L'intervention, dans ces circonstances, est si délicate et si variable selon les cas, qu'il serait trop long d'établir ici des règles précises à ce sujet.

La *cataracte traumatique* est fréquente dans les plaies de la région ciliaire, moins pourtant que dans celles de la cornée, aussi l'étudie-t-on, en général, avec ces dernières. C'est ce que nous ferons aussi, car ce chapitre nous entraînerait trop loin et sortirait un peu de notre cadre. Qu'il nous suffise d'établir, en passant, que la blessure du cristallin est toujours une circonstance aggravante, non seulement par la cataracte qui en est la conséquence, mais aussi par ce fait que l'émulsion des masses cristalliniennes, dans l'humeur aqueuse, offre un milieu de culture très favorable aux micro-organismes qui ont pu pénétrer par la plaie.

Une des complications immédiates les plus fréquentes des plaies de la région ciliaire est la *hernie de l'iris* et quelquefois même d'une partie du corps ciliaire.

Le traitement de cette complication est des plus simples : comme pour toutes les plaies, l'antisepsie la plus rigoureuse doit être pratiquée le plus tôt possible. Le malade étant couché, l'œil ayant été bien anesthésié par la cocaïne (le chloroforme peut être quelquefois nécessaire), on commence par bien désinfecter toute la surface conjonctivale avec une solution de sublimé à 1/2000. Comme il pourrait être très dangereux, dans la plupart des cas, de renverser les paupières par le procédé classique, voici comment nous conseillons de procéder : au moyen d'un stylet garni d'ouate à son extrémité que l'on trempe à plusieurs reprises dans la solution de sublimé, on nettoie mécaniquement le fond des culs-de-sac en ayant soin de ne pas appuyer sur le globe oculaire, mais de soulever, au contraire, la paupière en frottant avec le stylet sur la conjonctive palpébrale. Cette toilette terminée on place l'écarteur des paupières et, au moyen d'un tampon d'ouate, on nettoie bien soigneusement la plaie et tout ce qui fait hernie, absolument comme on le ferait dans un cas de plaie intestinale. Il faut être aussi sûr que possible qu'il ne reste aucun germe, aucune impureté sur la partie que l'on va tenter de réduire et de faire rentrer dans la coque oculaire.

Dans une série d'observations que nous avons recueillies et qu'il serait trop long de relater ici, nous avons pu voir de quelle grande importance sont tous ces soins méticuleux.

L'ésérine, le massage et les manœuvres au moyen de sondes mousses pour réduire la hernie de l'iris réussissent très rarement; néanmoins, si l'on y est plus ou moins parvenu, on pratiquera immédiatement, selon les préceptes de notre maître M. Abadie, une suture conjonctivale pour maintenir la hernie réduite et la plaie fermée.

Cette suture conjonctivale a une très grande importance; non seulement elle maintient la hernie réduite, mais encore elle protège la plaie contre la possibilité d'une infection ultérieure. Cette suture doit présenter deux conditions indispensables :

1° Elle doit être absolument aseptique (aiguilles et fils passés à l'étuve);

2° Elle doit tenir assez longtemps pour que la solidité de la cicatrice ne laisse rien à désirer.

Pour remplir cette dernière condition, il faut que la conjonctive ait été soigneusement disséquée autour de la plaie, de manière à ce qu'on puisse la saisir asssez largement pour que la résistance soit aussi grande que possible et que la traction du fil soit supportée par une surface conjonctivale plus grande.

Cette suture une fois appliquée, on lave de nouveau le champ opératoire avec la solution au sublimé et l'on applique le pansement (instillations d'ésérine, insufflations d'iodoforme et bandeau compressif).

Si la hernie de l'iris ou du corps ciliaire est trop considérable pour qu'on puisse songer à la réduire, ou si elle a résisté à toutes les tentatives de réduction, ce qui est, pour ainsi dire, la règle, on en pratiquera l'excision nette et franche au ras de la sclérotique. Mais pour éviter de laisser la plaie béante, ne fût-ce que quelques instants, on aura soin, avant de pratiquer l'excision de la hernie, de disséquer préalablement la conjonctive et de passer le ou les fils qui doivent servir à la suture conjonctivale. On évitera un contact trop prolongé de l'air, et un prolapsus du corps vitré ou du cristallin aura moins de chance de se produire.

Une plaie récente de la région ciliaire traitée de cette manière, assez tôt pour qu'aucune infection n'ait eu le temps de se produire, guérira aussi simplement et aussi sûrement qu'une lésion cornéenne de même étendue.

Les rétractions cicatricielles, si redoutables pour les plaies de la région ciliaire, ne surviennent, le plus souvent, que dans les cas où une *irido-cyclite traumatique* (infectieuse) a eu le temps de se produire et, suivant le degré qu'a atteint le processus inflammatoire, la rétraction cicatricielle peut rester localisée ou, au contraire, se propager à toutes les

membranes intra-oculaires et amener la phthisie du globe. Nous pourrions citer plusieurs observations intéressantes recueillies par M. le docteur O. de Speville et par nous-même, mais la place nous manque ici.

IV

Abordons maintenant les *complications inflammatoires infectieuses* des plaies de la région ciliaire. Dans la plupart des cas, malheureusement, l'infection a déjà eu le temps de se produire quand les malades se présentent à nous. Il arrive alors que, malgré les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, mais malheureusement trop tardives, on voit se produire, après la cicatrisation de la plaie, des symptômes d'*irido-cyclite*, se traduisant par une *hyperhémie périkératique*, surtout accentuée au niveau de la plaie. Des synéchies iriennes se sont déjà produites dès le début; mais bientôt l'iris change de couleur, la tension intra-oculaire diminue progressivement, et l'on voit se produire peu à peu un aplatissement du globe oculaire, au niveau de la cicatrice.

C'est quelquefois avec tous ces symptômes que les malades se présentent à nous, après plusieurs jours de traitement par des collyres à l'atropine ou par d'autres instillations aussi inutiles qu'infectieuses.

Jusqu'à ces derniers temps, la seule thérapeutique, dans des cas semblables, était l'*énucléation* pour prévenir l'*ophthalmie sympathique*, contre laquelle on était absolument désarmé.

Aujourd'hui, que nous avons des données plus exactes sur la pathogénie de cette redoutable complication, et que, grâce aux travaux de M. le docteur Abadie, nous savons comment lutter contre elle, et la guérir même quelquefois, il est du devoir du médecin de chercher à conserver l'œil blessé par tous les moyens que mettent à notre disposition l'antisepsie et la thérapie la plus énergique.

Un œil atteint d'*irido-cyclite traumatique*, d'*ophthalmie traumatique*, ou, plus simplement, d'*infection traumatique*, n'est pas un œil fatalement perdu. Il existe même des observations de cas où la vision est revenue à l'œil traumatisé, alors que son congénère avait été complètement perdu par ophthalmie sympathique. Mais ce sont là des exceptions qui ne doivent pas faire oublier au praticien que son devoir est de lutter pied à pied contre les progrès de l'infection. Pour ce faire, on n'avait, jusqu'à ces derniers temps, que les déplétions sanguines locales et les frictions mercurielles à outrance.

Grâce à l'action microbicide du mercure introduit dans la circulation générale par absorption cutanée, on a obtenu quelquefois, après de longs mois de traitement, des guérisons qui se sont maintenues. Donc l'*infection traumatique* est curable. Mais n'est-ce pas une thérapie bien primitive que celle qui veut saturer l'organisme tout entier pour atteindre quelques éléments microbiens exclusivement cantonnés dans le globe oculaire? Pourquoi ne pas chercher à les détruire sur place? C'est ce qu'a cherché à faire M. le docteur Abadie, et ce à quoi il a pleinement réussi dans la plupart des cas, en cautérisant hardiment au galvano-cautère le foyer infectieux pathogène et en injectant, dans le globe oculaire, une solution de sublimé au millième. Il a obtenu, par cette thérapeutique locale, des résultats des plus favorables, avec une rapidité quelquefois étonnante.

Or, c'est justement avec la plus grande promptitude qu'il faut agir sur les germes infectieux, avant qu'ils n'aient eu le temps de se propager, eux ou leurs produits de sécrétion, de proche en proche à tous les tissus de l'œil, au nerf optique et par le chiasma à l'autre œil, pour y provoquer une ophthalmie sympathique par infection secondaire ou migratrice.

Donc, si nous sommes en présence d'un œil atteint d'ophthalmie traumatique, notre soin le plus pressé, sans négliger l'application de sangsues à la tempe, dont l'effet n'est pas à dédaigner, ni même les frictions mercurielles, sera, une fois le diagnostic bien établi, de faire *dans l'intérieur du globe oculaire*, *en plein corps vitré*, *une injection d'un vingtième de centimètre cube d'une solution de sublimé au millième* (1).

La plaie, elle-même, doit être soigneusement examinée; si elle n'est pas cicatrisée, il faut, pour bien la désinfecter, la laver énergiquement avec une solution de sublimé au millième. S'il y a une hernie de l'iris, il ne faut pas craindre de l'exciser franchement, puis de cautériser au galvano-cautère tout ce qui paraît louche ou infiltré. Enfin, si le cas est possible, recouvrir le tout bien soigneusement au moyen de la suture conjonctivale dont nous avons donné plus haut la description. Dans tous les cas, les voies lacrymales doivent être soigneusement examinées et désinfectées, s'il y a lieu.

On sera surpris, au bout de deux ou trois jours, du changement qui se sera produit dans un œil ainsi traité. Les douleurs, s'il y en avait, auront disparu ou seront notablement atténuées. L'œil aura repris un bien meilleur aspect, il sera plus brillant, plus limpide, la tension oculaire se rapprochera de plus en plus de la normale, la vision sera notablement améliorée; bref, l'infection aura été enrayée.

Mais il ne faut pas chanter victoire trop tôt, l'amélioration n'est presque toujours que temporaire; les germes infectieux, s'ils n'ont pas été complètement détruits, peuvent reprendre leur virulence au bout de quelques jours. Le patient doit donc être tenu en constante observation et, dès que l'on voit les milieux se troubler ou seulement la vision baisser, que la tension intra-oculaire baisse, que l'iris se décolore ou que l'œil devient douloureux, il n'y a pas de doute à avoir, le processus infectieux n'a pas été complètement enrayé. Il ne faut pas hésiter alors à intervenir de nouveau.

Quand il n'y a que des manifestations inflammatoires légères, une simple *injection sous-conjonctivale* de sublimé, répétée tous les trois ou quatre jours, peut amener une guérison complète (2). Si, au contraire, une aggravation

(1) On peut se servir, pour les injections intra-oculaires ou sous-conjonctivales, de la seringue de Pravaz ou plutôt de celle de Straus, qui peut se désinfecter facilement. Nous nous servons d'une simple seringue de Pravaz, mais qui est réservée exclusivement à cet usage; les aiguilles seules présentent cette particularité, c'est que leur pointe est aplatie en forme de lance comme l'aiguille à discision, ce qui permet une pénétration plus facile dans la coque oculaire. La seringue et les aiguilles, après avoir été stérilisées par un séjour de douze heures dans une solution de sublimé à 1/25, sont tenues en permanence dans un flacon contenant de la glycérine préalablement stérilisée (elle a été portée, pendant vingt minutes, à une température de 140 degrés) et additionnée d'acide phénique dans la proportion de 5 p. 100. (Voir docteur PONCET. *Lyon méd.*, 22, XII, 1891.)

(2) Les *injections sous-conjonctivales* de sublimé ont une action plus lente, moins énergique que les injections intra-oculaires; mais, en revanche, elles sont plus inoffensives et d'une application plus facile. (Voir *Arch. d'ophthalmol.*, sept. 1891.)

notable et rapide s'est produite, il ne faut pas hésiter à avoir recours à nouveau au galvano-cautère et aux injections intra-oculaires de sublimé.

Un exemple entre beaucoup d'observations que nous ne pouvons toutes relater ici :

« Vingt-six jours après une plaie de la région ciliaire, on constate, dans la chambre antérieure, de l'*hypopion;* l'œil est mou, sensible au toucher, la plaie est cicatrisée, mais très vascularisée, et la partie cornéenne de la plaie a un aspect louche, grisâtre ; violente céphalalgie ; bref, un œil qu'autrefois on aurait dû énucléer ; mais il restait encore un peu de perception lumineuse. Une première intervention arrête le processus infectieux, mais au bout de trois jours une nouvelle galvano-cautérisation est nécessaire, puis deux autres encore à quelques jours d'intervalle. Enfin, en pratiquant tous les cinq jours une injection sous-conjonctivale de sublimé, on finit par être maître complètement de la situation et aujourd'hui cet homme lit assez bien de cet œil. Un an s'est déjà écoulé depuis la guérison qui s'est maintenue. » Nous avons l'intime conviction que, sans cette lutte acharnée, cet homme eût fatalement perdu son œil.

Plusieurs observations semblables nous permettent de conclure que, *grâce á une antisepsie bien comprise, à une lutte acharnée contre l'élément infectieux, on peut non seulement éviter l'énucléation, mais encore prévenir l'atrophie du globe oculaire et même souvent conserver ainsi des yeux bons pour la vision.*

V

Nous devons reconnaître qu'il est des cas où, soit par notre faute, soit par celle des malades eux-mêmes, soit à cause de la gravité même de la blessure ou de la virulence de l'agent infectieux, il a été impossible de prévenir l'atrophie du globe oculaire. C'est heureusement là l'exception et depuis plus de deux ans que nous suivons de nombreux blessés à la clinique de notre maître, M. Abadie, nous n'avons encore observé que trois ou quatre cas de ce genre. Mais nous avons la conviction que, quand l'observance d'une antisepsie rigoureuse sera devenue une règle absolue, beaucoup d'yeux seront conservés, si ce n'est bons pour la vision, du moins pour leur forme. Nous croyons même que l'atrophie du globe oculaire en pleine évolution peut être enrayée. Prochainement, nous publierons, du reste, un fait probant à l'appui de cette affirmation.

VI

Jusqu'ici, nous n'avons étudié l'*infection traumatique* que localisée à l'œil blessé, sans retentissement sympathique. Malheureusement, cette terrible complication est une conséquence fréquente des plaies de la région ciliaire et c'est le traitement de cette redoutable affection que nous allons étudier maintenant.

Ce n'est que depuis ces dernières années que l'on connaît la pathogénie de l'*ophthalmie sympathique.* (Nous ne considérons ici que la forme grave se manifestant par des lésions anatomiques évidentes, irido-cyclite, irido-choroïdite, etc., nous laissons entièrement de côté les cas d'*irritation sympathique* ne provoquant que de la douleur, de la photophobie, etc., sans qu'on puisse trouver de lésions anatomiques appréciables; ce sont là des phénomènes réflexes encore mal déterminés, mais qui doivent se rapporter à une maladie d'un ordre distinct.)

C'est grâce aux remarquables travaux de Leber et de Deutschmann que la pathogénie de l'*ophthalmie sympathique* s'est éclairée d'un jour tout nouveau. Tout d'abord, on admit que l'ophthalmie sympathique était transmise d'un œil à l'autre par voie réflexe, et trois hypothèses étaient en présence.

La première, celle de Himly, qui prétendait que les troubles sympathiques se propageaient de l'œil malade à l'œil sain par une inflammation qui suivait les aponévroses orbitaires, le périoste et les méninges. La seconde est due à Mackenzie : « Je crois, dit-il, que la principale voie par laquelle se transmet l'ophthalmie sympathique est l'union des nerfs optiques. » La troisième, celle de Tavignot, Follin, etc., admet la transmission de l'irritation d'un œil à l'autre par l'intermédiaire des nerfs ciliaires.

De ces trois hypothèses, la première, celle de Himly, doit être complètement abandonnée. La dernière était généralement admise lorsque Deutschmann est venu prouver que, si elle était quelquefois vraie, elle ne l'était que dans la minorité des cas.

Mackenzie, en disant que les nerfs optiques étaient la voie la plus commune par laquelle se propage l'ophthalmie sympathique, avait entrevu la vérité sans pouvoir l'affirmer.

Deutschmann est arrivé expérimentalement à produire l'ophthalmie sympathique par cette voie et a démontré ainsi que cette affection n'était pas simplement due à une irritation réflexe, mais bien à une infection par des éléments microbiens ou leurs toxines, se propageant de l'œil primitivement lésé à celui du côté opposé, en passant par les nerfs optiques et le chiasma. Il serait trop long d'énumérer ici toutes les expériences faites par cet auteur pour arriver à la démonstration du fait qui est aujourd'hui admis par la grande majorité des ophthalmologistes.

Ces beaux résultats, dus à l'expérimentation, ont été confirmés par la clinique et par l'examen microscopique des yeux énucléés. Dans presque tous les yeux énucléés dans le but d'enrayer une ophthalmie sympathique déjà déclarée, Deutschmann trouva des éléments microbiens qu'il put cultiver. Et dans tous les cas où il put recueillir du liquide de la chambre antérieure d'un œil atteint d'*irido-choroïdite sympathique*, il y constata la présence de micro-coques ou de diplocoques donnant des cultures semblables à celles du staphylococcus aureus.

On est donc autorisé à admettre, aujourd'hui, que l'*ophthalmie sympathique à forme grave n'est que la propagation d'un processus infectieux d'un œil à l'autre par l'intermédiaire des nerfs optiques et du chiasma;* c'est pourquoi Deutschmann et Leber lui ont donné le nom d'*ophthalmia migrata* pour bien la différencier de la simple irritation réflexe dont nous avons parlé plus haut.

Quels sont les micro-organismes aptes à provoquer une ophthalmie sympathique? Il est plus que probable qu'il y en a de plusieurs espèces. Est-ce le microbe lui-même qui émigre d'un œil à l'autre ou agit-il seulement par les toxines qu'il sécrète ? Ce sont là des questions encore à l'étude.

Ce qu'il nous importe de savoir, c'est que la propagation d'un processus infectieux se fait presque toujours par voie lymphatique. Or, jusqu'à preuve du contraire, nous croyons pouvoir admettre, avec M. de Wecker, que l'unique voie lymphatique rattachant directement un œil à l'autre est celle qui accompagne les nerfs optiques le long de leur parcours et le chiasma.

VII

Notre but n'est pas de nous perdre dans des discussions théoriques; nous voulons surtout nous attacher à étudier les moyens de prévenir l'ophthalmie sympathique quand elle n'est pas encore déclarée, et même si possible de la guérir quand elle se présente.

La prophylaxie de l'ophthalmie sympathique, nous venons, en somme, de l'étudier longuement en parlant de *l'ophthalmie traumatique* qui, nous le répétons, n'est autre chose qu'une *irido-cyclite* ou *irido-choroïdite infectieuse*. Pour empêcher que cette infection ne se propage à l'autre œil, il va sans dire que notre premier soin doit être de l'éteindre sur place, aussi promptement que possible. Nous avons vu plus haut, que le meilleur moyen d'atteindre ce but est de cautériser la plaie infectée au galvano-cautère, de pratiquer, aussi souvent que les indications cliniques le prescrivent, des injections intra-oculaires ou sous-conjonctivales de sublimé. Les frictions mercurielles et les émissions sanguines locales (sangsues à la tempe) sont de bons adjuvants.

Jusqu'ici l'*énucléation* avait été le seul moyen préventif réputé efficace contre l'ophthalmie sympathique. Certes, il est précieux et il ne peut être proscrit d'une manière absolue, mais nous avons la ferme conviction que cette prophylaxie par trop radicale deviendra, grâce aux progrès de l'antisepsie, une rare exception au lieu d'être, comme elle l'était, une règle presque absolue.

Un autre moyen a été vanté récemment, pour prévenir la propagation de l'infection d'un œil à l'autre. Nous voulons parler de la *résection* d'un morceau du *nerf optique* en arrière du globe oculaire. Si cette opération présentait quelque avantage, elle ne viendrait, pour nous, en considération que dans les cas où il ne reste plus aucun espoir de conserver la moindre vision à l'œil blessé. C'est certainement un perfectionnement de la névrotomie optico-ciliaire dont l'utilité n'est démontrable que dans les cas où l'on désire conserver l'œil en se débarrassant des phénomènes douloureux locaux ou réflexes. Quant à accorder, à cette opération, une action préventive réellement efficace contre l'ophthalmie sympathique, en interceptant la communication lymphatique d'un œil avec l'autre, c'est ce qui reste à démontrer par la pratique.

VIII

Nous avons vu, plus haut, que l'*infection traumatique* pouvait être enrayée et même guérie avec conservation de la vision de l'œil blessé, grâce à une antisepsie rigoureuse et à une lutte acharnée contre le processus infectieux et ses incessants retours offensifs.

Nous allons voir que le même traitement antiseptique sera applicable aux manifestations sympathiques elles-mêmes, et donnera des résultats absolument remarquables, et cela avec une telle rapidité qu'il est impossible de ne pas établir entre les deux phénomènes une relation de cause à effet.

Une femme de soixante ans, à la suite d'un traumatisme grave de la région ciliaire, est prise, après trois semaines, de phénomènes sympathiques des plus graves.

L'évolution en fut si rapide que, peu de jours après, la malade ne voyait plus à se conduire. Persuadé que l'infection avait sa source, son foyer pathogène dans la blessure de l'autre œil, M. Abadie n'hésita pas à cautériser énergiquement au galvano-cautère la plaie encore mal fermée de l'œil traumatisé; par-dessus il fit une suture conjonctivale pour fermer bien la plaie et la maintenir à l'abri du contact de l'air. Puis, avec la seringue de Pravaz, il injecta dans le corps vitré de l'œil blessé II gouttes d'une solution de sublimé à 1 p. 500. La réaction fut vive, les douleurs violentes, la cornée en devint opaline. Mais quinze jours après, non seulement la vision de l'œil atteint par sympathie était redevenue à peu près normale, et les symptômes d'irido-choroïdite avaient presque complètement disparu, mais l'œil blessé lui-même, qu'on avait été sur le point d'énucléer, avait bénéficié d'une telle amélioration que la malade comptait les doigts à 3 mètres, et aurait pu voir à se conduire de cet œil. Quatre mois après cette intervention énergique, la guérison des deux yeux était complète. De l'œil blessé, les caractères ordinaires des journaux sont lisibles avec des verres correcteurs, quant à la vision de l'autre elle est redevenue absolument normale. Il y a, aujourd'hui, dix-huit mois de cela et la guérison se maintient toujours.

Nous venons de présenter ici une observation clinique des plus probantes et qui vaut bien une expérience de laboratoire. En tous cas elle a été pour nous la preuve clinique de la *nature infectieuse migratrice de l'ophthalmie lymphatique*.

Presque en même temps que la malade ci-dessus, il nous avait été donné d'observer un autre cas d'ophthalmie sympathique en tout semblable à la précédente. Celle-ci avait été soignée par la méthode classique : énucléation de l'œil provocateur et frictions mercurielles à outrance. Le résultat fut désastreux, le cours des phénomènes sympathiques fut à peine ralenti et l'on ne parvint à rendre un peu de vision à ce malheureux qu'en pratiquant, dans l'œil atteint par sympathie, des injections intra-oculaires de sublimé.

Nous ne pouvons citer ici des observations plus nombreuses qui trouveront leur place dans un travail plus étendu. Pourtant qu'il nous soit permis de relater le fait suivant qui a son importance. Il s'agit d'une fillette de sept ans qui, à la suite d'un traumatisme, a eu une atrophie du globe oculaire, dont nous n'avons pu enrayer les progrès. Cet œil n'était donc absolument bon qu'à être énucléé. Une *irido-choroïdite sympathique* des plus violentes éclate soudain dans l'œil sain. Alors au lieu d'énucléer l'œil malade, nous lui injectons une goutte d'une solution de sublimé à 1/500 et nous cautérisons très profondément l'ancienne plaie au galvano-cautère. Deux ou trois injections semblables suffirent à amener une guérison complète et absolue dans l'espace d'un mois. $V = 2/3$. Quel résultat eût donné l'énucléation dans ce cas ? Eût-il été aussi bon ? Nous en doutons fort.

Devons-nous conclure qu'on ne perdra plus un œil par ophthalmie sympathique et que, grâce aux injections intra-oculaires, on n'aura plus d'atrophies des globes oculaires ? Ce serait trop beau. Nous ne pouvons, en clinique, espérer toujours des résultats aussi heureux. Nous avons vu déjà, à propos de l'infection traumatique, combien il est difficile de prévenir la phthisie du globe. Mais n'est-ce pas là déjà une acquisition bien importante pour la thérapeutique, de savoir qu'une ophthalmie sympathique peut être guérie aussi bien par les injections intra-oculaires de sublimé que par l'énucléation ? Ce moyen, radical en apparence, ne l'est absolument pas quand l'ophthalmie sympathique est déjà déclarée. On ne peut lui reconnaître qu'une action prophylactique. En effet, l'énucléation doit être faite avant que l'infection n'ait pu gagner le nerf optique, pour que l'on

puisse être sûr d'épargner à l'autre œil toute complication sympathique. Or, comment savoir si oui ou non le nerf optique a été envahi par l'élément infectieux ? Si c'est le cas, l'énucléation a peu de chances d'enrayer le processus, tous les cliniciens sont unanimes à le reconnaître et ce n'est qu'à force de frictions mercurielles qu'on arrive à sauver quelques malheureux cas.

IX

Pour nous résumer, nous dirons donc que, lorsqu'on se trouve en présence d'une plaie récente et non infectée de la région ciliaire, il suffit, dans la plupart des cas, pour prévenir toute complication, de faire un lavage antiseptique minutieux de l'œil et de la plaie elle-même ; d'exciser, s'il y a lieu, tout ce qui fait hernie hors de la plaie et de faire, par-dessus, une suture conjonctivale qui maintiendra la plaie fermée et la mettra à l'abri du contact de l'air.

Mais, si la plaie est suspecte, si l'on a le moindre soupçon qu'il puisse y avoir eu déjà infection, il ne faut pas craindre, en outre des manœuvres ci-dessus indiquées, de faire immédiatement une injection intra-oculaire d'une division de la seringue de Pravaz d'une solution de sublimé au millième.

Cette injection doit être faite en arrière de la région ciliaire, de façon à pénétrer à 1 centimètre de profondeur en plein corps vitré. En général, il faut éviter de pénétrer par la plaie, de crainte de toucher au cristallin, car, nous le répétons, la cataracte traumatique est une circonstance très aggravante, nous avons dit pourquoi.

Les injections sous-conjonctivales, répétées plus souvent, peuvent, dans les cas légers, donner aussi de bons résultats.

Enfin, si le malade se présente déjà avec des symptômes d'irido-cyclite traumatique (infectieuse), il faut, outre le lavage antiseptique et l'injection intra-oculaire de sublimé, cautériser la plaie profondément et dans toute son étendue avec un fin galvano-cautère. Cette cautérisation donne souvent issue à du pus, dont on ne soupçonnait même pas la présence.

Par ces moyens, on préviendra, le plus souvent, la perte de l'œil blessé et l'on aura bien des chances de prévenir aussi l'ophthalmie sympathique. Si cette dernière se produit, on la guérira d'autant plus rapidement qu'on aura pratiqué plus tôt et les cautérisations et les injections intra-oculaires, ou, en d'autres mots, qu'on aura lutté avec plus d'acharnement contre l'évolution du processus infectieux.

Quant à l'œil primitivement infecté, et que l'on avait, jusqu'ici, toujours énucléé, non seulement il peut être conservé pour sa forme, mais quelquefois même il peut guérir et conserver une bonne vision comme on a pu le voir plus haut.

Nous n'avons pas la prétention d'affirmer que l'on obtiendra toujours des résultats absolument favorables. Nous savons combien une erreur ou une faute sont faciles à commettre dans cette lutte si difficile de la thérapeutique contre les éléments infectieux ; on croit avoir enrayé les progrès du mal et, quelques jours après, l'infection renaît, pour ainsi dire, de ses cendres. Il ne faut donc jamais désarmer et tenir les malades très longtemps en observation pour intervenir chaque fois que les indications cliniques sont précises. C'est ce que nous avons été obligés de faire dans la plupart des cas que nous avons observés. A deux ou trois exceptions près, il a fallu presque toujours renouveler, à plusieurs reprises, et les cautérisations et les injections intra-oculaires. C'est ce qu'auraient dû faire certains confrères qui ont relaté des cas d'insuccès par le traitement recommandé par M. le docteur Abadie.

Plus la chirurgie fait de progrès, plus elle devient conservatrice, l'oculistique ne fait pas exception à cette règle.

Quant aux indications de l'énucléation, elles sont pour nous déjà trop fréquentes et assez précises.

Il y a lieu d'énucléer toutes les fois que la blessure est trop grave pour qu'il soit permis d'espérer conserver un organe utile soit pour la vision, soit seulement pour la forme, et aussi toutes les fois que l'œil renferme un corps étranger que l'on n'a pu extraire.

Nous n'envisageons ici l'énucléation que dans les cas de traumatismes oculaires récents, faisant abstraction des yeux perdus par irido-choroïdite chronique, glaucome absolu, tumeurs intra-oculaires, etc.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 octobre 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

Ablation partielle de l'ovaire. — **M. ROUTIER** lit un travail sur ce sujet. (Sera publié.)

M. POZZI fait observer que les cas dont vient de parler M. Routier étaient complexes, puisqu'il s'agissait de rétro-déviation utérine et d'accidents multiples. Il faut reconnaître, d'ailleurs, que les cas dans lesquels sont indiquées ces opérations partielles sont rares, puisque sur près de 150 observations, M. Pozzi n'a trouvé que deux fois l'occasion de pratiquer ces opérations. Il n'en est pas moins vrai que, quand il s'agit d'affections bénignes, d'inflammations chroniques localisées à une portion de l'ovaire, il est rationnel de n'enlever que cette portion, étant donné l'extrême importance qu'il y a à conserver la fécondité de la femme.

Chaque fois que cela sera possible, il sera donc indiqué de conserver les portions saines d'ovaire. Il y a, d'ailleurs, à l'étranger, un certain nombre d'observations probantes à cet égard. Il y a eu, incontestablement, des cas de guérison obtenue à la suite de l'ablation partielle des ovaires. On sait qu'il y a des cas dans lesquels il a suffi de faire disparaître des adhérences pour amener la cessation de douleurs intolérables. L'opération en question est un degré de plus, et quand il y a une dégénérescence scléro-kystique partielle, on peut et on doit se contenter d'enlever seulement les portions malades, quitte plus tard à compléter cette ablation si elle a été insuffisante. La fécondité des femmes vaut bien la peine qu'on fasse cette expérience légitime et sans danger.

Laparotomie exploratrice. — **M. BAZY**, à propos de la communication faite dans la dernière séance de juillet par M. Richelot, rapporte les deux observations suivantes :

Le 4 octobre de l'an dernier, il pratiqua, chez un homme, la cure radicale d'une hernie. Quelque temps après, cet homme entre à l'Hôtel-Dieu, présentant les signes d'une tumeur abdominale. M. Tillaux pensa qu'il s'agissait d'une épiploïte suppurée, d'origine inflammatoire. Cependant, M. Bazy se rappela, dans son opération, n'avoir pas touché à l'épiploon. Cet homme s'affaiblissant, il décida de lui pratiquer une laparotomie médiane exploratrice. Il tomba sur une tumeur dure, immobile, adhérente à la colonne vertébrale. Pensant avoir affaire à des ganglions cancéreux secondaires d'une affection intestinale, il referma le ventre et porta un pronostic très défavorable.

Cependant, dès le sixième jour, on constatait que cette tumeur avait notablement diminué. Les jours suivants, elle continua à diminuer. Il y a un an que cet homme a été opéré, il ne porte plus aucune trace de tumeur et jouit d'une parfaite santé.

L'autre observation a trait à une jeune femme de vingt-huit ans, qui arriva à l'hôpital, exsangue, par suite de métrorrhagies. M. Bazy pratiqua la castration ovarienne. Le quatrième jour, la température de cette malade monta à 40°4. Cette fièvre ne s'expliquait par aucune cause apparente; M. Bazy rouvrit le ventre, l'explora, n'y trouva rien, le referma; le soir même la température tombait à 38°5, et le lendemain à 37 degrés.

Voilà donc deux exemples qui prouvent les bienfaits qu'on peut obtenir d'une simple laparotomie exploratrice, en présence de symptômes graves du côté de l'abdomen.

Anévrysme du tronc brachio-céphalique.—M. LE DENTU communique l'observation d'un homme de trente-quatre ans, qui était atteint d'un énorme anévrysme du tronc brachio-céphalique, étendu secondairement à la carotide primitive, et chez lequel il pratiqua la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite, avec une survie de quarante jours. (Sera publiée.)

PRÉSENTATIONS

Fibromes utérins. — M. ROUTIER présente les deux moitiés d'un utérus et dix-huit fibromes qu'il a enlevés par la voie vaginale en suivant un procédé particulier de morcellement.

Lithotriteur. — M. HORTELOUP présente un lithotriteur, dans lequel il a fait remplacer le volant destiné à rapprocher les deux branches l'une de l'autre par des ailes, à l'aide desquelles l'opérateur a beaucoup plus de force pour agir.

La séance est levée.

— L'installation du nouveau service d'accouchement de la Charité a eu lieu hier 8 octobre. Les cours s'ouvriront le 15 octobre.

M. le docteur P. Budin, chef de service, fera sa visite tous les jours, à neuf heures; il consacrera les mardis, jeudis et samedis la lecture des observations et à l'interrogatoire des élèves. — Le jeudi, à dix heures et demie, leçons cliniques à l'amphithéâtre.

M. le docteur Bonnaire, accoucheur des hôpitaux, fera des leçons théoriques et les manœuvres opératoires, les lundis, mercredis et vendredis, à dix heures et demie, et le samedi à cinq heures du soir.

Des conférences seront faites par M. le docteur Legry, chef de laboratoire du service. — Chaque période d'enseignement complet durera deux mois et demi environ.

Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 119. — MARDI 13 OCTOBRE 1891. 64e ANNÉE. MARDI 13 OCTOBRE 1891. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Saint-Louis. Le traitement abortif de la blennorrhagie. — Contribution à l'étude de l'hypersécrétion chlorhydrique. — Anévrysme du tronc brachio-céphalique et de la carotide primitive traité par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite. — Résection des ovaires; salpingorrhaphie. — La toxine du staphylocoque pyogène. — Revue de la Presse. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 12 octobre 1891.

Nous recevons la lettre suivante :

A Monsieur le Rédacteur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

On a beaucoup épilogué depuis quelques jours dans la presse parisienne, et même départementale, sur le secret professionnel, à l'occasion d'un fait où le secret professionnel, en réalité, n'était nullement en jeu et où personne n'aurait songé à l'y voir sans la lettre fantaisiste adressée au journal *l'Éclair* par notre excellent confrère le docteur Wattelet.

Nous avons jugé convenable de nous abstenir de toute intervention personnelle dans ce débat de presse, afin de ne pas fournir un aliment de plus à la controverse engagée à faux sur ce point.

Je ne me crois pas tenu à la même réserve vis-à-vis de la presse médicale, et je vous adresse ces quelques lignes pour ramener l'incident à ses véritables proportions et le soumettre à l'appréciation de nos confrères qui penseront, comme moi, qu'il n'y avait pas là matière à tant de tapage.

Que s'est-il passé, en effet?

La famille de M. Marais, de la Comédie-Française, justement émue des bruits mis en circulation sur la fin rapide et prématurée de l'artiste bien connu du public, décédé dans notre établissement, nous a demandé de lui faire une déclaration spécifiant la cause du décès et rétablissant la vérité à la place de la légende qui tendait à s'y substituer.

Nous avons déféré au désir de la famille, en lui remettant une note écrite qui n'est autre qu'un bulletin relatant la cause du décès, et conforme à notre déclaration faite, d'autre part, à l'état civil.

La famille, dans la plénitude de son droit, a fait de notre bulletin l'usage qui lui a plu, en le communiquant aux journaux. Le docteur Morin, membre de la famille et son représentant, en signant cette note, *comme tel*, indiquait suffisamment qu'il agissait au nom des ayants-droit du défunt.

Journellement, nous adressons aux familles, concernant les malades confiés à nos soins, des bulletins de santé dont les parents peuvent user à leur guise; nous ne voyons pas qu'il y ait là, à aucun degré, de la part du médecin, violation du secret professionnel.

Certes, nous professons, à l'égard de ce fameux secret professionnel, un respect aussi sincère que qui que ce soit, et nous en reconnaissons pleinement les exigences au point de vue moral comme au point de vue légal, mais il nous semble que ce serait singulièrement en diminuer la portée que de l'invoquer à tort et à travers et le faire intervenir dans des questions où il n'a rien à faire, comme dans le cas particulier qui nous intéresse.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr P. Pottier,
Médecin-directeur de la Maison de santé de Picpus.

Paris, le 7 octobre 1891.

C'est avec plaisir que nous rendons publique la justification de notre confrère. Sans doute, dans le cas particulier de décès d'un malade dans une maison de santé, il est d'usage que la famille soit informée par un bulletin de la cause même de la mort. Sans nul doute, la famille peut, sous sa responsabilité, faire de ce bulletin l'usage qui lui convient; mais pourquoi notre confrère, entraîné par la défense de sa cause, parle-t-il de ce « fameux » secret professionnel ? Malgré les déclarations qu'il nous fait, dans les lignes qui suivent, l'épithète un peu ironique dont il s'est servi peut laisser croire que, dans son esprit, le respect pour le secret professionnel ne serait pas aussi profond et aussi absolu qu'il le professe. Il n'en est évidemment rien; mais, plus que tout autre, notre confrère, par la spécialisation qu'il a choisie, doit être convaincu de la nécessité du secret médical absolu. Pour nous, à propos des discussions qui ont eu lieu récemment, nous avons eu déjà l'occasion d'exprimer notre manière de voir : Nul ne peut s'affranchir du secret médical, pour quelque cause que ce soit, même dans l'intérêt de son client. Le jour où on laisserait à chacun le soin d'apprécier s'il est ou n'est pas tenu par le secret professionnel, suivant tel ou tel cas, c'en serait fait du secret professionnel, qui n'a de raison d'être que si, en toutes circonstances, il demeure intangible. Cette intransigeance dans l'appréciation de nos devoirs constitue une sauvegarde précieuse de l'intérêt des malades et de la dignité de la profession médicale.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Diday.

Le traitement abortif de la blennorrhagie.

En 1828, Gensoul commençait une leçon sur la blennorrhagie par cet exorde *ad hominem :* « Messieurs, je suis sûr de votre attention, car il est bien probable que le tiers

de mon auditoire est atteint de la maladie dont je veux vous parler : la chaudepisse. » Sans me permettre d'insinuation aussi directe, j'espère que, pour bien des raisons, vous écouterez avec quelque intérêt cette leçon sur le traitement abortif de la blennorrhagie uréthrale chez l'homme.

La possibilité de ce traitement abortif a été longtemps contestée. On a nié son efficacité. On a objecté les dangers des cautérisations sur un organe aussi délicat que l'urèthre. On a craint, dans les cas où le traitement réussirait, la production d'accidents généraux par répercussion de la maladie enrayée. Je crois, pour ma part : 1° que, au début, toute blennorrhagie est abortible; 2° que les moyens de la faire avorter sont inoffensifs, tant au point de vue local qu'au point de vue général.

Mais, tout d'abord, dans quelles conditions faut-il essayer ce traitement abortif? Ce ne peut être que tout à fait au début, et, à cette époque, il faut avouer que le diagnostic est parfois singulièrement hésitant. Les commémoratifs sont extrêmement trompeurs. A votre heureux âge, on est toujours au quatrième jour d'un coït suspect, et les renseignements que vous pouvez donner deviennent bien aléatoires. On peut admettre, en principe, qu'il faut intervenir dès qu'il y a inflammation nette du méat, mais qu'il est un peu tard pour intervenir quand cette inflammation a acquis une intensité telle que le méat est œdématié, qu'en deux heures se produit une goutte franchement purulente.

Les conditions individuelles auront d'ailleurs autant d'importance dans votre décision que le moment du début. Votre malade est parfois un célibataire hésitant, tergiversant, dans cet état de stupidité mentale particulier aux blennorrhagiques. Il est sûr de n'avoir contracté qu'un échauffement insignifiant. Sa maîtresse est parfaitement saine. Il hésite devant le traitement abortif. Pour votre part, n'hésitez pas, renvoyez à sa carafe d'orgeat et à ses six semaines « d'échauffement » ce dilettante de la blennorrhagie.

Dans des circonstances tout opposées, votre malade est un fiancé, un mari qui, après quelques semaines d'absence, doit faire au domicile conjugal sa rentrée sous tous les rapports. A ces deux cœurs embarrassés, vous ne pouvez refuser la chance d'une intervention même tardive et douteuse.

Faut-il, dans votre décision, faire intervenir l'examen microscopique, la présence, le nombre des gonocoques? Je ne crois pas beaucoup à la valeur pratique de cet examen. Ce serait chercher un peu trop la petite bête. *De minimis non curat doctor.*

Vous vous êtes décidés à agir; comment agirez-vous?

On peut réussir de deux façons différentes, soit en employant une solution forte laissée peu de temps, soit en employant une solution faible laissée longtemps dans l'urèthre. Comme exemple du premier mode de traitement, j'ai vu un jeune homme radicalement guéri après une injection de nitrate d'argent au dixième (!), qu'il s'était faite de sa propre inspiration et qu'il avait à peine gardée quelques secondes. Comme exemple du second mode, je vous citerai le fait singulier d'un étudiant en médecine à qui l'on avait conseillé des injections de sublimé au dix-millième gardées quatre à cinq minutes. L'étudiant lut sur l'ordonnance quarante-cinq minutes. Il ne fit qu'une seule injection et eut beaucoup de mal — ce que je crois sans peine — à la garder le temps indiqué. Il ne fut pas moins guéri.

L'injection que j'emploie d'ordinaire est l'injection de nitrate d'argent à 5 p. 100 (1 gramme pour 20), proportion déjà forte. Je la fais moi-même. Je proportionne la durée du séjour du liquide à la douleur accusée. Pour parodier un vers fameux,

Le nitrate interroge et la douleur répond.

Je ne m'arrête pas, chez les sujets nerveux, pusillanimes, aux premières grimaces, aux révoltes du début. L'injection doit séjourner quarante secondes au moins, une minute et demie au plus.

Il faut que l'injection pénètre suffisamment en longueur, en épaisseur, en infiltration. Cette triple pénétration est obtenue de la façon suivante, dont le but est de presser sur le liquide pour distendre l'urèthre. L'injection faite, on ferme le méat, non en le pinçant, ce qui soustrairait une partie de la fosse naviculaire à l'action médicamenteuse, mais en appliquant le doigt sur son orifice. Le liquide est ainsi renfermé entre le méat et le sphincter uréthral profond. On le refoule par quelques pressions faites d'arrière en avant sur la verge, pressions qui assurent sa pénétration en profondeur et en épaisseur, en même temps que son infiltration dans les lacunes. Puis on laisse écouler le liquide. On termine par ce que j'appellerai la toilette du méat. La verge étant tenue verticalement, on instille, entre les lèvres du méat, deux à trois gouttes de la solution.

L'injection sortie, la souffrance pendant quelques minutes est très vive, par suite de la contraction de l'urèthre. Au bout de deux heures apparaît un écoulement très abondant. Il faut que le malade en soit prévenu. Cet écoulement, dû à la brûlure de la muqueuse, n'est nullement un signe d'insuccès.

C'est le quatrième jour seulement qu'on peut savoir si le traitement abortif a réussi. Examinez votre malade. Parfois, la guérison est complète. Dans d'autres cas, il persiste une gouttelette purulente. Est-elle due à la persistance de la blennorrhagie? Est-elle due à l'inflammation caustique?

Pour le savoir, attendez douze heures et faites un nouvel examen. Si la goutte est d'origine blennorrhagique, il y aura déjà aggravation; si, au contraire, elle est d'origine simplement inflammatoire, il y aura amélioration, parfois même disparition totale.

Pendant ces quatre jours, les souffrances sont restées assez vives. Leur caractère peut offrir quelques signes pour le pronostic. Si elles sont constituées par une brûlure continue, vous pouvez espérer un résultat favorable; s'il y a, au contraire, des élancements intermittents, il faut craindre le retour offensif de l'infection.

Comme précautions, recommandez au malade d'éviter tout effort en urinant, recommandez-lui aussi d'éviter toute excitation génésique qui aggraverait beaucoup ses douleurs.

Parfois, l'injection abortive est suivie d'une rétention d'urine. Cette rétention ne sera qu'un simple incident si vous avez le soin de faire le cathétérisme au moyen d'une sonde molle à bout arrondi, un peu volumineuse, que vous ferez pénétrer sans secousse et par une pression soutenue. Vous arriverez ainsi à pénétrer dans la vessie sans aucun danger et avec le minimum de douleur.

Si, vers le cinquième jour, vous vous apercevez d'un insuccès, vous éprouverez deux tentations contre lesquelles il faut que je vous prémunisse. A ce moment, l'insuccès ne s'accuse encore que par un très léger suintement, l'in-

flammation paraît plus modérée qu'au moment où on fait la tentative abortive. Il semble naturel de tenter une seconde fois le succès. N'essayez jamais de le faire. Vos chances de réussir, en dépit des apparences favorables, sont alors à peu près nulles. L'infection qui a résisté à son début a eu le temps de s'étendre. En dehors de cette raison théorique, la pratique m'a montré l'inutilité de cette seconde tentative.

Vous pouvez être également tentés d'essayer alors l'abortion par les antiblennorrhagiques, le cubèbe, le copahu, le santal. Vos chances de succès sont encore bien médiocres. Le plus souvent, vous n'aurez qu'une amélioration temporaire suivie d'une recrudescence du mal. Et plus tard, à la période de déclin, vous aurez diminué beaucoup le pouvoir des médicaments sur lesquels vous pouviez alors compter. Il se sera produit une sorte d'accoutumance qui diminuera, dans de très grandes proportions, leur efficacité.

Ces insuccès, dans le traitement abortif, sont parfois bien difficiles à expliquer. On échoue parfois dans des interventions très précoces. Je me suis même parfois demandé si la médication caustique n'était pas venue trop tôt, à une période encore latente de l'infection, au moment d'une sorte de sommeil du gonocoque. En revanche, on réussit parfois dans des conditions en apparence défavorables.

Malgré ces insuccès, le traitement abortif de la blennorrhagie me semble justifié. Il s'agit, en effet, d'une maladie réelle, sérieuse. Les complications, chez certains sujets, sont sérieuses non seulement au point de vue local, mais au point de vue général. Elles peuvent laisser à sa suite des infirmités, la perte d'un œil, une ankylose. Elles peuvent même entraîner la mort par lésions de la vessie ou des reins.

Et puis, il faut bien l'avouer, — malgré les recherches si intéressantes de la microbiologie, — les progrès du traitement, une fois la blennorrhagie confirmée, sont encore bien minimes. L'affection s'éternise parfois d'une façon désespérante. En présence de blennorrhagies qui durent souvent trois mois et trois ans, on est plus qu'autorisé à tenter un traitement susceptible de les guérir en trois jours.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'HYPERSÉCRÉTION CHLORHYDRIQUE (1)

Par Albert Mathieu, médecin des hôpitaux.

IV

IV. *Hypersécrétion simple succédant probablement à l'hypersécrétion chlorhydrique avec ulcère rond de l'estomac.* — Dans l'observation précédente, nous avons vu une hypersécrétion, faiblement et tardivement chlorhydrique, se montrer chez un homme, dyspeptique depuis près de quarante ans, qui avait présenté sans doute, autrefois, une hypersécrétion chlorhydrique vraie, et peut-être un ulcère simple de l'estomac. C'est encore un fait du même ordre que nous voulons rapporter, mais ici les choses ont marché beaucoup plus vite, ce n'est plus en quarante ans qu'elles ont évolué, mais en quatre ans. Ici l'existence de l'ulcère simple de l'estomac est beaucoup plus probable encore que dans le cas précédent.

Le nommé Prof..., âgé de quarante et un ans, est un homme grand, fort, d'apparence robuste, au teint coloré. A noter seulement des vertiges et des étourdissements, sans cause connue, survenus vers l'âge de vingt-cinq ans.

Il y a quatre ans, après des pertes d'argent, il résolut de faire un travail supplémentaire pour rétablir ses affaires. Il s'engagea pour faire la moisson; c'était un travail beaucoup plus pénible que celui qu'il faisait habituellement. D'autre part, il subit des privations inaccoutumées. C'est de cette époque que datent les phénomènes de dyspepsie qui l'amènent à l'hôpital.

Il n'est nullement alcoolique. Des douleurs assez vives ont commencé, il y a quatre ans, à se montrer quelques heures après les repas; elles étaient calmées par l'ingestion de boissons ou d'aliments. Quelquefois des gorgées de liquide lui montaient à la gorge, elles lui donnaient dans la bouche une sensation accentuée de brûlure et d'acidité. Plus tard encore, il survint, après les repas, du ballonnement du ventre. Les douleurs devinrent de plus en plus vives. Deux ans après le début de la maladie, elles avaient pris une intensité très considérable et retentissaient violemment dans le dos. Des vomissements souvent très abondants (deux et trois litres) mettaient fin à la crise. Ces vomissements finirent par avoir lieu tous les jours, et même plusieurs fois par jour. A plusieurs reprises, il y eut rejet de matières noires analogues à du marc de café, jamais il n'y eut de vomissement de sang en nature.

La nuit était assez calme; le malade pouvait dormir tranquillement, après avoir vomi entre dix heures et minuit. Assez souvent il y avait, le matin, de la diarrhée, plusieurs selles liquides précédées par un besoin urgent, vers cinq ou six heures du matin. Plus rarement, des périodes de constipation et des selles glaireuses.

Le sommeil est souvent troublé par des cauchemars.

Souvent se montre, de la façon la plus accusée, aux deux mains, la sensation du doigt mort. Les extrémités sont habituellement froides. Les nodosités de Bouchard sont aux mains assez accentuées.

L'estomac est notablement dilaté. Sa sonorité commence au niveau du cinquième espace intercostal, elle est nettement amphorique, et le clapotage se perçoit au-dessous de la ligne ombilicale. Le diamètre vertical de l'estomac, sur la ligne mamelonnaire, mesure de 22 à 24 centimètres. Par la succussion, on obtient un bruit de flot très marqué.

Le régime lacté absolu, auquel ce malade a été soumis pendant vingt-quatre jours à l'hôpital Laënnec, n'a en rien modifié son état.

Le 1er septembre, on extrait le matin, à jeun, environ 500 centimètres cubes de liquide verdâtre, sans odeur, qui renferme des lentilles mangées quelques jours auparavant, et une substance analogue à de la purée de pois délayée.

On administre le repas d'épreuve habituel, et, au bout d'une heure, on constate que le contenu de l'estomac s'élève à 400 centimètres cubes. Il y a donc eu, le repas d'épreuve ayant été fait après lavage de l'estomac, une notable hypersécrétion gastrique. Dans ce liquide, il n'y a pas d'acide chlorhydrique; on y trouve 1,38 p. 1000 d'acide chlorhydrique combiné.

Le 17 septembre, avec le même repas d'épreuve, on trouve 0,08 p. 1000 d'acide chlorhydrique libre, 1,67 d'acide chlorhydrique combiné.

Le 24 septembre, toujours avec le même repas, mais au bout d'une demi-heure, on trouve 0,22 d'acide chlorhydrique libre et 1,57 d'acide chlorhydrique combiné.

Le 5 octobre, au bout d'une heure et demie, il y a 0,58

---

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1083.

p. 1000 d'acide chlorhydrique libre et 1,46 d'acide chlorhydrique combiné. Ces derniers chiffres peuvent être considérés comme normaux.

Le malade se trouve admirablement du traitement suivi : gavage à la poudre de viande une fois, puis deux fois par jour, 2 litres de lait et, plus tard, en plus, des œufs et un peu de pain. On a donné, au début, des alcalins à dose assez élevée, 10 à 20 grammes par jour, et, plus tard, une quantité équivalente de chlorure de sodium.

Cet homme est atteint d'hypersécrétion gastrique, la chose est évidente; non seulement il n'a pas eu d'hyperchlorhydrie depuis que nous l'avons en observation; il était, au contraire, nettement hypochlorhydrique. Seul le dernier examen, grâce peut-être à notre intervention thérapeutique, a donné des chiffres que l'on peut considérer comme normaux.

Quel droit avons-nous donc de donner place ici à son histoire ? C'est que très probablement cet homme, s'il n'est plus hypersécréteur hyperchlorhydrique, l'a été autrefois. Les symptômes qu'il accusait, il y a deux ans, correspondent au tableau clinique de l'hypersécrétion chlorhydrique continue. Il est même des plus vraisemblables qu'il a été atteint d'ulcère rond, c'est-à-dire, en somme, d'une gastrite avec ulcération peptique consécutive à son hypersécrétion.

A son entrée à l'hôpital, nous avons craint qu'il n'y eût une gastrite destructive progressive, incapable de rétrocéder, et que ce malade ne fût condamné d'une façon irrémédiable à la dilatation permanente de l'estomac avec hypochlorhydrie. Notre dernier examen nous a permis toutefois de constater la réapparition de l'acide chlorhydrique libre et de voir que la sécrétion chlorhydrique se faisait, avec un peu de retard il est vrai, à un taux à peu près normal. Il semble donc qu'il n'y avait pas eu gastrite destructive, mais épuisement passager de la fonction sécrétoire de la muqueuse. L'horizon pronostique s'éclaire ainsi de quelque espoir de guérison.

V. *Hypersécrétion chlorhydrique intense. Névropathie; chagrins; mauvais état de la denture.* — Nous voulions borner notre travail à la publication des précédentes observations; mais il nous est arrivé récemment un malade dont l'histoire est si instructive, à plusieurs points de vue, que nous ne pouvons nous dispenser de la rapporter sommairement. Sa place véritable eût été en tête de cette série de faits : c'est un cas des plus accentués d'hypersécrétion avec hyperchlorhydrie continue.

Le nommé G..., quarante-six ans, n'a pas eu d'autre maladie que le choléra en 1863. C'est un homme grand, vigoureux, mais très nerveux, d'un caractère emporté. Depuis 1871, il a eu, à plusieurs reprises, des chagrins de famille, et plus particulièrement encore il y a dix-huit mois. Il n'est pas et n'a jamais été buveur.

Depuis dix-huit mois, il a commencé à éprouver des douleurs à l'estomac. Ces douleurs surviennent trois ou quatre heures après le repas; elles ont quelquefois une intensité extrême. Elles se montrent également la nuit, vers deux heures du matin. Elles sont immédiatement calmées par l'ingestion même d'une petite quantité d'aliments ou de boisson. Jamais de vomissement.

La denture est en très mauvais état; la mastication s'opère d'une façon très défectueuse.

L'estomac est notablement dilaté.

Le 28 septembre, le matin à jeun, on extrait de l'estomac 300 à 400 centimètres cubes d'un liquide clair, filant, renfermant des débris de feuille d'oseille absorbée l'avant-veille.

L'acidité de ce liquide est de 4,20 p. 1000; il vire très fortement le vert brillant; il renferme 3,06 p. 1000 d'acide chlorhydrique libre et 0,53 p. 1000 d'acide chlorhydrique combiné (cette détermination, comme toutes les précédentes, a été faite par le remarquable procédé de MM. Hayem-Winter).

Le 29, repas d'épreuve habituel. On trouve alors 0,22 p. 1000 d'acide chlorhydrique libre et 3,37 p. 1000 d'acide chlorhydrique combiné.

On remarquera que la somme de l'acide chlorhydrique libre et de l'acide chlorhydrique combiné, dans le premier cas comme dans le second, donne exactement 3,59 p. 1000. L'acide chlorhydrique, sécrété à jeun, reste libre; quand il rencontre des aliments dans l'estomac, il se combine. Hyperchlorhydrique à jeun, le malade serait à l'état de digestion un hyperpeptique pour MM. Hayem et Winter. En réalité, c'est toujours un hypersécréteur chlorhydrique.

L'état sous lequel l'acide chlorhydrique se rencontre dans l'estomac importe peu ; ce qui importe, c'est la quantité sécrétée par la muqueuse. L'observation précédente est bien faite pour le démontrer.

Je demande la permission d'attirer particulièrement l'attention sur l'état de la denture chez cet homme : elle est extrêmement défectueuse. Presque toutes ses dents sont gâtées; la plupart se trouvent réduites à l'état d'un moignon cassé au niveau de la gencive. La mastication, dans ces conditions, doit être très imparfaite. C'est là une circonstance étiologique importante.

Dans un travail récent, M. Bouveret (de Lyon) a attribué la survenue d'une hypersécrétion chlorhydrique très marquée et très prolongée à ce mauvais état des dents de son malade.

Les hyperchlorhydriques sont souvent des gloutons; ils avalent de gros morceaux de pain ou de viande sans les avoir mâchés. A deux reprises, chez des malades de cet ordre, j'ai vu de grosses bouchées de viande se retrouver dans des selles diarrhéiques.

Nulle doute que la présence de fragments alimentaires volumineux puisse être, pour l'estomac, une cause d'irritation, et, chez les individus prédisposés, d'hypersécrétion.

Je laisse de côté, pour le moment, dans l'observation de ces deux derniers malades, les points de l'histoire de l'hypersécrétion chlorhydrique continue, sur lesquels j'ai déjà insisté auparavant. Je me bornerai à signaler la diarrhée du matin chez l'avant-dernier; la chose n'est pas rare dans ces conditions.

Dans un prochain article, je me servirai des faits rapportés ici pour dresser le tableau général de l'hypersécrétion continue avec hyperchlorhydrie; j'indiquerai ensuite le traitement que réclame cette affection si curieuse de l'estomac.

(1) Bouveret. *Rev. de méd.*, 1891.

ANÉVRYSME DU TRONC BRACHIO-CÉPHALIQUE

ET DE LA CAROTIDE PRIMITIVE TRAITÉ PAR LA LIGATURE SIMULTANÉE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE ET DE LA SOUS-CLAVIÈRE DROITE

Par M. le professeur LE DENTU.

Dans le courant de l'année 1889, MM. les docteurs Carreau et Lherminier (de la Pointre-à-Pitre) constatèrent chez un homme de trente-quatre ans les premiers signes de cet anévrysme, qui ne tarda pas à former une tumeur dont la saillie à l'extérieur de la cage thoracique s'est accrue de jour en jour. Deux mois s'étaient à peine écoulés depuis ce premier examen que, subitement, on vit apparaître une attaque de convulsions cloniques, puis toniques, dans toute la moitié gauche du corps; les lèvres se couvraient d'écume, et, pendant une heure, il y eut perte de connaissance; celle-ci recouvrée, le malade n'eut aucun souvenir de ce qui s'était passé.

Dans les semaines suivantes, plusieurs crises semblables se montrèrent et l'une d'elles fut suivie d'une paralysie complète de tout le côté gauche, qui ne céda graduellement qu'au traitement mixte anti-syphilitique. Malgré cette amélioration, les signes de l'anévrysme devinrent plus manifestes et son volume augmenta tout en donnant lieu, cependant, à très peu de troubles de compression, puisque, sauf de vives douleurs dans l'épaule et dans le bras droit, il n'y eut rien autre chose à noter.

Lorsque, au mois de mai dernier, cet homme s'est présenté à mon examen, voici quels étaient les symptômes de l'affection. Au niveau du cou et de la partie supérieure du thorax, se voyait une tumeur oblongue, oblique à droite de bas en haut et soulevée par des mouvements d'expansion rythmés comme les pulsations cardiaques. Peau sus-anévrysmale légèrement adhérente et œdémateuse; température locale augmentée, élévation de l'épaule droite avec incurvation du tronc à gauche, ce qui fit supposer l'existence d'une masse néoplasique intra-thoracique assez considérable.

A la palpation, la portion thoracique, qui avait détruit une portion du sternum et de la clavicule, était molle et dépressible au centre, plus résistante à la périphérie, tandis que la portion cervicale offrait partout une paroi mince. Cette dernière portion remontait jusqu'à la partie moyenne du cartilage thyroïde et empiétait sur le côté gauche du coude, en refoulant le larynx.

Outre une matité absolue au niveau de la tuméfaction, matité distincte de celles du cœur et de l'aorte ascendante, on constatait l'existence d'un souffle intense se prolongeant dans la partie carotidienne de l'anévrysme, dont les mensurations donnèrent les chiffres suivants : 12 centimètres en largeur, 16 à 17 en hauteur. Du côté du pouls radial et du pouls carotidien, il n'y avait rien de particulier à relever.

Le 8 juin, j'ai fait, suivant la méthode de Brasdor, la ligature simultanée de la sous-clavière, qui a été facilement découverte, et de la carotide primitive, qui a été liée à un demi-centimètre au-dessous de la bifurcation. Les suites immédiates ont été excellentes, la réunion a eu lieu par première intention et aucun trouble, soit du côté du cerveau, soit dans le membre supérieur, ne se produisit tout d'abord; seuls les battements du cœur augmentèrent de fréquence et oscillèrent entre 120 et 130. Mais, quelques jours plus tard, à cet éréthisme cardiaque vinrent s'ajouter de l'insomnie, de l'agitation et du délire, dont le sulfonal eut bien vite raison, et le quatorzième jour après l'opération le malade avait recouvré tout son calme; il ne persistait plus que quelques traces d'une légère phlébite apparue au voisinage du pli du coude. A cette époque, la portion extérieure de l'anévrysme semblait avoir subi une légère diminution; malheureusement cette heureuse modification ne s'accentua pas et, au contraire, dans les jours suivants, la tumeur augmenta de volume, devint superficielle et se recouvrit d'une phlyctène hémorrhagique, en même temps qu'apparaissaient des phénomènes de compression de l'œsophage, et bientôt des accidents asphyxiques qui emportèrent le malade, dont l'autopsie n'a pu être pratiquée.

Sans vouloir faire un historique complet de cette question, je rappellerai que, depuis les travaux de MM. Le Fort, Poinsot, Richard Barrnell, Walther, Wharton et R. Winslow, on peut considérer la thérapeutique de ces anévrysmes comme à peu près définitivement établie; l'opération de choix, généralement admise, semble être maintenant la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite.

En effet, une étude critique des observations publiées avant 1891, a permis à Walther de noter les résultats suivants :

Trois cas de ligature de la sous-clavière seule; 3 bons résultats immédiats sans guérison définitive.

Une ligature de l'axillaire seule; mort au bout d'un mois.

Vingt-cinq ligatures de la carotide primitive seule; 21 morts.

Huit ligatures successives de la carotide et de la sous-clavière; 5 morts et 3 guérisons.

Deux ligatures de la carotide et de l'axillaire; 2 morts.

Trente-cinq ligatures simultanées de la carotide et de la sous-clavière; 14 bons résultats.

Tel est le résumé de la statistique recueillie par Walther et donnant des conclusions qui ne s'écartent pas sensiblement de celles que R. Winslow vient de mentionner dans un récent mémoire.

RÉSECTION DES OVAIRES : SALPINGORRHAPHIE

Par M. ROUTIER, chirurgien des hôpitaux.

La question de la résection des ovaires se rattache à l'étude de la castration incomplète. Ce point de thérapeutique est loin d'être définitivement établi, et il y a une distinction à établir, suivant que l'on se trouve en présence de néoplasmes développés aux dépens de l'ovaire, ou de salpingo-ovarites, ou d'ovaires scléro-kystiques. Pour ces dernières variétés de lésions, la castration partielle est discutable, car il n'est pas absolument prouvé qu'elle assure une guérison définitive. En effet, parfois, d'après les examens anatomo-pathologiques, la dégénérescence kystique se produit de nouveau sur les moignons ovariens, d'où le retour des douleurs et des accidents.

Telle est bien l'opinion générale, si l'on se reporte aux communications faites au dernier Congrès de chirurgie, où l'on a pu voir la plupart des chirurgiens faire l'ablation totale des annexes. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de constater le bien fondé de cette pratique, soit que la trompe ou une portion d'ovaire ait été conservée. Chez une femme de trente-huit ans, en particulier, qui avait déjà en vain subi un curetage, j'ai dû faire la laparotomie. L'ovaire seul étant scléro-kystique et la trompe saine, je n'ai enlevé que le premier; mal m'en a pris, car les métrorrhagies ont reparu, et comme un nouveau curetage était resté infructueux, j'ai été amené, pour guérir ma malade, à faire une hystérectomie.

Plusieurs autres faits d'opérations incomplètes m'ont encore donné des insuccès et ont nécessité une intervention plus radicale. Je ne citerai que l'un de ces faits, qui a trait à une femme de trente-deux ans; cette malade, à la suite d'un accouchement, fut atteinte de différents accidents que l'on tenta inutilement de traiter par le curetage. La malade présentait de la rétroflexion et un ovaire volumineux kystique, que je détruisis partiellement en complétant le traitement par l'hystéropexie. Quelques mois s'étaient à peine écoulés que les douleurs reparaissaient et qu'il fallait en arriver à l'hystérectomie vaginale, ce qui a amené la guérison définitive.

En présence de ces résultats, je crois qu'il y a lieu de faire quelques réserves sur la résection ovarienne.

LA TOXINE DU STAPHYLOCOQUE PYOGÈNE

Par MM. A. RODET et J. COURMONT.

Voici les conclusions de cette communication, faite à l'Académie des sciences :

1° Certains microbes pathogènes peuvent fabriquer simultané-

ment, dans leur milieu de culture, des substances vaccinantes et des substances prédisposantes distinctes. Le staphylocoque pyogène est dans ce cas ;

2° La substance vaccinante, fabriquée par le staphylocoque pyogène, est précipitée par l'alcool, tandis que la substance prédisposante est soluble dans l'alcool ;

3° L'effet de la substance vaccinante est complètement masqué, dans les cultures filtrées, par celui des cultures prédisposantes. Un chauffage de vingt-quatre heures à + 55 degrés peut le faire apparaître ;

4° Il est donc indiqué de chercher à isoler un vaccin des produits solubles d'un microbe pathogène qui ne paraît pas en fabriquer normalement.

REVUE DE LA PRESSE

Usages internes de la résorcine. — Mencke, se fondant sur les propriétés antiseptiques que possède la résorcine employée à l'extérieur, l'a essayée à l'intérieur dans un certain nombre d'affections. Ses premières tentatives ont été faites dans le choléra infantile où il a donné de 20 à 40 centigrammes de résorcine dans 100 grammes de sirop et d'eau. Il ajoutait parfois à cette potion quelques gouttes de teinture de gentiane et, suivant l'âge, I à II gouttes de laudanum. Dans le choléra nostras, les gastrites, les dyspepsies, la rumination, Mencke a essayé également la résorcine avec des résultats satisfaisants. Les vomissements, en particulier, sont très améliorés et le médicament s'est montré utile, même dans les vomissements de la grossesse et dans ceux du mal de mer. La seule affection où le médicament soit mal toléré est l'ulcère de l'estomac. Enfin, la résorcine donnée chez l'adulte à dose de 50 centigrammes, au moment du coucher, aurait des propriétés hypnotiques utiles dans quelques cas. La plus grande importance doit être attachée à la pureté du médicament. (*Centralbl. f. Klin. Med.*)

Dangers du sulfonal. — Bien que le sulfonal paraisse, parmi les hypnotiques d'usage récent, un des plus efficaces et des plus inoffensifs, son usage trop prolongé paraît néanmoins susceptible d'entraîner un certain nombre d'accidents. Une série d'observations, dues, en particulier, à Eslauer de Vienne, montre bien la nature et la gravité possible de ces accidents. C'est surtout chez les aliénés qu'il est souvent difficile de préciser le début de l'intolérance. Sur 77 de ces malades, prenant, il est vrai, le sulfonal depuis longtemps et à fortes doses, 7 furent gravement atteints, 5 succombèrent. Les symptômes d'intoxication consistèrent surtout en constipation opiniâtre, urines noires, pouls ralenti, ou, dans quelques cas, accéléré mais très faible, taches peu colorées analogues à des taches de purpura sur les jambes, prostration extrême. Dans les cas où l'intoxication se termina d'une façon mortelle, la mort fut due à la défaillance du cœur et à l'œdème pulmonaire. (*Med. Record.*)

La quinine comme stimulant du cœur. — Hare insiste sur les avantages que peut présenter le sulfate de quinine comme tonique du cœur dans la fièvre typhoïde, la phthisie pulmonaire, la pneumonie franche, les bronchopneumonies, etc. Mais cette action ne s'exerce qu'en employant des doses assez élevées 1gr25 à 1gr50 dans les vingt-quatre heures. Les petites doses de 10 à 20 centigrammes amèneraient plutôt une accélération et un affaiblissement du pouls. Dans les affections fébriles, l'action cardiaque de la quinine est loin d'être parallèle à l'action antipyrétique. Le pouls peut se ralentir, sans que la température s'abaisse. D'ordinaire, l'action sur la température accompagne l'action sur le pouls, mais l'action antipyrétique est plus rapide et moins durable. Si l'action tonifiante du cœur n'apparaît guère qu'au bout de vingt-quatre heures, elle persiste, en revanche, pendant deux à trois jours. La quinine peut être également employée avec avantage contre les tachycardies non fébriles, en particulier contre la tachycardie qui accompagne la maladie de Basedow. (*The Lancet.*)

Le massage comme moyen de traitement des épanchements pleurétiques. — Le docteur Poliakow a essayé le massage de la moitié atteinte du thorax chez 10 malades atteints de pleurésies. L'épanchement était séreux chez 7 d'entre eux, scrofuleux chez les 3 autres. La pleurésie était primitive dans tous ces cas. Le massage était pratiqué chaque jour. Sa durée variait de dix à vingt minutes. On commençait par un affleurement très léger pour arriver à des frictions, des pressions de plus en plus fortes. Affleurement et pression étaient dirigés en allant de la périphérie du thorax vers l'aisselle prise comme point central, c'est-à-dire en suivant la direction des lymphatiques. Il est inutile d'employer aucun liniment pour graisser la main et faciliter le massage ; le massage peut parfaitement être fait à sec.

Ce traitement aurait amené une diminution rapide de l'épanchement qui disparut dans tous ces cas dans un délai de huit à vingt-six jours. Le massage du thorax exercerait une influence favorable en agissant tout d'abord comme agent de révulsion, en augmentant la circulation cutanée et produisant ainsi une dérivation utile. Il a, sur les autres moyens de révulsion, l'avantage de ne pas être douloureux et de pouvoir être répété quotidiennement. De plus, il calme très vite le point de côté, il augmente la tonicité des muscles thoraciques. Par suite, l'amplitude des mouvements respiratoires s'accroît et cet accroissement facilite, d'une part, l'expansion du poumon refoulé par le liquide, de l'autre, la résorption même de ce liquide. Elle constitue donc un agent important de la guérison. (*Semaine médicale.*)

Traitement de la syphilis infantile par les injections sous-cutanées de sels mercuriels, par Moncorvo et Ferreira.— La méthode hypodermique mériterait, d'après Moncorvo et Ferreira, d'être admise dans le traitement de la syphilis infantile. Parmi les diverses préparations mercurielles essayées chez 47 enfants qui reçurent 259 injections sous-cutanées, les meilleures parurent être celles d'huile grise pour les sels insolubles, celles de sublimé pour les sels solubles.

Le nombre total des injections d'huile grise a été de 94 ; la quantité injectée a varié de 2/5 à la totalité d'une seringue de Pravaz. Un des enfants traités n'avait que trente-huit jours. C'est à peine si une seule fois on constata une légère réaction au niveau de la piqûre. Ces injections ont été notablement mieux tolérées que les injections de calomel, d'oxyde jaune de mercure en suspension dans la vaseline.

Le sublimé a été employé chez neuf enfants de trois mois à quatorze ans ; les doses injectées ne dépassèrent pas celle de 1 à 2 milligrammes pour chaque injection, le sel mercuriel étant dissous dans l'eau distillée, sans addition d'aucune substance. Les injections, au nombre de 34, furent relativement assez peu douloureuses et toujours admirablement tolérées. Le sublimé sembla moins douloureux et plus efficace que le salicylate de mercure. Les injections furent d'ailleurs toujours précédées de soins antiseptiques minutieux, ce qui permit d'abréger les intervalles et de pratiquer, dans un certain nombre de cas, les injections à quatre jours seulement de distance.

Les résultats obtenus ont été généralement favorables et l'efficacité du procédé ne semble pas être inférieure à celle des autres méthodes d'administration. Les syphilides cutanées, papules, pustules, gommes, etc., sont plus promptement influencées par la cure hypodermique, l'action sur les adénopathies est plus lente. La tolérance, si remarquable au point de vue des accidents d'intoxication, soit locaux, soit généraux, dépend probablement de ce que les petits sujets supportent facilement les préparations mercurielles, quelle qu'en soit la voie d'introduction (absence de salivation, de stomatite, de phénomènes intestinaux, etc.). [*Rev. des mal. de l'enf.*]

Emploi des solutions de sublimé très chaudes. — L'emploi de solutions de sublimé très chaudes permettrait d'obtenir

une action antiseptique égale avec un titre beaucoup moindre et, par suite, des dangers d'intoxication moins grands. Le pouvoir antiseptique d'une solution au dix-millième, employée à la température de 43 degrés, serait égal au pouvoir antiseptique d'une solution au cinq-centième employée froide. (*Med. Record.*) — Mais, si théoriquement ces solutions sont plus efficaces, pratiquement elles sont parfois moins bien supportées par les malades.

Pilules de créosote (SCHAPER).

Créosote.	1 gramme.
Extrait de café ou de gentiane. .	1gr 50.
Réglisse pulvérisée	q. s. pour 20 pilules.

Pour masquer l'odeur de la créosote, on roule ces pilules dans de la poudre de café et on les y conserve. On peut aussi les dragéifier. (*Union médicale.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A dater du 1er novembre 1891, les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie de Bordeaux et de Toulouse et l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges délivreront les certificats d'aptitude correspondant aux diplômes nécessaires pour exercer les professions d'officier de santé, de pharmacien de deuxième classe, de sage-femme et d'herboriste de deuxième classe, dans les départements ci-après désignés :

Faculté de médecine de Bordeaux. — Gironde, Landes, Basses-Pyrénées, Lot-et-Garonne, Hautes-Pyrénées.

Faculté de médecine de Toulouse. — Haute-Garonne, Gers, Ariège, Tarn, Tarn-et-Garonne.

École de médecine de Limoges. — Haute-Vienne, Corrèze, Dordogne, Lot.

Les sessions d'examen sont présidées : dans l'école de Clermont, par les professeurs de la Faculté de Toulouse. — Dans les écoles de Limoges et de Poitiers, par les professeurs de la Faculté de Bordeaux.

— M. le docteur Deloix est élu député de la Dordogne.

— M. le docteur Villard vient d'être élu membre du Conseil général de la Creuse.

— La préfecture de la Seine vient d'adresser à quelques médecins parisiens un cahier de cartes postales au moyen desquelles ils pourront, franc de port et après le consentement des familles, demander la désinfection officielle des locaux contaminés par des individus atteints d'affections épidémiques. Une circulaire explicative, dont voici un extrait, accompagne ce carnet. « Si, comme il arrivera, sans doute, le plus souvent, la famille consent à recourir aux étuves municipales de désinfection, il suffira soit de s'adresser aux mairies d'arrondissements, soit de détacher du carnet ci-joint une des cartes qu'il contient, et de la mettre à la poste sans affranchir, après y avoir inscrit les indications nécessaires. Par les soins de mon administration de l'avis transmis par vous, une voiture parfaitement close sera envoyée au domicile pour prendre et transporter à l'étuve municipale de désinfection tous les objets, tels que linges, vêtements, rideaux, tapis, matelas, oreillers, édredons, couvertures, etc., etc., dont il y aurait lieu d'assurer l'assainissement. Ces objets, après avoir été désinfectés, sont reportés à domicile dans des voitures spéciales et par un personnel distinct.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charles Griffe, médecin aide-major de première classe au 4e spahis, ancien préparateur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy, décédé en cette ville, dans sa vingt-neuvième année ; Cheneaux (de la Martinique) ; Coste (de Langogne) ; Crouzat (de Grigny) ; Deluze (de Coutras) ; Ducor (d'Auch) ; Guérin (de Grandpré) ; Guillemin (de Sainte-Menehould) ; Lalesque (de la Teste) ; Polak, ancien médecin du Shah de Perse Nassr-Eddin ; Roques (de Juillac) ; Siméon (de Dorgues).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE : — PREMIER-PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. La paralysie spinales pasmodique. — Différenciation du bacille typhique et du « bacterium coli commune »; de la prétendue spontanéité de la fièvre typhoïde. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La tuberculine de Koch renaîtrait-elle de ses cendres? La chose est possible après la communication que M. Nocard vient de faire à l'Académie. Ce ne serait plus à titre de spécifique de la tuberculose humaine, — à ce point de vue elle a été définitivement jugée et condamnée, — mais sa puissance réactionnelle à l'égard des lésions tuberculeuses n'en persiste pas moins et pourrait être utilisée, avec avantages, pour le diagnostic de la tuberculose bovine, souvent si difficile. C'est, du moins, ce qui ressort des expériences très intéressantes de M. Nocard. Ces expériences ont consisté à injecter la lymphe de Koch à une soixantaine d'animaux de l'espèce bovine, qui tous ont été sacrifiés peu de temps après, de telle sorte que le diagnostic, révélé chez un certain nombre d'entre eux par la réaction de la tuberculine, a pu être vérifié par l'autopsie. Or, sur 57 sujets inoculés, 17 ont présenté la réaction caractéristique et ont été reconnus tuberculeux à l'autopsie. Sur ce nombre, il y en avait 8 chez lesquels rien ne pouvait faire soupçonner l'existence de lésions tuberculeuses. On voit d'ici tout le parti qu'on pourrait tirer de l'emploi de la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose des animaux et les services qu'elle pourrait rendre aux producteurs, aux éleveurs pour les vaches laitières. Aussi M. Nocard a-t-il terminé sa communication en émettant le vœu que l'Académie saisisse de cette question M. le ministre de l'Agriculture et du Commerce. Empressons-nous d'ajouter que le savant expérimentateur a obtenu avec de la tuberculine française provenant de l'Institut Pasteur les mêmes résultats qu'avec la tuberculine allemande. Le travail de M. Nocard, qui a été écouté avec une vive attention, sera l'objet d'une prochaine discussion.

En novembre 1889, deux médecins lyonnais, MM. Rodet et Gabriel Roux, ont mis en doute la spécificité du bacille d'Eberth-Gaffky comme agent pathogène de la fièvre typhoïde et ont cherché à démontrer l'identité de ce bacille et du « bacterium coli commune ». MM. Chantemesse et Widal, dans un important travail qu'ils viennent de soumettre à l'Académie, ont rendu au bacille typhique toute sa valeur pathogénique, et ils ont montré toutes les différences qui le séparent du bacterium coli.

Entre autres caractères différentiels, celui-ci, sur lequel ils ont particulièrement insisté, suffirait à lever tous les doutes : le bacterium coli commune fait toujours fermenter les sucres; le bacille typhique ne fait pas fermenter les sucres. Les développements dans lesquels sont entrés MM. Chantemesse et Widal semblent absolument concluants, et l'opinion soutenue par les médecins de Lyon, sur la prétendue spontanéité de la fièvre typhoïde, ne paraît plus soutenable.

Nous signalerons enfin, parmi les communications de cette séance bien remplie, un travail que M. Dujardin-Beaumetz a lu, au nom de M. Semmola, sur le traitement physiologique de quelques maladies cutanées, travail dont on trouvera les conclusions au compte rendu, et une note de M. Marjolin, sur l'application de la loi Roussel aux enfants du premier âge placés en nourrice hors de leur famille. Il ressort de cette note que si la loi Roussel n'a pas encore donné tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre, il faut s'en prendre au mauvais vouloir de quelques-uns et surtout aux changements trop fréquents dans le personnel administratif.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. MARIE.

La paralysie spinale spasmodique.

Entrevue dès 1828 par Delpech, étudiée par Little dans une série de mémoires qui parurent de 1846 à 1870, sous le titre de « Congenital partial rigidity of limbs », la paralysie spinale spasmodique a pris, grâce aux recherches plus récentes de M. Charcot, de Erb, de Rupprecht, de Feer, sa place dans les affections du système nerveux.

La paralysie spinale spasmodique est toujours congénitale. Elle est souvent due, soit à la naissance avant terme, au septième ou huitième mois, soit à un accouchement difficile. Les grossesses gémellaires, tant par l'entrave qu'elles apportent au développement des enfants que par la durée un peu plus longue du travail, constituent également une cause assez fréquemment notée. L'hérédité, bien que, dans quelques observations de Schulze, de Feer, la maladie ait porté sur plusieurs enfants de la même famille, est assez douteuse. Il en est de même du rôle de la syphilis et de la consanguinité.

Un point bien établi est la relation fréquente de la paralysie spinale spasmodique avec l'idiotie. C'est surtout dans les paralysies dues aux accouchements laborieux que cette relation est fréquente. Elle l'est moins dans les paralysies dues à des naissances avant terme. En prenant les observations en bloc, Feer, sur 179 cas publiés, a trouvé 78 fois l'idiotie. Ce chiffre des observations recueillies vous montre, une fois de plus, que cette affection n'est pas absolument rare.

Bien que le début soit toujours congénital, ainsi que l'avait entrevu Little, la maladie ne commence à être remarquée que chez les enfants de deux à trois ans. Tout au plus, avant cet âge, remarque-t-on, pendant qu'on habille ou baigne l'enfant, une certaine raideur des membres. La marche est tardive. La démarche est absolument caractéristique; la pointe du pied se soulève spasmodiquement, décrit un demi-cercle souvent maladroit, avec entrecroisement et choc des genoux, puis se précipite brusquement sur le sol. Le pied est raidi en équinisme, la hanche et le genou sont également raides; la partie inférieure du corps reste encore raide pendant la marche, les bras restent collés contre le tronc; il y a, à chaque mouvement brusque du pied, un balancement spasmodique. Quand la raideur des membres inférieurs et du bassin atteint son maximum, les malades sont souvent dans l'impossibilité complète de s'asseoir.

Les muscles des membres inférieurs sont de beaucoup les plus atteints et les plus fréquemment touchés. Cependant, les muscles des autres régions sont loin d'être toujours épargnés. Les muscles du ventre et du thorax sont rarement très rigides; la contracture des muscles du cou détermine assez souvent un torticolis spasmodique; les muscles de la face, du pharynx, du larynx sont quelquefois touchés, ce qui détermine des troubles plus ou moins marqués de la mimique faciale, de la déglutition, de la phonation. Le strabisme existe dans le tiers des cas; il est d'ordinaire convergent; souvent aussi les mouvements des yeux sont gênés, maladroits.

Aux membres supérieurs, la contracture frappant surtout les adducteurs du bras, les fléchisseurs et pronateurs des avant-bras et des mains, donne au malade une attitude spéciale, bras collé contre le corps, avant-bras fléchi, main fléchie et en pronation. On a comparé cette attitude à celle des ailes d'une volaille. Les membres supérieurs sont toujours beaucoup moins touchés que les inférieurs; souvent même, il n'y a pas de contracture manifeste, mais il est bien rare qu'il n'y ait pas tout au moins une grande maladresse, une certaine raideur des mouvements, surtout de ceux des doigts. Cette raideur, cette incertitude des mouvements des mains, rappelle parfois l'athétose. Le diagnostic est facile, ces mouvements contournés et raides ne survenant qu'au moment des mouvements volontaires.

Les muscles gardent d'ordinaire leur volume normal; la vigueur n'est pas diminuée ou elle n'est diminuée que proportionnellement à l'atrophie. Il n'y a donc pas de paralysie réelle, mais seulement une pseudo-paralysie.

Le spasme est dû à une simple contracture. Il disparaît, en effet, pendant le sommeil ou même pendant le repos. Le fait intéressant est que, tandis que ce spasme reste ainsi suspendu, le moindre bruit, le moindre choc, suffit à le réveiller instantanément. Les adducteurs et les fléchisseurs de la cuisse sont particulièrement sujets à ces sursauts spasmodiques éloignés. Dans le cas d'attitudes vicieuses très anciennes, la contracture peut amener des rétractions musculaires. Le sommeil chloroformique permettra de distinguer ces rétractions des simples contractures. De même, l'application de la bande d'Esmarch, qui supprime les contractures, ne modifie pas les rétractions.

L'exagération des réflexes tendineux est un des phénomènes les plus constants. On le trouve non seulement au genou, mais au membre supérieur, au poignet par exemple. Les rares observations où l'on aurait noté une abolition des réflexes — en particulier dans les paralysies spasmodiques chez les idiots — me semblent assez douteuses.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité ni de troubles trophiques. Assez souvent pourtant, on observe sur les extrémités des désordres vaso-moteurs, lividité, refroidissement, érythème même. Du côté de la vessie et du rectum, on a parfois signalé des troubles de la miction et de la défécation dus à un certain spasme des sphincters.

La réaction électrique est normale, sans réaction de dégénérescence. Toutefois, elle est souvent exagérée. La faradisation, en particulier, produit facilement des accidents tétaniques; il y a là un fait important qu'il convient de relever au point de vue thérapeutique.

L'intelligence peut rester tout à fait normale, alors que la paraplégie spasmodique est très accentuée. Il est plus rare qu'il n'y ait aucun trouble du caractère; ces malades sont tantôt violents et tantôt découragés; ils sont craintifs, hypochondriaques, impulsifs. L'idiotie, je vous l'ai dit, coexiste aussi, dans plus du tiers des cas, avec les paralysies spasmodiques.

Ces malades, qu'il y ait ou non des troubles intellectuels, offrent fréquemment des convulsions. Les convulsions sont tantôt uniques et isolées, tantôt répétées. Bien que Feer ait noté, au cours de ces attaques, la conservation fréquente de la connaissance et ne les croit pas de nature épileptique, il faut avouer que souvent elles rappellent les crises d'épilepsie.

La marche de la maladie est extrêmement lente. Elle est compatible avec une croissance normale, un bon état de santé générale. Un certain nombre de sujets, ainsi frappés, ont même pu se marier et avoir des enfants sains. Souvent, à mesure que les malades avancent en âge, il y a plutôt une amélioration, une détente des phénomènes spasmodiques. Les membres supérieurs, en particulier, recouvrent, à partir de l'âge de cinq à dix ans, la presque totalité de leurs fonctions. La rigidité des membres inférieurs disparaît parfois suffisamment pour que la danse devienne possible. La sévérité du pronostic se trouve, du fait de ces améliorations, assez notablement atténuée.

La pathologie et l'anatomie pathologique de la paralysie spasmodique ont donné lieu à bien des opinions, bien des affirmations diverses. Little attribuait l'affection à des hémorrhagies capillaires du cerveau et de la moelle produites par l'asphyxie de l'accouchement laborieux. Erb, Ross, Soltmann ont admis des vices de développement, des agénésies soit des centres psycho-moteurs, soit des faisceaux pyramidaux, soit des cordons médullaires. Feer, pour les cas de paralysies compliquées d'idiotie, attribue le rôle pathogénique aux malformations cérébrales. Pour les paralysies avec intégrité intellectuelle, il invoque, dans le cas d'accouchement laborieux, les extravasions sanguines; dans les cas d'accouchements prématurés, le développement incomplet, mais tout au plus compliqué d'une très légère

sclérose des régions motrices et du faisceau pyramidal. Il rejette absolument l'origine spinale de l'affection.

Le diagnostic n'offre pas de très grandes difficultés. La paralysie spinale atrophique de l'enfance a sa marche spéciale généralisée d'abord, puis plus localisée. Les paraplégies dues soit aux myélites transverses, soit au mal de Pott, respectent les membres supérieurs; il y a d'ailleurs paralysie réelle. La maladie de Thomsen est une affection familiale; elle porte sur les quatre membres, les muscles sont souvent hypertrophiés, leur raideur n'apparaît qu'à l'occasion des mouvements volontaires. Le tétanos des nouveau-nés débute par du trismus; il s'accompagne ordinairement d'opisthotonos et presque toujours de fièvre; c'est une maladie aiguë à évolution très rapide et tuant d'ordinaire en quelques jours. Il ne saurait donc y avoir la moindre hésitation.

Le diagnostic, ou plutôt les relations de la paralysie spasmodique et de l'hémiplégie infantile, doivent éveiller davantage l'attention. Ces relations sont telles que Feer a pu se demander si la paralysie ne serait pas une double hémiplégie par lésions bilatérales. Mais les lésions plus marquées aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, les atrophies, les mouvements d'hémi-athéthose et d'hémichorée constitueraient même, dans le cas d'hémiplégies doubles, des signes suffisants pour séparer de ces cas la paralysie spasmodique.

Le traitement doit consister surtout à combattre les déformations. Un massage régulier, employé avec persévérance et douceur, consistant surtout en mouvements passifs, est, à cet égard, fort utile. Exceptionnellement, certaines opérations chirurgicales, ténotomies et plus rarement opérations osseuses, peuvent se trouver indiquées. Les bains tièdes, suivis de frictions à l'eau froide sur la colonne vertébrale, l'électrisation de la moelle par des courants continus faibles et prolongés, semblent également recommandés. La faradisation doit être évitée en raison des contractions tétaniques qu'elle peut produire.

DIFFÉRENCIATION DU BACILLE TYPHIQUE

ET DU « BACTERIUM COLI COMMUNE »; DE LA PRÉTENDUE SPONTANÉITÉ DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par MM. Chantemesse et Widal.

Depuis les travaux d'Éberth et de Gaffky, on attribuait le rôle pathogène dans la fièvre typhoïde au bacille spécial que ces auteurs ont découvert. Depuis deux ans, cette spécificité du bacille d'Eberth-Gaffky a été mise en doute.

En novembre 1889 et en février 1890, deux médecins lyonnais, MM. Rodet et Gabriel Roux, ont soutenu la thèse de l'identité du bacille typhique et du « bacterium coli commune ».

Au Congrès de Londres, M. Arloing, au nom de MM. Rodet, Gabriel Roux et Vallet, faisait une communication, cherchant de nouveau à établir que le bacille d'Eberth-Gaffky ne serait qu'une variété du bacterium coli commune.

M. Malvoz (de Liège) soutenait également l'opinion de MM. Rodet et Gabriel Roux.

MM. Rodet et Gabriel Roux, sous le couvert de la bactériologie, ressuscitaient donc la vieille théorie de Murchison, remettaient en honneur les anciennes idées médicales sur la spontanéité de la dothiénentérie et renversaient la spécificité du bacille typhique.

Cette opinion soutenue par l'École de Lyon ayant de la tendance à s'accréditer, MM. Chantemesse et Widal font connaître quelques résultats de recherches qu'ils poursuivent avec la collaboration de M. Perdrix (de l'Institut Pasteur).

Ils répondent d'abord aux objections soulevées contre la spécificité du bacille typhique.

Les arguments invoqués par MM. Rodet, Gabriel Roux et Vallet reposent sur des interprétations de faits anciennement connus, sur une hypothèse, sur un fait expérimental.

On rencontre souvent, disent-ils, le bacillus coli dans des eaux soupçonnées d'avoir produit la fièvre typhoïde, ce microbe végète dans les matières fécales fermentées, tandis que le bacille d'Eberth ne pourrait s'y cultiver. Le bacillus coli se montre presque à l'état de pureté dans les selles des typhiques.

Tels sont les faits qui portent les expérimentateurs lyonnais à croire que le bacillus coli joue un rôle étiologique dans la fièvre typhoïde. On y trouve seulement la preuve que les eaux incriminées ont subi l'infiltration de matières fécales et que le bacillus coli s'y développe d'une façon prépondérante, fait connu dans la biologie de ce microbe. Rien d'étonnant d'autre part à voir le bacillus coli végéter dans les matières fécales fermentées, son habitat naturel. Quant à la survie du bacille typhique plongé dans les matières fécales, elle soulève une question controversée. Chez la plupart des fébricitants, il est fréquent de trouver le bacterium coli presque à l'état de pureté dans le contenu intestinal. Le fait n'a donc rien de spécial chez les typhiques.

L'hypothèse est la suivante : par simple passage à travers l'organisme humain, le bacillus coli transformerait ses caractères en ceux du bacille typhique. Cette hypothèse est contraire à toutes les observations. Dans les organes d'un typhique, le bacille d'Eberth-Gaffky se conserve avec tous ses caractères typiques, alors même qu'après la convalescence il reste perdu dans le pus d'un abcès circonscrit pendant quinze mois. Le bacillus coli, lorsqu'il devient pathogène pour l'homme, lorsqu'il détermine la péritonite, la suppuration, des accidents cholériformes ou des infections généralisées, se retrouve toujours dans les tissus avec les caractères à lui particuliers et jamais avec ceux du bacille d'Eberth.

Lorsqu'il infecte l'organisme humain, le bacterium coli occasionne des symptômes et des lésions totalement différents de ceux de la fièvre typhoïde.

MM. Rodet et Gabriel Roux disent que le bacterium coli chauffé à 80 degrés, pendant treize minutes, prend les caractères du bacille de la fièvre typhoïde, qu'il devient éberthiforme.

Or, le bacterium coli est tué après l'exposition de quelques secondes seulement à la température de 80 degrés.

On a encore objecté, en France, à la spécificité les recherches de Babès et celles de Kitasato. Or, M. Babès ne nie en aucune façon la spécificité du bacille typhique, il dit seulement, comme on peut le voir dans sa réponse récente à Gaffky, que le bacille typhique peut subir des variations dans les milieux de culture artificiels. Si M. Kitasato a insisté sur l'existence de bacilles ayant des points de ressemblance avec le bacille typhique, c'est pour bien différencier ces microbes pseudo-typhiques de celui d'Eberth-Gaffky. Il a donné un moyen de diagnostic basé sur la réaction de l'indol.

On a objecté à la constatation du bacille typhique dans l'eau potable, les affirmations de Koch au Congrès de Berlin.

MM. Chantemesse et Widal ont toujours proclamé que la recherche du bacille typhique dans l'eau était avec nos moyens d'investigation actuels entourée des plus grandes difficultés. On ne décèle pas le bacille d'Eberth-Gaffky dans l'eau, comme le bacille de la tuberculose dans un crachat.

Toutefois, ils rappellent qu'en cette année 1891, la constatation du bacille typhique a été faite dans l'eau par Miquel (de Montsouris), Uffelmann (de Rostock), Monti (de Pavie), Flügge (de Breslau), Fodor, (de Budapesth). Ce dernier a fait contrôler les germes qu'il avait isolés de l'eau par Lœffler.

Ainsi, en France comme en Allemagne, comme en Hongrie, comme en Italie, des bactériologistes éminents trouvent dans l'eau potable soupçonnée d'avoir produit la fièvre typhoïde, le bacille typhique et les constatations faites, en 1886, par MM. Chantemesse et Widal se trouvent confirmées.

Il faut reconnaître une méthode qui permet, d'une façon certaine et rapide, d'établir le diagnostic du bacterium coli et du bacille typhique. Elle se déduit de recherches faites sur la chimie biologique de ces microbes avec la collaboration de M. Perdrix.

Le bacterium coli commune, quelle que soit son origine, qu'il ait été pris dans une vieille culture de laboratoire, puisé dans l'intestin de l'homme sain, ou extrait des organes d'un homme ayant succombé à une infection colienne ; qu'il donne des cultures vigoureuses ou qu'il ait été affaibli par une série de chauffages à 59 degrés; qu'il vive au contact de l'air ou dans le vide, fait toujours fermenter les sucres.

Le bacille typhique, qu'il soit retiré de la rate au début de la dothiénentérie, qu'il soit puisé dans le pus d'un abcès persistant quinze mois après la fièvre typhoïde, ou qu'il provienne de cultures très anciennes donnant sur la pomme de terre une teinte jaunâtre, qu'il vive à l'état d'anaérobie, ne fait pas fermenter les sucres.

Le bacterium coli fait fermenter ainsi la lactose, la saccharose, la glucose, la maltose, l'isodulcite et même les alcools polyatomiques, la glycérine, l'érythrite, la mannite. Il ne donne pas de fermentation avec l'amidon, ni avec le glycogène. Il fait complètement disparaître la lactose d'une culture pourvu qu'on ajoute de temps en temps de l'eau de chaux, qui neutralise l'acidité formée et permet au microbe de continuer son œuvre.

A l'aide d'une culture dans le vide, on peut retirer les gaz formés. Ils se montrent constitués en proportions sensiblement égales par de l'hydrogène et de l'acide carbonique. Il reste dans la liqueur un acide dont nous avons fait l'analyse avec M. Perdrix. Cet acide paraît être de l'acide acétique, autant qu'on puisse le caractériser par une seule expérience faite par la méthode de distillation fractionnée de M. Duclaux.

Le bacille typhique vit dans les bouillons additionnés de lactose sans jamais les faire fermenter et sans attaquer l'hydrocarbone que l'on retrouve intact. Transporté dix fois de suite de milieu sucré en milieu sucré, il continue à se développer sans acquérir la propriété fermentative. Nous n'avons jamais pu, au contraire, faire perdre au bacterium coli commune son caractère de ferment, par des chauffages répétés dix jours de suite, pendant dix minutes à 59 degrés.

Si M. Malvoz a méconnu la fermentation du sucre sous l'influence du bacterium coli, c'est sans doute parce qu'il n'a pas pris la précaution d'ajouter à ses bouillons sucrés du carbonate de chaux, dont la présence est nécessaire pour apprécier nettement le phénomène.

Si le bacterium coli fait coaguler le lait, c'est parce que, faisant fermenter la lactose, il met un acide en liberté, et la preuve en est que, si on ajoute un alcalin, la coagulation ne se produit pas : elle n'est donc pas due à une diastase. Quant au bacille d'Eberth, il ne fait jamais coaguler le lait.

Au premier abord, donc, le bacterium coli peut paraître ressembler au bacille d'Eberth. A un examen approfondi, on ne trouve entre eux que des différences. Jusqu'à présent, ces différences suffisaient aux bactériologistes experts : désormais la preuve sera faite rapidement d'une façon certaine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 octobre 1891. — Présidence de M. Regnauld.

LECTURES

Traitement physiologique de quelques maladies cutanées. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ donne lecture, au nom de M. Semmola (de Naples), d'un travail dont voici les conclusions :

1° Il existe des formes d'eczéma et de psoriasis qui se montrent pendant la saison froide et disparaissent pendant la saison chaude ;

2° Elles sont déterminées par l'action irritante des produits éliminés par la peau, les échanges nutritifs généraux étant ralentis et la fonction sudorale supprimée, l'organisme est forcé de se débarrasser de ces produits d'oxydation incomplète par la surface cutanée, sous une autre forme plus concentrée et de nature chimique différente ;

3° Dans ces cas, sans le besoin d'invoquer des entités pathologiques imaginaires, comme faisaient les anciens et comme le font encore de nos jours plusieurs médecins, il suffit de s'adresser à une méthode physiologique pour guérir la maladie cutanée, c'est-à-dire qu'il faut rétablir l'équilibre entre l'activité des échanges organiques et les fonctions dépuratives de la peau sans jamais recourir aux médications astringentes qui sont tout à fait irrationnelles et en conséquence nuisibles.

Recherches sur l'application de la loi Roussel aux enfants du premier âge placés en nourrice hors de leur famille. — M. MARJOLIN lit un travail sur ce sujet, d'où il résulte que si la loi Roussel n'a pas encore donné tous les résultats que l'on était en droit d'en attendre, il ne faut s'en prendre qu'au mauvais vouloir de quelques-uns et surtout à des changements trop fréquents dans le personnel administratif. Cependant, il est un fait acquis, c'est que la mortalité a sensiblement baissé chez les enfants du premier âge, soumis à une surveillance régulière.

Pour augmenter les bons effets de la loi, il faut d'abord que les départements qui, jusqu'ici, se sont montrés indifférents, n'attendent pas, pour se rallier à la bonne cause, qu'une modification de la loi les contraigne à voter les subsides nécessaires à son exécution. Il faut que la loi soit une pour tous les départements, que l'on comprenne de quelle utilité sont les commissions locales, et qu'au lieu de repousser leur concours actif, on cherche à en tirer parti.

Différenciation du bacille typhique et du bacterium coli commune; de la prétendue spontanéité de la fièvre typhoïde. — M. CHANTEMESSE, en son nom et au nom de M. Widal, fait la communication suivante. (Voyez plus haut, p. 1115.)

Emploi de la tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose bovine. — M. NOCARD dit que le diagnostic de la tuberculose bovine est l'une des questions les plus difficiles de la clinique vétérinaire ; il est donc très important d'employer tous les moyens qui peuvent nous éclairer sur ce point. Cette difficulté du diagnostic est une des objections qu'on lui a faites lorsqu'il a réclamé l'inspection des laiteries industrielles. Cette objection est aujourd'hui sans valeur.

A l'heure actuelle, il existe un moyen efficace de déceler la tuberculose sous ses formes les plus torpides, même chez les bovidés tuberculeux, chez lesquels aucun symptôme n'indique la maladie. Ce moyen réside dans l'emploi de la tuberculine. L'action de la tuberculine a été étudiée sur les animaux presque aussitôt après la découverte de Koch, et bientôt on obtint des résultats que l'on peut résumer ainsi :

1° Chez les bovidés tuberculeux, l'injection d'une forte dose de tuberculine provoque une réaction très vive entre la dixième et la dix-huitième heure qui suivent l'injection ;

2° Chez les adultes sains, il n'y a aucune réaction ;

3° Chez les bovidés phthisiques au dernier degré, la réaction peut faire complètement défaut.

M. Nocard a soumis ces résultats au contrôle de l'expérimentation. Il a injecté la tuberculine à 57 bovidés, dont l'autopsie a été faite ultérieurement.

Sur ces 57 animaux, 19 ont éprouvé, entre la dixième et la vingtième heure, après une seule injection de 20 à 40 centigrammes de tuberculine, une élévation de la température centrale de 1°4 à 2°9 ; chez un seul, l'élévation n'a été que de 0°8.

Sur les 19 animaux qui ont réagi, 17 étaient tuberculeux, 2 ne l'étaient pas; mais de ces derniers, l'un avait le foie farci de granulations tuberculeuses et l'autre était atteint d'adénie sans tuberculose.

Parmi les 38 sujets qui n'ont manifesté aucune réaction thermique, 2 étaient tuberculeux; mais il n'était pas besoin de tuberculine pour le reconnaître; ils étaient phthisiques au dernier degré, et la lésion était généralisée à tous les organes. Chez l'un d'eux, dont l'utérus était farci de granulations tuberculeuses, l'injection de 30 centigrammes de tuberculine avait provoqué en dix-huit heures un abaissement de 3 dixièmes de degré.

Sur les 17 sujets que la tuberculine avait dénoncés et que l'autopsie a confirmés être tuberculeux, il en est 8 qui étaient en bon état et qu'il était impossible de supposer malades. Pour plusieurs, le fait était absolument inattendu; l'un de ses correspondants, excellent praticien, en était stupéfait. Depuis, lorsqu'on le consulte à propos de la tuberculose, il ne se prononce qu'après avoir eu recours à l'épreuve de la tuberculine.

Parmi les 37 sujets qui n'ont manifesté aucune réaction à la suite de l'injection de la tuberculine, se trouvaient 2 bœufs fin gras, 11 bœufs ou vaches de première qualité, 9 de deuxième qualité et 15 de troisième qualité.

Toutefois, ces 37 sujets n'étaient pas tous sains : 2 avaient de la pleuro-pneumonie aiguë, 2 de la péri-pneumonie chronique avec séquestres, 1 de la bronchite vermineuse, 3 des échinocoques du poumon, 1 de l'actinomycose de la mâchoire.

M. Nocard est absolument convaincu que, à l'heure actuelle, les vétérinaires doivent retirer de grands bénéfices de l'emploi de la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose, et il estime que le temps est venu de mettre sérieusement à l'étude la question de l'inspection sanitaire des établissements consacrés à la production du lait.

En attendant que ce vœu se réalise, ce qui demandera peut-être beaucoup de temps, il croit que l'intérêt bien entendu des producteurs de lait serait de soumettre à l'épreuve de la tuberculine les vaches laitières et d'éliminer sans hésitation celles qui réagiraient après l'injection.

De même les éleveurs peuvent l'appliquer dans leurs exploitations où l'élevage du gros bétail est compromis par la tuberculose. A son sens, un éleveur soucieux de ses intérêts et de l'avenir de son élevage, ne devrait plus admettre à la reproduction des vaches qui n'aient pas subi victorieusement l'épreuve de la tuberculine.

On lui objectera, sans doute, que même dans ses expériences, la réaction soi-disant caractéristique a fait défaut chez plusieurs sujets tuberculeux, qu'elle s'est, au contraire, manifesté chez plusieurs animaux indemnes de tuberculose et que, par conséquent, l'on ne saurait attacher une grande importance aux modifications thermiques provoquées par la tuberculine. Sans doute les indications données par la tuberculine ne sont pas infaillibles, faut-il pour cela renoncer à son emploi? Sommes-nous donc si riches en moyens de faire le diagnostic de la tuberculose bovine?

Certes, l'épreuve par la tuberculine n'a pas une valeur absolue et personne ne songe à la substituer aux autres moyens de diagnostic et notamment à la recherche du bacille et à l'inoculation. A tous ces procédés anciens, qui conservent toute leur valeur, il s'agit d'adjoindre un procédé nouveau d'une valeur incomparable puisqu'il agit précisément dans les cas où l'on ne peut même pas songer à recourir aux autres, c'est-à-dire dans les cas où il n'y a ni jetage, ni expectoration, ni suppuration ou autre produit pouvant être inoculé ou soumis à l'examen bactériologique.

Si l'on examine de près les cas où la tuberculine s'est trouvée en défaut, on voit que, d'une part, il s'agissait d'animaux phthisiques au sens propre du mot, chez lesquels le diagnostic clinique n'eût présenté aucune difficulté et que, d'autre part, les sujets non tuberculeux, chez lesquels la réaction s'est manifestée, avaient tous des lésions organiques, de sorte qu'il n'eût pas été bon de les utiliser comme reproducteurs.

Au cours de ses expériences, il a étudié comparativement la tuberculine allemande et des échantillons préparés par M. Roux. Parmi ces derniers, plusieurs étaient aussi actifs que la tuberculine de Koch; il ne sera donc plus nécessaire d'aller chercher ce produit à Berlin.

En résumé, et comme conclusion, M. Nocard demande à l'Académie d'émettre le vœu de voir l'administration de l'agriculture mettre à l'étude la question de l'inspection sanitaire des étables où l'on produit du lait destiné à l'alimentation publique.

(La discussion de ce vœu est renvoyée à une séance ultérieure.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des aliénés criminels (1), par M. le docteur Camille Attaman.

Conclusions. — 1° Bien que tout aliéné puisse devenir criminel à un moment donné, la fréquence des actes délictueux ou criminels varie, cependant, considérablement selon la forme d'aliénation mentale.

2° On peut ainsi ranger, par ordre de bénignité criminelle décroissante, les différents genres d'aliénation :

Paralysie générale — infirmités cérébrales (imbécillité, idiotie, démence) — états mélancoliques — états maniaques (folie circulaire, hystérie) — folie puerpérale — folies toxiques (alcoolisme, intoxication morphinique, etc.) — folies partielles (délire des persécutions, folie religieuse) — épilepsie — folie impulsive.

3° Il est extrêmement difficile de pouvoir affirmer si un aliéné criminel, rendu à la liberté après un certain temps, ne recommencera pas un nouvel attentat. La persistance des hallucinations peut seule servir dans un grand nombre de cas, à être fixé sur les appréhensions que doivent susciter ces malades. L'autorité judiciaire interviendrait pour statuer sur les cas de mise en liberté.

4° Quant à leur responsabilité, elle est évidemment nulle dans tous les cas où leur aliénation est nettement confirmée, et elle doit être établie dans le sens le plus large, dans les cas de rémissions ou d'intermittence, car on ne peut jamais préciser très exactement dans quelle mesure ces malades sont encore sous le joug de leur affection latente.

5° Il existe une classe d'individus, fous moraux, type intermédiaire hybride, à instincts éminemment vicieux et pervers, pour lesquels nuire est, pour ainsi dire, une véritable fonction. Ceux-ci forment une véritable population flottant entre l'asile d'aliénés et la prison. Puisque leur place n'est ni dans l'un, ni dans l'autre, elle est dans un établissement intermédiaire qui serait l'asile d'aliénés criminels, qui existe, d'ailleurs, dans un grand nombre de pays civilisés. On placerait également dans cet établissement les criminels devenus aliénés, les aliénés à rechutes, tels que les alcooliques, les épileptiques et tous les aliénés véritablement dangereux, c'est-à-dire ceux qui auraient prouvé *par un acte* que leur liberté met en péril l'ordre public et la sûreté des citoyens.

Ces diverses catégories forment un contraste frappant avec un très grand nombre d'aliénés, à mœurs douces et inoffensives, vieillards frappés de démence sénile, idiots, imbéciles, apoplectiques, gâteux, etc., tous, affaiblis de l'intelligence, mais n'offrant aucun danger.

Cette grande distinction entre deux catégories d'individus, les aliénés criminels et les pervertis, d'une part, et les inoffensifs de l'autre, ainsi que la différence de placement, aurait, entre autres avantages, celui de permettre d'exercer une surveillance plus étroite sur les malades de la première catégorie et d'accorder une liberté plus grande à ceux de la seconde. Le placement des premiers se ferait dans un établissement qui se rapprocherait davantage de la prison, celui des seconds dans des asiles qui ressembleraient plutôt aux hôpitaux.

Le public pénétrant plus facilement et presque comme dans un hôpital, dans ces dernières asiles qu'il considère actuellement comme des bastilles, se convaincrait davantage qu'il n'y a pas de séquestration arbitraire et laisserait de côté les injustes pré-

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ventions qui existent dans son esprit, contre les asiles en général, et les médecins aliénistes.

Les maladies de l'esprit (1), par M. le docteur P. Max-Simon, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés du Rhône.

Le nouveau volume que M. le docteur P. Max-Simon publie dans la *Bibliothèque scientifique contemporaine*, sous le titre de : « Les maladies de l'esprit », résume l'état actuel de la science sur cette question si troublante des altérations de l'être psychique frappé par la maladie.

Méthodiquement conçu, bien divisé, pourvu de faits, d'une lecture facile et agréable, il s'adresse non seulement aux médecins, mais aussi et surtout au public lettré, auquel il offre un tableau fidèle de ces déséquilibrés qu'on heurte si fréquemment dans la vie sans reconnaître leur véritable nature et qui sont, en réalité, des anormaux remplissant le vestibule et la porte d'entrée de la folie.

Il suffira, pour donner une idée de l'intérêt qui s'attache au livre de M. Max Simon, d'indiquer sommairement les titres des chapitres qui le composent. Le sens délirant, l'esprit délirant, le sentiment délirant, l'instinct délirant, l'acte délirant. Les causes de la folie : l'hérédité, l'alcoolisme, les maladies, les causes morales, les passions, les excès, etc. Le traitement de la folie.

A une époque où les maladies de l'esprit augmentent avec une progression aussi effrayante que constante, ce volume vient à son heure et son actualité menace de ne pas cesser de sitôt.

Les morphinomanes, — comment on devient morphinomane, les prédestinés, éphémère volupté et supplices durables, désordres physiques et troubles de l'intelligence, médecine légale, traitement (2), par M. le docteur H. Guimbail, ancien interne des asiles d'aliénés.

A aucune époque, les poisons n'ont joué, dans notre société, le rôle prépondérant qu'ils y tiennent à l'heure actuelle. Les exigences multiples de la civilisation mettent sans cesse l'homme en contact avec des substances nuisibles et délétères, dont l'action est plus ou moins funeste. A un surcroît de production industrielle, à une suractivité dans le travail quotidien, correspond une dépense de forces qui exige de nous un déploiement d'énergie au-dessus de nos ressources.

Alors plutôt que de faire faillite à nos devoirs, nous nous évertuons à trouver dans une série d'agents nouveaux, d'excitants artificiels, ce surcroît d'activité qui nous est imposé.

Malheureusement, l'abus devait suivre de près l'usage ; la surexcitation musculaire, l'acuité de l'intelligence, l'exaltation de la sensibilité, qui suivent l'absorption de ces excitants artificiels, ont déchaîné les appétits de jouissance secrètement dissimulés au fond de la plupart d'entre nous. La sensation de bien-être qu'ils procurent a été avidement recherchée : pour l'obtenir, il fallait exagérer les doses. C'est par ce mécanisme, simple et fatal, que sont nés de toutes pièces, les *empoisonnements passionnels*.

A côté de l'alcoolisme, qui règne en despote, les abus passionnels d'éther et de morphine pris comme excitants, rivalisent désormais avec les habitudes d'intempérance du thériaqui d'Orient et du fumeur d'opium de Chine.

Nous avons voulu aussi tremper nos lèvres à la coupe empoisonnée des ivresses, réaliser les jouissances aiguës, surhumaines, dont les récits des voyageurs et les descriptions littéraires ont nourri notre cerveau. La quintessence de l'opium, son principe subtil et actif, est devenu pour nous la clef qui ouvre les bonheurs paradisiaques. A dose minime, sous un volume restreint, dans des conditions d'extrême élégance, avec la rapidité de l'éclair, ces quelques centigrammes de poudre légère et blanche exaltent nos joies et endorment nos souffrances.

Son pouvoir est merveilleux ; ses suggestions semblent irrésistibles, mais ses attraits déguisent mal sa perfide influence. Infortunées victimes de la névrose du siècle, les morphinomanes ne sont plus les jouets isolés d'une passion rare et méconnue. L'habitude de la morphine est désormais l'expression vivante d'un mal dangereux, qui ronge et décime notre société déjà ébranlée par tant d'autres infirmités.

Nous ne devons pas le considérer comme un objet de curiosité, une dépravation de la mode ou un amusement irréfléchi ; il faut avoir le courage de l'envisager comme un véritable fléau social.

Maladie artificielle, créée de toutes pièces par l'évolution de la science mise au service de l'imagination, la morphinomanie envahit peu à peu les couches sociales. La duchesse et le comédien, le financier millionnaire et l'ouvrier besogneux se vouent à son culte.

A ceux-là, il est à souhaiter que ce livre, écrit avec sincérité et conviction, ouvre les yeux sur l'avenir qui les attend ; qu'il leur montre la déchéance physique et mentale inséparable des habitudes morphiniques, et qu'il leur fournisse les moyens de se soustraire à cette dégradante passion.

A ceux que la morphine n'a point encore touchés, mais que la tentation d'y goûter aiguillonne et poursuit comme une obsession, à ceux-là, puisse cet ouvrage servir de salutaire avertissement et jouer le rôle de ces étiquettes rouges qu'on colle sur les flacons contenant des poisons et qui préservent contre les imprudences funestes les hôtes de la maison.

Hygiène de la grossesse, conseils aux femmes enceintes (1), par M. le docteur Adolphe Olivier, ancien interne de la Maternité de Paris, chef de service des maladies des femmes et accouchements à la Policlinique de Paris.

La grossesse imprime à l'organisme de la femme des modifications profondes. Parmi ces changements, aujourd'hui bien connus, les uns sont purement physiologiques, tandis que d'autres font partie du domaine de la pathologie. De là, la division adoptée par M. Olivier dans son ouvrage. Dans une première partie, il traite de l'hygiène de la grossesse exempte de toute complication. (Hygiène de l'habitation, régime alimentaire, exercices et voyages, relations conjugales, vêtements, bains, hydrothérapie et injections, soins à donner aux seins.)

Dans la deuxième, il passe en revue les différents phénomènes pathologiques qui peuvent se produire, et en indique le traitement. (Troubles des appareils digestif, respiratoire, circulatoire, urinaire, inflammation des organes génitaux, troubles nerveux, maladies de la peau, hypertrophie mammaire et abcès du sein, douleurs abdominales, utérines et articulaires, hémorrhagies, fausse couche.)

Cours d'hygiène générale et pédagogique (2), par le docteur Hyac-Kriborn.

Il s'agit d'un cours professé à l'école normale supérieure des humanités et à l'école normale moyenne des régentes ; il est précédé et accompagné de notions élémentaires de chimie biologique et d'anatomo-physiologie. Ce livre ne s'adresse pas directement aux médecins, qui pourraient y puiser cependant bien des notions utiles. Il sera précieux à ceux d'entre eux qui ont à faire des cours dans des instituts philotechniques, à l'association des Dames de France, ou dans des institutions analogues. Le public extra-médical, si avide des choses de la biologie, de la médecine et de l'hygiène pourra y puiser largement ; ce livre est

(1) Un vol. in-16 de 320 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Un vol. in-16 de 312 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) Un vol. in-16 de 340 pages, avec 30 figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8°. Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière ; Bruxelles, A. Manceaux.

très supérieur à ceux qui s'adressent ordinairement à cet ordre de lecteurs. Il est divisé en quatre parties : notions éliminaires de chimie biologique; les organes et leurs fonctions; hygiène générale somatique; hygiène psycho-morale et pédagogique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers arrêtés ministériels, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Léon Harman, professeur à l'École de médecine de Reims, et Bourdon, docteur médecin à Nice.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Charier, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Marseille; Delannégrie et Le Febvre (de Morlaix); Faraut (de Nice); Ménard (de Vitry-le-François); Maurin, pharmacien à Marseille.

— La composition écrite du concours de l'internat des médecins des hôpitaux de Paris, aura lieu le lundi 19 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel-de-Ville, entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli.

La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria.

— Le jury du concours pour l'hôpital de Berck-sur-Mer se compose de MM. Lannelongue, Kirmisson, Peyrot, Nicaise, Desnos et Ollivier.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Le concours de l'internat en pharmacie s'ouvrira le 10 décembre 1891, à trois heures.

Le registre d'inscription, ouvert à la Direction, enclave de l'hospice général, sera clos le 25 novembre prochain.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1891-92, ouvert le jeudi 15 octobre, sera clos le samedi 21 novembre, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de première, deuxième et troisième années de doctorat, — de première et deuxième années d'officiat, les jeudi 15, vendredi 16, samedi 17, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23, samedi 24, mercredi 28, jeudi 29, vendredi 30, samedi 31 octobre et les mercredi 4, jeudi 5, vendredi 6, samedi 7, mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13 et samedi 14 novembre.

2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, — de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20 et samedi 21 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de quatrième année de doctorat et de troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 17 novembre 1891.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre 1890-91. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

— *Hôpitaux de Paris.* — Les travaux anatomiques à l'amphithéâtre d'anatomie se sont ouverts avant-hier lundi 12 octobre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

5

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

79

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

Dose : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

64

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

Dose : Un verre à Madère après les repas, Mariani, ph[ien], 41, Boul. Haussmann, et t[tes] ph[ies].

93

PERLES DE GAÏACOL
DU Dr CLERTAN

Il peut être avantageux, dans certains cas, de remplacer la créosote par le *Gaïacol*, qui la constitue dans la proportion de 60 à 90 p. 100. On a ainsi un agent défini et, de plus, doué d'une odeur aromatique agréable. Les résultats obtenus sont les mêmes que ceux que donne la créosote. Le *Gaïacol* convient particulièrement aux phthisies lentes qui exigent un traitement de longue durée.

Chaque perle de gaïacol du Dr Clertan contient cinq centigr. de gaïacol, en solution dans l'huile de faîne.

Dose : 3 à 4 par jour. *Prix* : **2** fr. **50** *le flacon.*

Maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris.

42

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE
de BONJEAN

L'ERGOTINE BONJEAN, soit en solution pour injections hypodermiques, soit en potion, est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs **hémostatiques.**

Les DRAGEES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour **faciliter travail de l'accouchement,** arrêter les **hémorrhagies** de toute nature (**crachements, pertes de sang,** etc.), contre les **dysenteries** et **diarrhées chroniques,** et enfin pour combattre la **phthisie pulmonaire** et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX
J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

39

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

72

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, ph[ien], ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, rue Victor-Hugo, 14, LYON.

38

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1o La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2o le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3o le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4o le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

99

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans **l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.**

N. B. — **Exiger toujours la signature ci-contre.** Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30o.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

29

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

190

EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR

Récompenses obtenues par R. Voiry, pharmacien de 1re classe, pour ses travaux sur **l'Eucalyptol:**

Médaille d'OR, Société de pharmacie de Paris
Prix LAROZE, École supér. de pharm. de Paris.

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

Adopté ds les HÔPITAUX DE LA MARINE ET DE L'ÉTAT

Médicament présentant à MM. les Médecins toute garantie de pureté. — Prescrit toujours avec succès dans le traitement des **affections des voies respiratoires,** *Catarrhes pulmonaires, Bronchites chroniques, Tuberculoses, etc.*

5, boulev. de Courcelles Paris, et t[tes] ph[ies].

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100gr.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

N° 121. — SAMEDI 17 OCTOBRE 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 17 OCTOBRE 1891. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. L'acidité du suc gastrique; ses divers facteurs, par MM. Albert MATHIEU et RÉMOND (de Metz). — — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

REVUE GÉNÉRALE

L'acidité du suc gastrique; ses divers facteurs.

Par MM. Albert MATHIEU et RÉMOND (de Metz).

Par des Revues successives, l'un de nous a tenu les lecteurs de ce journal au courant des nombreux travaux qui ont eu pour but, depuis plusieurs années d'ici, l'étude de la digestion gastrique à l'état normal et pathologique. La dernière de ces Revues (1) était consacrée à la très ingénieuse méthode d'analyse employée par MM. Hayem et Winter. Elle a exposé, sans les discuter, les résultats obtenus par les auteurs et leur théorie de la dyspepsie chimique de l'estomac.

Bien que l'apparition de cette méthode d'analyse n'ait pas amené la révolution radicale qu'annonçaient ses auteurs, elle marque réellement une date nouvelle dans l'étude du suc gastrique. Nous pensons donc qu'on nous saura quelque gré de montrer où en est aujourd'hui une question dont nous nous sommes personnellement beaucoup occupés, dont nous nous occupons encore régulièrement avec le plus vif intérêt.

Nous avons pensé qu'une étude générale sur l'acidité du suc gastrique et ses divers facteurs serait de nature à bien faire voir l'état actuel de la science. La connaissance des facteurs de l'acidité stomacale est en quelque sorte la clef de l'étude de la dyspepsie gastrique; c'est par l'étude de l'acidité que l'on a commencé, c'est à elle qu'il faut encore revenir.

I

L'acidité du suc gastrique a été attribuée à des acides différents : pour les uns, elle était due à un acide organique. L'acide minéral invoqué a été, le plus souvent, depuis Prout, l'acide chlorhydrique; pour Blondot, cependant, c'était le phosphate acide de chaux.

Parmi les acides organiques, l'acide acétique (Lassaigne) l'acide lactique et l'acide hippurique lui-même (!) ont trouvé des défenseurs.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1890, p. 1053.

La lutte, toutefois, s'étant circonscrite entre l'acide lactique et l'acide chlorhydrique, c'est ce dernier qui a définitivement triomphé. Son rôle prédominant dans la digestion gastrique est basé sur des arguments tels, qu'il est impossible d'en mettre en doute l'importance prépondérante.

Cependant, dans un travail récent, Ewald et Boas (1) ont émis une opinion éclectique : l'acide lactique se trouverait dans le suc gastrique, dans la première phase de la digestion stomacale ; dans la seconde phase, il céderait la place à l'acide chlorhydrique qui finirait par exister isolément.

En réalité, l'acidité du suc gastrique est due à la présence simultanée de substances acides de divers ordres : c'est le rôle de ces divers facteurs que nous voulons étudier ici.

C'est faire en réalité l'étude de la physiologie de la digestion stomacale parce que les variations quantitatives et qualitatives de cette acidité mesurent en quelque sorte l'activité de la sécrétion stomacale et l'importance des fermentations secondaires. Cette étude est la base même de nos connaissances sur le fonctionnement chimique de l'estomac; c'est sur elle que repose la conception actuelle de la dyspepsie chimique.

Les facteurs dont le total constitue l'acidité du suc gastrique sont les suivants :

1° L'acide chlorhydrique libre;
2° L'acide chlorhydrique en combinaison organique;
3° Les acides organiques libres;
4° Les acides organiques combinés;
5° Les substances acides de nature ou d'origine albuminoïde.

Il s'agit ici, il est bon de le faire remarquer, de l'acidité mesurée par une solution titrée de soude ou de potasse, en présence de la phtaléine du phénol. La phtaléine, on le sait, donne une belle et vive coloration rouge en présence d'un léger excès de base alcaline. Il en résulte que cette teinte ne se produit que lorsque les acides ont été saturés par une base, et que cette base commence à être en excès. Cela ne signifie pas que ces acides sont libres; le virage se produit encore lorsque les acides sont combinés à des substances d'une alcalinité faible, à des alcaloïdes ou à des

(1) EWALD. *Klinik der Verdannungs Krankheiten*, Berlin 1889. — EWAED et BOAS. *Virchow's Arch.*, 1885.

amides qui, mises en liberté, ne font pas virer la phtaléine. Ces bases organiques faibles peuvent faire virer d'autres substances indicatrices, le tournesol, par exemple. Aussi l'acidité mesurée par le tournesol est-elle moins forte que l'acidité mesurée par la phtaléine. Nous avons essayé de tirer de cette particularité un moyen de dosage des substances albuminoïdes dissoutes : nous n'y avons pas réussi.

L'acidité du suc gastrique, nulle ou très faible à l'état de jeûne, s'accroît d'une façon régulière pendant la digestion, pour diminuer et disparaître lorsque cette digestion est terminée.

En voici un exemple : il s'agit d'un jeune homme de seize ans, bien portant, dont nous avons extrait le suc gastrique, trente, soixante et quatre-vingt-dix minutes après l'ingestion de 250 grammes de thé léger et 60 grammes de pain rassis (1).

Après trente minutes, l'acidité est de 0,98 p. 1 000, après une heure de 1,46, après une heure et demie de 1,04 (2). Ces chiffres sont, dans leur évolution, parallèles à ceux qu'ont donnés MM. Hayem et Winter, relativement à l'acide chlorhydrique, chiffres que nous citerons plus loin.

C'est ce chiffre total que nous nous proposons d'analyser, dont nous nous proposons d'apprécier les divers éléments constitutifs.

II

Acide chlorhydrique libre. — La présence de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique a été démontrée, d'une façon indirecte, par Bidder et Schmidt (3). Ces auteurs ont dosé, d'une part, le chlore total du suc gastrique du chien, et de l'autre les bases. Ils ont vu qu'il y avait une quantité de chlore notablement supérieure à celle qui eût été nécessaire pour convertir les bases en chlorures : il devrait donc y avoir dans le suc gastrique de l'acide chlorhydrique libre.

Plus tard, M. Ch. Richet (4) a démontré également, par un procédé indirect, que l'estomac renfermait un acide minéral qui ne pouvait être que l'acide chlorhydrique. Il a démontré, en effet, que le coefficient de partage de l'acide gastrique entre l'eau et l'éther était beaucoup plus élevé que celui qui appartient aux acides organiques.

Un argument d'un autre ordre a été donné par l'emploi des réactifs colorants dans l'étude du suc gastrique. Les couleurs d'aniline employées d'abord par Maly, van den Velden, Riegel, et par un nombre très grand d'expérimentateurs, a montré qu'il devait s'agir d'un acide minéral et, par conséquent, de l'acide chlorhydrique. Même résultat avec le réactif de Gunzburg, qui est constitué par une solution alcoolique de phloroglucine et de vanilline.

Enfin, MM. Hayem et Winter, en donnant leur procédé de dosage, ont fourni également une preuve irréfutable de la présence dans le suc gastrique, à l'état normal, d'une certaine quantité d'acide chlorhydrique libre. Ils ont, de plus, démontré que, soit à l'état normal, soit dans les cas d'hypochlorhydrie, lorsque les réactions qualitatives de l'acide chlorhydrique libre font défaut, on constate toujours l'existence d'une quantité plus ou moins élevée d'acide chlorhydrique en combinaison organique, en combinaison, sans doute, avec des produits azotés résultant de la transformation des substances albuminoïdes.

Leur méthode consiste à doser le chlore total dans une certaine quantité de suc gastrique ; dans une égale quantité on dose le chlore qui a persisté après évaporation. La différence représente l'acide chlorhydrique libre, ou plutôt, ce qui n'est peut-être pas absolument synonyme, l'acide chlorhydrique qui s'est évaporé. Enfin, dans une troisième portion de suc gastrique, ils dosent le chlore après évaporation et calcination. Ce chlore correspond aux chlorures fixes. La différence entre la deuxième et la troisième portion du suc gastrique examinée, indique la quantité d'acide chlorhydrique en combinaison avec les substances d'origine organique.

Cet ingénieux procédé, en même temps qu'il donne sur le processus digestif, dans chaque estomac examiné, des renseignements très importants, fournit un argument péremptoire en faveur de l'acide chlorhydrique (1).

Comment évolue l'acide chlorhydrique libre dans un estomac sain ? MM. Hayem et Winter, qui ont expérimenté sur un homme normal, donnent les chiffres suivants. Avec le repas d'épreuve d'Ewald, on ne trouve pas au bout d'une demi-heure d'acide chlorhydrique libre, au bout d'une heure, il y en a 0,44 p. 1000, au bout d'une heure et demie 0,14. Ce sont ces chiffres qu'ils prennent comme point de comparaison. Ils n'ont rien d'absolu.

En effet, chez un individu parfaitement sain, de seize ans, nous avons trouvé au bout d'une heure 0,66 p. 1 000 d'acide chlorhydrique ; au bout d'une heure et demie il n'y avait plus d'acide chlorhydrique libre. Chez un autre jeune homme de vingt-trois ans, en parfaite santé, ne souffrant d'aucun trouble digestif, avec le même repas d'épreuve, l'acidité au bout d'une heure était seulement de 0,60 p. 1 000. Il n'y avait pas d'acide chlorhydrique libre. Chez la même personne, nous avons donné un repas plus consistant (un beefsteck, du pain et du vin) ; l'extraction a été faite au bout d'une heure et demie. L'acidité totale était ici de 1,42, mais il n'y avait pas non plus d'acide chlorhydrique libre. On voit, d'après cela, dans quelle mesure peuvent varier les chiffres à l'état normal.

Il s'en dégage une conclusion d'une *importance capitale*, c'est qu'il ne faut pas attribuer à la quantité d'acide chlorhydrique libre une importance trop grande lorsqu'il y a diminution de cet acide, et que, par conséquent, il ne faut pas toujours considérer comme des malades, des personnes qui n'ont qu'une diminution ou même, à la rigueur, une absence d'acide chlorhydrique libre.

---

(1) C'est le repas d'épreuve d'Ewald, dont nous aurons fréquemment à parler dans le cours de ce travail.

(2) Il s'agit de l'acidité en présence de la phénol-phtaléine ; il en sera toujours ainsi à moins de mention spéciale.

(3) Bidder et Schmidt. *Die Verdauungssæfte*, 1853.

(4) Ch. Richet. *Du suc gastrique chez l'homme et chez les animaux*, Paris 1878 ; — *Semaine méd.*, 1889, p. 237.

(1) Nous laissons de côté les autres procédés qui ont servi soit à qualifier l'acide chlorhydrique dans l'estomac, soit à le doser, quelque intérêt qu'aient du reste ces méthodes par elles-mêmes : ainsi les méthodes de Rabuteau, de Szœqvist, de Leo. Du reste, notre but n'est pas de faire ici une revue des derniers procédés de dosage successivement usités, mais de montrer les résultats auxquels ont pu amener les nombreux travaux publiés depuis quelques années, de dire à quelle opinion nous a amenés une longue pratique de ces recherches. Nous ne nous sommes pas toujours contentés d'emprunter aux autres auteurs leurs procédés d'analyse et de retenir pour notre usage les plus caractéristiques, les plus exacts ou les plus pratiques, nous nous sommes quelquefois servis de procédés personnels qui nous ont permis de pénétrer un peu plus avant dans la connaissance des facteurs de l'acidité stomacale.

Il faut dire cependant, et cela ressort nettement des très nombreuses expériences qui ont été faites avec les réactifs colorants, qu'à l'état normal, il y a, le plus souvent, de l'acide chlorhydrique libre dans l'estomac lorsque la digestion gastrique bat son plein.

On a, cependant, d'autres moyens de juger de la qualité du travail produit, ou, ce qui, pour nous, a une importance plus grande, de la qualité de la sécrétion de la muqueuse. Tout d'abord, on peut rechercher la présence des albumines dissoutes, et, plus particulièrement encore, de la peptone. A ce point de vue encore, la méthode Hayem-Winter fournit une donnée importante : la quantité d'acide chlorhydrique en combinaison organique. En ajoutant l'acide chlorhydrique libre à l'acide chlorhydrique combiné, on obtient un chiffre qui représente l'acide chlorhydrique sécrété, la *chlorhydrie*, disent MM. Hayem et Winter.

Avec M. Bouveret (1) nous pensons que c'est à cet élément qu'il faut attribuer l'importance la plus grande ; nous y reviendrons tout à l'heure.

On voit, d'après les chiffres que nous avons rapportés plus haut, le maximum de l'acide chlorhydrique libre survenir au bout d'une heure avec le repas d'Ewald. Avec un repas plus copieux, ce maximum se montre plus tard. Les chiffres trouvés dans ces conditions seraient, du reste, pour les diverses données, de même sens, mais plus élevés.

Le repas d'Ewald est commode à bien des points de vue, mais il est artificiel, et rien ne démontre que bon nombre d'individus n'aient pas besoin d'une excitation plus vive pour mettre en jeu l'appareil sécrétoire et l'appareil moteur de leur estomac. Il y aurait lieu de faire des recherches sur ce point particulier. Il n'est pas impossible, en effet, qu'avec le repas d'Ewald on soit amené à déclarer hypochlorhydriques des personnes qui rentrent, au contraire, dans la normale.

III

Acide chlorhydrique en combinaison organique. — Quelques-uns des médecins qui se sont servis des réactifs colorants, dans l'étude qualitative du suc gastrique, n'ont pas tardé à remarquer, que la présence de l'acide chlorhydrique se trouvait masquée par les substances albuminoïdes, et, en particulier, par les peptones. Il ne fallait donc pas conclure de ce que les réactifs n'avaient pas *viré* que l'acide chlorhydrique faisait défaut : il était présent, mais masqué. M. Villejean a trouvé que dix parties de peptone masquaient ainsi une partie d'acide chlorhydrique (2). Moritz (3) a obtenu des chiffres analogues : pour un d'acide chlorhydrique, il indiquait huit à douze parties d'albuminates. En réalité, il n'y avait pas simplement gêne de la réaction qualitative, éclipse de l'acide chlorhydrique, mais une véritable combinaison de ce dernier. C'est ce qu'ont bien démontré les recherches de MM. Hayem et Winter. Ils ont fait voir, en effet, que le chlore n'existait pas seulement à l'état d'acide chlorhydrique libre et de chlorure fixe dans le contenu de l'estomac, mais encore à l'état de substance susceptible d'être détruite par la calcination. Il ne pouvait s'agir que d'une combinaison organique de l'acide chlorhydrique, d'une combinaison du chlore avec les albuminates ou des substances d'origine albuminoïde. Les chiffres qui représentent ce chlore en combinaison organique, azotée, ont pris pour eux une importance très grande : ils devaient mesurer le travail digestif effectué.

C'est à ce chlore en combinaison organique qu'était due surtout l'acidité du suc gastrique. Aussi ont-ils eu bientôt l'idée de comparer le chlore en combinaison organique, exprimé en acide chlorhydrique, à l'acidité totale, et de juger par là de la *qualité* du travail produit dans l'estomac.

Cependant, une chose les avait frappés déjà, c'est que le chlore en combinaison azotée, exprimé en acide chlorhydrique, donnait toujours un chiffre plus élevé que l'acidité totale du suc gastrique examiné. Il devait donc y avoir des combinaisons organiques alcalines ou tout au moins neutres du chlore. Ces combinaisons alcalines dans leur esprit correspondaient à des produits inférieurs, peut-être à des produits de fermentations secondaires.

Il leur était impossible, dans chaque cas particulier, de connaître la proportion de ces composés alcalins à base azotée ; il leur était impossible en même temps de savoir dans quelle mesure variaient les acides organiques, les acides de fermentation organique (acides lactique, butyrique, acétique, etc.). Ils établissaient donc un rapport entre deux quantités qui pouvaient, à leur insu, varier en sens contraire. Le quotient d'un rapport, dont le numérateur et le dénominateur sont variables en sens contraire à la fois quantitativement et qualitativement, sans qu'on en soit averti, ne peut avoir, on le conçoit, aucune signification certaine. Il est impossible, d'après la méthode Hayem-Winter, de déterminer quelle est la qualité du travail digestif opéré dans l'estomac. On ne peut donc baser sur lui aucune interprétation des phénomènes d'assimilation et de désassimilation de l'organisme. On ne peut fonder sur lui aucune théorie des états diathésiques.

On ne peut pas non plus mesurer *directement* la quantité du travail digestif opéré par l'estomac. La preuve en est donnée par des expériences qui appartiennent à M. Bouveret et à M. Magnien [de Lyon (1)] et par d'autres qui nous sont personnelles.

MM. Bouveret et Magnien ont vu que le chlore en combinaison azoté correspond, non à la peptonisation, mais à une simple combinaison chimique de l'acide chlorhydrique avec les substances d'origine albuminoïde. En effet, si l'on met en présence des substances albuminoïdes sèches et une solution d'acide chlorhydrique, et qu'on fasse évaporer le liquide au bain-marie, on ne chasse pas tout l'acide chlorhydrique, une partie reste fixée à la substance albuminoïde. En employant précisément le procédé Hayem-Winter, on constate qu'une certaine quantité de chlore se trouvait en combinaison susceptible d'être détruite par la calcination, c'est-à-dire en combinaison organique azotée. La quantité de chlore disparue est la même, quel que soit le temps qu'a duré le contact de l'acide chlorhydrique et des substances albuminoïdes : il paraît donc s'agir, non d'un acte digestif qui demande un certain temps, mais d'une combinaison chimique instantanée. Nos recherches personnelles nous ont amenés aux mêmes conclusions.

Une expérience, qui nous appartient, doit être spécialement citée : si l'on traite de la viande fraîche coupée en

(1) Bouveret. *Lyon méd.*, 1891.

(2) A. Mathieu. *Rev. de méd.*, 1889, p. 710.

(3) Moritz. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, Bd. 44, p. 277.

(1) Bouveret et Magnien. *Lyon méd.*, 1891.

petits morceaux par une solution d'acide chlorhydrique, il n'y a pas trace de combinaison chloro-organique dans le liquide acide. Mais l'acidité de ce liquide diminue dans la proportion de la quantité d'acide chlorhydrique qui a imbibé et déterminé le gonflement de la viande. Si, au contraire, on met l'acide chlorhydrique en présence de viande en voie avancée de putréfaction, on trouve dans le liquide une certaine quantité de chlore en combinaison organique. Là encore, il s'agit non d'un acte digestif, mais d'un acte de simple combinaison chimique, de neutralisation en quelque sorte.

Le chlore en combinaison organique, que l'on dose par le procédé Hayem-Winter, ne mesure donc pas directement la peptonisation effective; il mesure simplement la modification, l'hydratation des substances albuminoïdes, et il correspond à des albuminates ou à des substances d'origine azotée de nature différente : albumine acide, propeptone, peptone, bases azotées de nature indéterminée.

Si l'on admet que la peptone est le terme suprême de la digestion des substances albuminoïdes, on voit que le chlore en combinaison organique ne mesure nullement la peptonisation gastrique.

Cependant, le très ingénieux et très exact procédé d'analyse de M. Winter peut être d'une grande utilité dans l'analyse du contenu de l'estomac. Non seulement il indique beaucoup mieux que les autres la quantité d'acide chlorhydrique libre, mais encore, il fournit le chiffre du chlore combiné. L'acide chlorhydrique libre, ajouté au chlore combiné (chlorurie d'Hayem-Winter), indique précisément quelle est la quantité d'acide chlorhydrique sécrété par la muqueuse. On a donc là un point de repère qui indique avec exactitude quelle est la valeur physiologique de la sécrétion gastrique; c'est là, à notre sens, la donnée la plus précieuse que puissent fournir les recherches de cet ordre (1).

C'est qu'en effet nous pensons que l'acide chlorhydrique dans l'estomac résulte d'une véritable sécrétion de la muqueuse; c'est aussi l'opinion de MM. Bouveret et Magnien (2). Ils discutent avec beaucoup de logique l'opinion de MM. Hayem et Winter.

Pour ceux-ci la sécrétion gastrique est une sécrétion chlorurée. Le chlore ainsi fourni donne naissance à l'acide chlorhydrique libre et à l'acide chlorhydrique combiné, en vertu d'une véritable fermentation. L'acide chlorhydrique naissant se fixe immédiatement sur les substances azotées, une petite partie, contingente en quelque sorte, échappe à cette combinaison, et reste à l'état d'acide chlorhydrique libre.

Contre cette façon de voir on peut invoquer des arguments de divers ordres. Il suffit chez l'homme, dans certains cas tout au moins, d'injecter dans l'estomac de l'eau glacée (Leube) pour provoquer l'apparition d'acide chlorhydrique libre. Chez le chien, MM. Hayem et Winter ont vu également l'acide chlorhydrique apparaître, après l'ingestion d'une certaine quantité d'eau distillée.

L'observation des malades atteints d'hypersécrétion avec hyperchlorhydrie fait, en quelque sorte, saisir cette sécrétion acide sur le fait. Les malades de cette catégorie, auxquels on a lavé l'estomac le soir, présentent, cependant, le matin une quantité quelquefois considérable (300 à 400 centimètres cubes) d'un liquide très riche en acide chlorhydrique. Comme MM. Bouveret et Magnien, comme d'autres observateurs, nous avons été plusieurs fois à même de faire cette constatation. Cela donne bien l'idée, il faut l'avouer, d'une sécrétion directement acide.

Pour MM. Hayem et Winter, la sécrétion gastrique serait une sécrétion chlorurée et les chlorures fixes ainsi fournis seraient transformés ultérieurement en acide chlorhydrique libre ou immédiatement combiné. Ils se basent surtout pour admettre ce processus sur la marche en sens inverse de la courbe des chlorures fixes et de celle des chlorures combinés. La raison n'est pas péremptoire. On peut très bien admettre, en effet, que l'acide chlorhydrique sécrété se combine avec les substances albuminoïdes, tant qu'il y en a dans l'estomac en quantité suffisante. Plus tard, quand ces substances sont déjà saturées, ou qu'elles ont disparu, il donne lieu à des chlorures fixes en se combinant aux bases alcalines qu'il rencontre, bases que lui fournissent la saline et la sécrétion muqueuse de l'estomac, à défaut de toute alimentation. Si la sécrétion chlorhydrique continue encore à vide, l'acide chlorhydrique finit par l'emporter notablement sur les chlorures fixes et combinés. Il ne peut pas en être autrement.

Nous avouons être plus convaincus encore par ces faits pathologiques que par les expériences *in vitro* de MM. Bouveret et Magnien. Ces auteurs font une digestion artificielle à l'étuve avec du suc gastrique d'hyperchlorhydrique. Ils ont dosé préalablement les chlorures alcalins de ce suc gastrique; ils y ajoutent une quantité connue de chlorure de sodium, puis des cubes d'albumine. Le tout est mis à l'étuve à une température convenable. Les blancs d'œuf étant digérés, on trouve que les chlorures alcalins n'ont pas varié dans le liquide gastrique. La production de l'acide chlorhydrique combiné s'est donc faite aux dépens de l'acide chlorhydrique libre.

S'il en est ainsi, il est de peu d'utilité, quand on se sert du procédé Hayem-Winter, de déterminer la quantité d'acide chlorhydrique libre; l'important, en effet, est de connaître la différence qui existe entre le chlore total et les chlores des chlorures minéraux. Cette différence correspond au total de l'acide chlorhydrique libre et de l'acide combiné. Il suffirait de déterminer qualitativement l'acide chlorhydrique libre. Cette simplification fait gagner beaucoup de temps, et nous en profitons souvent. Sur ce point encore, nous nous sommes rencontrés avec MM. Bouveret et Magnien.

Lorsqu'on n'a pas le temps ou qu'on n'est pas outillé convenablement, il suffit habituellement de déterminer l'acidité totale et de rechercher l'action du suc gastrique sur le vert brillant, de rechercher dans quelle mesure il le fait virer et le décolore (1). Les digestions artificielles auxquelles reviennent MM. Bouveret et Magnien fournissent certainement aussi des renseignements utiles; mais il est bien rare qu'un liquide gastrique, qui vire et qui décolore le vert brillant, ne jouisse pas de propriétés digestives énergiques. La pepsine fait bien rarement défaut dans ces conditions; son absence, du reste, ne modifierait pas le traitement qu'il convient d'employer dans l'hyperchlorhydrie.

Quand il y a hypochlorhydrie, absence d'acide chlorhy-

(1) A. Mathieu et A. Rémond. Société de biologie et *Gaz. des hôp.*, 17 février 1891.

(2) Loc. cit.

(1) A. Mathieu et A. Rémond. *Gaz des hôp.*, 1891, p. 187.

drique libre, les indications fournies par le vert brillant comparées à l'acidité totale, sont plus nettes encore. Une acidité élevée en cas semblable n'appartient guère qu'à des acides d'origine organique.

IV

Acides organiques. — Voyons maintenant ce que l'on peut savoir des acides organiques. Pendant longtemps on s'est surtout occupé de l'acide lactique, pour lequel divers auteurs avaient successivement réclamé le rôle prédominant dans la digestion (Lehmann, Laborde, Béclard). Ewald et Boas ont admis que l'acide lactique se montrait tout d'abord seul dans l'estomac, puis qu'on voyait bientôt apparaître l'acide chlorhydrique. Ce dernier finissait par exister isolément. Il est vrai que, dans la première phase de la digestion, pendant les trente premières minutes, on ne trouve pas encore d'acide chlorhydrique libre, bien qu'il y ait déjà du chlore en combinaison organique. L'acide fourni par l'estomac s'est immédiatement combiné en totalité aux substances albuminoïdes présentes en grande quantité à cette période première de la digestion gastrique.

Les auteurs ont recherché la présence des acides organiques, surtout à l'aide des réactifs colorants, et, en particulier, du réactif d'Uffelmann, qui s'applique surtout à l'acide lactique. On le prépare en mettant quelques gouttes de perchlorure de fer dans une solution à 1 p. 100 ou à 2 p. 100 d'acide phénique. On obtient ainsi un liquide d'une belle coloration violette. L'acide lactique le fait virer au jaune citrin.

Les acides butyrique et citrique se reconnaissent à leur odeur.

En réalité, il existe dans le contenu de l'estomac, pendant la digestion, un mélange complexe d'acides de fermentation. Les principaux de ces acides ont été seuls régulièrement déterminés.

Pour les doser, nous nous sommes servis d'un procédé basé sur la loi du coefficient de partage (1), formulée par MM. Berthelot et Jungfleisch (2). Lorsqu'on met en présence une solution aqueuse d'un acide et de l'éther, lorsqu'on agite ces deux liquides, l'eau et l'éther finissent par retenir une quantité d'acide qui est toujours la même pour le même acide, dans des conditions analogues de température et de concentration. Si l'on divise la quantité d'acide retenue par l'eau, par la quantité d'acide prise par l'éther, on obtient un *coefficient de partage*, très élevé pour les acides minéraux, très faible pour les acides organiques.

Quand on a affaire à un mélange de plusieurs acides organiques, on a un coefficient de partage moyen, intermédiaire aux coefficients extrêmes.

Si le coefficient de partage est 5 par exemple, il suffit de traiter une quantité donnée de la solution aqueuse des acides organiques par cinq fois son poids d'éther, pour que l'éther enlève à l'eau exactement la moitié des acides organiques qu'elle tenait en solution. Les acides minéraux ne sont dissous par l'éther que dans une proportion négligeable.

Il suffit donc de déterminer le coefficient de partage d'un suc gastrique quelconque pour être en mesure de doser

(1) Société de biologie, 15 novembre 1890.
(2) Berthelot et Jungfleisch. *Ann. de chimie et de phys.*, t. XXVI, 1872.

rapidement et facilement la quantité des acides organiques qu'il renferme. Or, il est aisé de déterminer ce coefficient (1).

En nous servant de cette méthode par laquelle on peut aussi doser l'acide chlorhydrique libre, nous avons déterminé l'acidité organique du suc gastrique à l'état normal et pathologique. A l'état normal des acides organiques libres avec le repas d'épreuve d'Ewald s'accroissent pendant la première heure; ils diminuent ensuite, soit qu'il y ait arrêt des fermentations en vertu de l'action de l'acide chlorhydrique, soit que l'évacuation du contenu stomacal ait abaissé le taux des acides organiques aussi bien que de l'acide chlorhydrique.

Chez les dyspeptiques, nous avons obtenu des chiffres différents, suivant les cas. Ces chiffres donnent une idée de l'intensité des fermentations secondaires, qui se sont produites en même temps que la digestion chlorhydropeptique, ou qui se sont substituées à elles. Toutefois, on se heurte là à une difficulté très grande : il n'y a pas seulement dans le suc gastrique des acides organiques libres, mais aussi des acides organiques combinés, combinés peut-être à la façon de l'acide chlorhydrique avec des matières d'origine azotée, albuminoïdes ou dérivées des albuminoïdes.

En effet, lorsque, à une solution d'acide chlorhydrique, on ajoute une quantité connue d'un acide organique ou d'un mélange de plusieurs acides, on retrouve par l'éther la totalité de cet acide ou de ces acides. Il n'en est plus de même quand on agit, soit sur du suc gastrique extrait pendant la période de digestion, ou encore sur un liquide de digestion artificielle. On ne retrouve plus alors qu'une part assez faible des acides organiques ajoutés, 1/6 à 1/10. La conclusion s'impose, les substances albuminoïdes ont dû fixer et retenir la quantité d'acide disparu.

Il n'y a donc pas seulement, dans le suc gastrique, des acides organiques libres, mais aussi des acides organiques combinés qui ont perdu certaines de leurs propriétés. Y a-t-il là l'indice d'une action utile ou nuisible à la digestion? Nous l'ignorons.

L'extraction et le dosage par l'éther ne nous apprennent rien sur la nature de ces acides organiques. Il s'agit d'un mélange complexe, dans lequel l'acide lactique ne paraît pas prédominer, puisque nous avons toujours rencontré des coefficients de partage notablement inférieurs à 10, coefficient de l'acide lactique.

Comment donc juger, d'après cela, s'il y a, dans un suc gastrique donné, prédominance de l'acidité de fermentation sur l'acidité chlorhydrique? D'abord par l'odeur, qui devient aigre ou rance. Après le repas d'Ewald, le contenu de l'estomac n'a pas souvent d'odeur, mais ce repas est assez mal choisi au point de vue des fermentations secondaires, comme à d'autres du reste. Il est commode, matériellement : c'est à peu près son seul avantage.

Si l'acidité totale est élevée sans que le suc gastrique vire et décolore le vert brillant, il est déjà à peu près certain que les acides organiques sont en quantité excessive. Cela devient une certitude si l'on trouve, d'une part, que la chlorhydrie est faible et que l'éther démontre l'existence d'une quantité élevée d'acides organiques libres.

(1) Pour les détails de ces opérations, nous renvoyons aux *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 21 nov. et 5 déc. 1890.

Cette indication est capitale pour le diagnostic et le traitement dans un certain nombre de cas.

V

SUBSTANCES ACIDES DE NATURE AZOTÉE. — La peptone préparée par le procédé d'Henniger est acide, elle correspond à 1/23 de son poids en acide chlorhydrique (Villejean). La leucine que nous avons trouvée dans le commerce est également acide. Il est bon de noter qu'il s'agit là d'une acidité constatée en se servant de la phtaléine du phénol; ces substances sont neutres au tournesol.

Ces substances font donc partie des facteurs accumulés de l'acidité gastrique totale. Il est probable que d'autres substances d'origine azotée, qui rentrent dans le groupe des substances amidées, jouent également le rôle d'acides vis-à-vis de la phtaléine.

VI

Parvenus au terme de cet exposé, nous avons à cœur de faire voir qu'il ne s'agit pas de faits physiologiques et chimiques, intéressants peut-être, mais sans portée clinique.

La connaissance de l'acidité du contenu de l'estomac et de sa constitution est, au contraire, la notion sur laquelle doit reposer l'établissement du diagnostic et du traitement dans les dyspepsies chimiques, et, par conséquent, directement ou indirectement, dans toutes les maladies de l'estomac.

En présence d'un suc gastrique, la question principale qui se pose est de savoir si son acidité est une acidité de *sécrétion* ou de *fermentation*.

L'acidité de sécrétion, c'est l'acidité chlorhydrique. Elle est mesurée par l'acide chlorhydrique libre et l'acide chlorhydrique combiné. Par elle, on sait s'il y a ou non hypersécrétion chlorhydrique. Cette hypersécrétion joue un rôle fréquent dans les dyspepsies.

L'acidité de fermentation, c'est l'acidité de la stase gastrique. Elle se développe lorsque manque l'acide chlorhydrique, mais surtout lorsqu'il y a dilatation et stase dans l'estomac sans hyperchlorhydrie.

L'hyperacidité chlorhydrique appelle les alcalins et les calmants; l'hyperacidité de fermentation, les lavages, les antiseptiques et les acides forts, l'acide chlorhydrique ou acide lactique.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on ne peut guère juger de la valeur de la digestion stomacale par le travail effectué dans l'estomac. On manque de mesure pour cela.

Il est donc impossible, actuellement, d'établir un rapport entre le travail chimique de l'estomac et les états morbides, les états diathésiques ou dyscrasiques. Il est permis de penser, du reste, que l'estomac n'exécute qu'un travail préparatoire de désagrégation, d'hydratation et de dissolution, mais que la digestion proprement dite se fait surtout grâce au suc pancréatique. N'a-t-on pas vu des chiens privés d'estomac se porter très bien et des personnes dont la digestion gastrique était très faible et même nulle, avoir une assez bonne santé? Un de nos malades atteint, suivant toute probabilité, de cancer de l'estomac, chez lequel la digestion stomacale était nulle, avait cependant de 20 à 30 grammes d'urée dans son urine.

L'examen du suc gastrique doit surtout nous permettre de juger les qualités de la sécrétion de la muqueuse. Le travail chimique que pourrait exécuter l'estomac importe plus que celui qu'il a fait en réalité; et il est bon que ce travail ne soit pas excessif, comme chez les hyperchlorhydriques.

Les réactifs colorants et les digestions artificielles restent donc de bons procédés d'examen, même après l'introduction dans la pratique de la méthode précieuse que nous devons à M. Winter.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 13 octobre 1891, M. Bosc, médecin aide-major de première classe au 13e régiment d'artillerie, désigné pour le 163e régiment d'infanterie, a été affecté aux troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam, en remplacement de M. Poirier, médecin-major de deuxième classe, qui est maintenu au 110e régiment d'infanterie.

— Ont été nommés ou promus dans l'ordre du Nicham-Iftikhar :

Au grade de commandeur. — MM. Richard, médecin principal de deuxième classe, et Pugibet, médecin-major de première classe;

Au grade d'officier. — MM. les médecins-major de deuxième classe Hermantier, Dufaud, Gruet, Amat, Huble, Uffoltz, Brissé Saint-Macary et Simon.

— M. le médecin-major Jobert a été mis à l'ordre du jour de la division d'Oran pour sa belle conduite dans un incendie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Millet-Lacombe (de Saint-Pardoux-la-Rivière), Roux (d'Emezat) et Thurel (d'Orgelet).

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Consignations pour examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens sont délivrés le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Les consignations pour examens de fin d'année (officiat) ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation quelconque. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet 1891.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant seize inscriptions; 2° les docteurs français; 3° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

Cartes d'étudiants. — Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1891-1892, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et consignations.

Exercices de dissection (sous la direction de M. Poirier, chef des travaux anatomiques).— Ostéologie : Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à trois heures.

Les démonstrations d'ostéologie ont commencé le lundi 12 octobre.

Dissection : Les pavillons de dissection seront ouverts, à partir du lundi 9 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures. Les

prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie, dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. Pour les autres étudiants et docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant : 1° élèves obligés, deuxième et troisième années (suivant la date de la prise de l'inscription trimestrielle, cinquième ou neuvième) ; 2° élèves non obligés et docteurs.

L'entrée des pavillons de dissection est interdite à tout étudiant qui n'aurait pas été régulièrement convoqué ou qui n'aurait pas acquitté les droits afférents à l'inscription trimestrielle.

Travaux pratiques (première année). — Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle commenceront à partir du lundi 9 novembre 1891. Ils auront lieu, pendant le premier semestre 1891-1892, aux jours et heures ci-après désignés, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine : 1° Physique : lundi, mercredi, vendredi, de quatre à six heures du soir ; 2° Chimie : mardi, jeudi, samedi, de huit à dix heures et demie du matin ; 3° Histoire naturelle : lundi, mercredi, vendredi, de neuf à onze heures du matin. (Pour les travaux pratiques d'histoire naturelle, deux séries d'exercices seront organisées.)

— M. le docteur Madeuf, bi-licencié ès sciences, a repris la direction de sa clinique de laryngologie-otologie, 46, rue de l'Arbre-Sec. — Les élèves font eux-mêmes les pansements et les opérations.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement des maladies de l'estomac, par le docteur Dujardin-Beaumetz. 1 vol. gr. in-8° de 370 pages, avec figures et une planche en chromo. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Les mesures sanitaires en Angleterre depuis 1875, par H. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques. Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Exposé de l'enseignement clinique (clinique médicale de la Faculté à l'Université de Moscou), leçons d'ouverture, par G.-A. Zakharine, professeur à la Faculté de Moscou. In-8° de 72 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 122. — MARDI 20 OCTOBRE 1891. 64e ANNÉE. MARDI 20 OCTOBRE 1891. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Hôpital Necker. Les méthodes dites de douceur dans les luxations de l'épaule. — Traitement de la diphthérie. — Des premiers soins à donner aux personnes blessées ou indisposées sur la voie publique. — Société de Chirurgie. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOPITAL NECKER. — M. Le Dentu.

Les méthodes dites de douceur dans les luxations de l'épaule.

Le malade que je vous présente actuellement est atteint d'une affection bien commune, une luxation sous-coracoïdienne de l'épaule. Les symptômes, aplatissement du moignon de l'épaule, dépression sous-acromiale, sont évidents, même à distance. Je fais pourtant une palpation très attentive, de façon à m'assurer des rapports de la tête avec l'apophyse coracoïde. En réalité, la division en luxations sous-coracoïdiennes et luxations intra-coracoïdiennes est assez schématique. Entre les deux positions extrêmes, on trouve toutes les positions intermédiaires. La recherche des rapports est néanmoins fort importante. Plus, en effet, la tête humérale se trouve en dedans de l'apophyse coracoïde, moins vous avez chance de réussir sans chloroforme et par les moyens dits de douceur.

Chez notre malade, la tête est sous l'apophyse coracoïde et non en dedans. Cette condition est donc favorable. Mais il existe, chez lui, deux autres conditions défavorables qui rendent le succès de nos tentatives un peu incertain. Le malade est un ouvrier bien musclé. L'accident remonte à trois jours déjà. Une luxation de trois jours n'est évidemment pas une luxation ancienne. Déjà pourtant, sa réduction est plus difficile que quelques heures et surtout quelques minutes après l'accident. Pendant les premiers instants qui suivent le traumatisme, il existe un véritable état de stupeur, tant local que général, qui facilite singulièrement la réduction. Quand vous arrivez près d'un blessé atteint de luxation de l'épaule aussitôt après une chute, profitez de cette stupeur. Avant d'essayer de le tirer de l'état demi-syncopal où il est encore plongé, faites de suite une tentative de réduction. Les moyens les plus simples seront presque toujours suffisants.

Les procédés dits de douceur sont très nombreux. Hippocrate conseillait la rotation en dedans, faite doucement et progressivement d'abord, puis terminée par un mouvement brusque. Syme, au contraire, recommande la rotation en dehors, combinée avec la traction du membre en arrière. Lacourt employait aussi la rotation en dehors, mais en la combinant avec l'élévation du membre. La simple élévation du membre a pu suffire dans quelques cas. Il existe bien d'autres procédés. Pour les résumer d'un mot, on a cherché à réduire la luxation en portant le membre à peu près dans toutes les positions possibles. Tous ces procédés comptent des succès. Mais il n'en est aucun qui soit aussi bien réglé et aussi ordinairement efficace que le procédé dit de Kocher. C'est ce procédé que nous allons essayer chez notre blessé.

Un principe général donne l'application de ce procédé, comme de tous les procédés dits de douceur, et qui sont en réalité assez douloureux. Il faut, pour éviter autant que possible la contraction musculaire, ne faire tout d'abord que des efforts très progressifs ; puis, quand on arrive aux mouvements brusques, procéder par surprise. Il faut tâcher de distraire l'attention des malades. On a jadis essayé d'y parvenir en les accablant tout à coup d'injures, de reproches, ou, procédé plus brutal encore, en leur donnant un vigoureux soufflet. Nous nous contentons aujourd'hui de presser les malades de questions, de les faire parler. Le chloroforme serait évidemment préférable aux moyens un peu brutaux d'autrefois.

Le procédé de Kocher comprend quatre temps principaux. Le premier temps consiste à rapprocher le coude du tronc, en le portant légèrement en arrière, l'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras. Cette position bien assurée, et le coude restant toujours collé au tronc, on imprime un mouvement progressif, mais assez énergique, de rotation en dehors. Pour effectuer cette rotation, il est nécessaire de faire maintenir le malade par un aide fixant bien le tronc du blessé et l'empêchant de suivre le mouvement de rotation imprimé au bras. Cette rotation en dehors, qui constitue le deuxième temps, est maintenue pendant une minute environ. Puis, le bras restant toujours dans la rotation en dehors, on porte le coude en avant et en haut (troisième temps). Ce mouvement est exécuté progressivement et conduit aussi loin que possible, en maintenant le coude non seulement dans la rotation en dehors, mais en évitant de trop l'écarter du tronc. Quand ce mouvement est parvenu à ses extrêmes limites, on fait — un peu plus brusquement cette fois — un mouvement de rotation en dedans, remplaçant la rotation en dehors (quatrième temps). Ce mouvement amène d'ordinaire la réduction.

Ce procédé réussit fréquemment. Il a même donné à

Kocher des succès dans des luxations déjà anciennes. Assez souvent aussi, on obtient la réduction sans avoir besoin de parcourir les quatre positions de l'humérus. Au moment de la rotation en dehors, ou bien au moment où commence la propulsion du coude en haut et en avant, on perçoit tout à coup le claquement caractéristique de la réduction. Vous comprenez, en effet, que le but de ces manœuvres est de mettre la tête humérale en face de la déchirure capsulaire. Dès que cette coïncidence de position est obtenue, la réduction, dans les luxations récentes et n'offrant pas encore d'adhérences cicatricielles, est extrêmement facile.

Dans un cas de luxation en arrière, dans la fosse sous-épineuse, j'ai employé avec succès un procédé analogue au procédé de Kocher, mais dans lequel, par suite de la position inverse de la tête, les diverses positions données successivement au bras furent, une fois le coude rapproché du tronc : 1° la rotation en dedans; 2° l'élévation avec propulsion du bras en arrière; 3° la rotation en dehors. Ce procédé fut d'ailleurs appliqué sous le chloroforme, qui, supprimant la résistance musculaire, facilite toujours singulièrement la réduction.

Chez notre malade, nous allons essayer le procédé type de Kocher. Remarquez surtout qu'on a quelque peine à bien immobiliser le malade et à distraire son attention. Les souffrances sont, en effet, assez vives. Mais dès la première tentative, la réduction, malgré les circonstances défavorables que je vous ai indiquées, se trouve obtenue. S'il a éprouvé quelques instants de douleur, notre blessé a échappé, en revanche, à tous les inconvénients de l'anesthésie par le chloroforme.

TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRIE

Par M. Ernest Gaucher,

Médecin des hôpitaux.

« La diphthérie est une maladie primitivement locale, dans laquelle l'infection générale, plus ou moins rapide, n'est que secondaire; la diphthérie étant une maladie locale, il faut l'attaquer par des moyens locaux. »

Il semble que cette assertion soit aujourd'hui une vérité banale, et cependant, quand j'ai soutenu cette idée dans mon premier mémoire de 1887, j'ai rencontré plus de contradicteurs que d'adhérents. C'est qu'en effet on avait abandonné peu à peu la pratique de Bretonneau et de Trousseau, qui cautérisaient les fausses membranes de la gorge avec le nitrate d'argent ou l'acide chlorhydrique.

On en était arrivé à considérer la diphthérie comme une maladie générale d'emblée; on regardait la fausse membrane pharyngée comme le produit de l'infection, et on jugeait inutile de nettoyer la gorge. Les plus savants avaient même échafaudé une théorie, d'après laquelle il était dangereux de toucher aux exsudats couenneux; en enlevant les fausses membranes, on dénudait la muqueuse et on favorisait l'infection du sang : singulière contradiction, puisque, d'après eux, la diphthérie était une maladie générale; la fausse membrane étant une simple conséquence de la maladie, l'économie devait être déjà infectée avant l'apparition de la fausse membrane. Parmi les notabilités de la pédiatrie, un seul homme soutenait encore la nature locale de la diphthérie, qu'il appelait la diphthérite; c'était M. Bouchut.

Tel était l'état des esprits, quand j'étais interne de l'hôpital des Enfants en 1879, et même plusieurs années après A cette époque déjà, je me permettais d'avoir une opinion contraire à celle de mes maîtres; j'avais même traité timidement plusieurs angines couenneuses par l'ablation des fausses membranes et les cautérisations phéniquées; les malades avaient guéri. Je persévérai silencieusement dans ma méthode de traitement sans oser la publier, chaque fois que j'avais l'occasion de soigner une diphthérie. Je craignais, en préconisant ce traitement si contraire aux idées reçues, de ne rencontrer que l'incrédulité.

Cependant, à la fin de 1886, je fus appelé par deux de mes maîtres auprès d'un de leurs élèves atteint de diphthérie, qui avait subi déjà tous les traitements et qui était dans un état désespéré. La guérison de notre confrère eut quelque retentissement; je fus sollicité de faire connaître ma méthode, et je publiai un premier mémoire, sur le traitement de la diphthérie par l'ablation des fausses membranes et les cautérisations antiseptiques, dans les *Archives de laryngologie* (décembre 1887).

Je fis par la suite, sur ce sujet, plusieurs communications à la Société médicale des hôpitaux, et j'eus la bonne fortune de voir la théorie que je soutenais confirmée par les recherches expérimentales de MM. Roux et Yersin.

Aujourd'hui, tout le monde admet la nature locale de la diphthérie; certains même, démentis d'ailleurs par leur enseignement antérieur, prétendent l'avoir toujours admise. Il est vrai que ceux-là, peu logiques avec eux-mêmes, repoussent encore le seul traitement conforme à la théorie qu'ils veulent bien adopter.

Quoi qu'il en soit, la vérité s'est imposée; personne ne met plus en doute maintenant la nécessité d'enlever les fausses membranes diphthéritiques. C'est qu'en effet, la fausse membrane, comme je l'ai dit, est en quelque sorte l'accident primitif de la maladie; c'est l'accident local qui précède l'infection générale.

Celle-ci découle de la présence et du séjour des fausses membranes dans la gorge ou sur un autre point de la surface cutanée ou muqueuse. C'est donc l'angine qu'il faut traiter avec la plus grande énergie, car en détruisant les fausses membranes, c'est la cause même de l'infection secondaire qu'on atteint.

Pour éviter, en dénudant la muqueuse, d'ouvrir la porte à l'infection, il faut, en même temps qu'on enlève la fausse membrane, cautériser la muqueuse sous-jacente; il faut employer, comme caustique, un agent antiseptique et caustique à la fois, qui tue le germe infectieux et cautérise la muqueuse.

Telles sont, à mon avis, les deux indications fondamentales du traitement de la diphthérie : l'ablation des fausses membranes et la cautérisation antiseptique de la muqueuse sous-jacente.

Ces principes que j'ai été, je crois, le premier à formuler d'une façon précise, ont servi de base aux nombreux traitements antiseptiques de la diphthérie qu'on a voulu opposer au mien et qui n'ont pu d'ailleurs le remplacer.

Car, après plusieurs essais, j'ai reconnu, j'ai établi dans mon premier travail et je l'ai confirmé dans mes publications suivantes, que, de tous les antiseptiques, le seul efficace contre la diphthérie était l'acide phénique.

J'ai essayé la plupart des antiseptiques, et notamment le sublimé, l'acide salicylique, l'acide thymique et l'acide borique. Le sublimé est efficace; mais il ne l'est pas plus que l'acide phénique, et il est inapplicable à cause des

dangers d'intoxication que comporte son usage. De plus, il laisse au goût une impression extrêmement désagréable, nauséeuse et persistante, que les malades ne peuvent supporter. L'acide salicylique est aussi plus désagréable au goût et plus irritant que l'acide phénique; son action est à peu près nulle. Il en est de même de l'acide thymique. L'acide borique n'a pas de goût, mais il est sans effet.

Néanmoins, je crois sans peine qu'on peut obtenir des succès, dans certains cas de diphthérie confirmée, avec tous ces antiseptiques, malgré leur infériorité, si l'on a soin de bien nettoyer la gorge et de pratiquer l'ablation fréquente des fausses membranes. Mais alors, c'est uniquement par cette ablation des fausses membranes et non par le topique employé que le traitement agit. On réalise la première indication du traitement et cela peut suffire, si la diphthérie n'est pas grave; mais je crois qu'il serait très imprudent de s'en tenir là dans la majorité des cas.

La préparation antiseptique dont je me sers pour cautériser la gorge est, comme on sait, une solution alcoolique forte d'acide phénique, additionnée de camphre et d'acide tartrique et étendu d'huile. Après plusieurs modifications de mon topique, je me suis arrêté à la formule suivante :

Camphre	20	grammes.
Huile de ricin	15	—
Alcool à 90 degrés. . . .	10	—
Phénol absolu.	5	—
Acide tartrique	1	—

La proportion de ces diverses substances n'a pas grande importance au point de vue de l'action antiseptique, et si j'ai adopté définitivement les chiffres précédents (1, 5, 10, 15, 20), c'est qu'ils rendent la formule plus facile à retenir pour les praticiens.

Quelles sont les raisons qui ont déterminé la composition de ce topique? L'acide phénique, comme je l'ai prouvé, est l'agent essentiel du traitement. L'expérience m'a montré que la proportion que j'emploie est suffisante. L'acide tartrique a pour but d'acidifier la mixture et d'augmenter ainsi son pouvoir antiseptique. Le camphre est aussi un antiseptique et, de plus, un anesthésique; il a d'ailleurs une affinité spéciale pour le phénol, avec lequel il se combine, ainsi que l'a démontré M. le docteur Soulez. L'alcool est destiné à dissoudre toutes les substances qui entrent dans la composition du topique. L'huile est un véhicule qui donne à la mixture une certaine consistance sirupeuse; de plus, la mixture huileuse a l'avantage de rester sur les points de la gorge où on l'applique, sans mouiller les parties voisines. J'ai choisi l'huile de ricin à cause de sa solution dans l'alcool, qui permet d'obtenir un liquide absolument limpide.

Tout, dans ma méthode de traitement et même dans la composition du topique que j'ai proposé, a été confirmé par les travaux de laboratoire :

1° La nature locale de la diphthérie et la nécessité de l'ablation des fausses membranes, au fur et à mesure de leur reproduction, si l'on veut prévenir l'infection générale;

2° L'efficacité de l'acide phénique;

3° L'utilité d'un milieu acide pour entraver la pullulation des germes de la diphthérie, et c'est pourquoi j'ai ajouté à mon topique de l'acide tartrique, devançant et prévoyant en quelque sorte les expériences ultérieures de MM. Roux et Yersin.

Tout en rendant hommage aux travaux qui ont confirmé ma méthode, je puis dire que, sur tous les points de cette question, la clinique a précédé le laboratoire.

Certains, tout en suivant exactement les règles de mon traitement et en conservant le principe essentiel de ma mixture, l'acide phénique, ont cherché à modifier l'excipient, dans le but très louable de trouver quelque chose de nouveau. On a voulu notamment remplacer l'huile par la glycérine. Mais j'avais employé moi-même antérieurement la glycérine phéniquée et j'avais dû y renoncer, car la glycérine étant miscible à l'eau en toute proportion, s'étend et fuse dans toute la gorge, au lieu de rester au point où on l'applique; de sorte qu'avec la glycérine phéniquée, dont on ne peut limiter l'action, on cautérise mal la surface malade.

D'autres ont préconisé l'acide sulforicinique comme dissolvant de l'acide phénique. C'est M. Ruaut qui a introduit en France l'acide sulforicinique, comme excipient de diverses substances, et notamment de l'acide phénique, dans la thérapeutique de la gorge et du larynx. M. Ruault, avant de publier le résultat de ses recherches, m'avait remis un échantillon de solution de phénol dans l'acide sulforicinique à 20 p. 100. J'ai donc été le premier à employer cette préparation dans la diphthérie, et je n'ai pas reconnu sa supériorité sur ma mixture. L'acide sulforicinique présente l'avantage de pouvoir dissoudre une grande proportion d'acide phénique, mais il y a assez d'acide phénique dans mon topique. L'acide sulforicinique est très toxique et dangereux à employer. On a dit que son application était moins douloureuse que celle de ma mixture, je n'en ai jamais eu la preuve; mon topique est peu douloureux quand on sait s'en servir. Je l'ai employé chez un enfant de trente-deux jours qui l'a très bien supporté et qui a guéri.

Tels sont les règles et les éléments du traitement de l'angine diphthéritique; d'après ces indications, ma méthode thérapeutique comprend trois actes :

1° L'ablation des fausses membranes;

2° La cautérisation antiseptique de la muqueuse affectée;

3° Le nettoyage de la cavité bucco-pharyngée, au moyen d'irrigations antiseptiques.

1. Pour l'ablation des fausses membranes, je me suis servi d'abord d'écouvillons d'ouate et de pinceaux de crin taillés en brosse. J'emploie maintenant avec avantage et je recommande les pinceaux molletonnés, qui ont été imaginés par M. le docteur de Crésantignes, un de mes premiers adeptes.

S'il s'agit d'un adulte, l'opération est assez facile; si c'est un enfant, il faut l'envelopper dans un drap, de façon à immobiliser les quatre membres. Faites ouvrir la bouche en pinçant le nez ou profitez d'un moment où l'enfant crie et introduisez le manche d'une cuiller, pour abaisser la langue et le maxillaire inférieur. Ne vous servez pas d'un abaisse-langue, dont les bords tranchants sont dangereux; j'ai vu, avec un abaisse-langue, couper une amygdale par un opérateur inexpérimenté.

La bouche étant ouverte, maintenez l'écartement des mâchoires par l'introduction, entre les arcades dentaires, sur un des côtés, d'un coin de bois entouré de linge ou d'ouate. Un aide maintient ce coin de bois pendant que vous abaissez la langue avec la cuiller et que vous explorez la gorge.

Avec un pinceau molletonné sec, vous enlevez les fausses membranes par un mouvement de rotation entre le pouce

et l'index. A mesure que vous retirez un pinceau, faites-le brûler; le même pinceau ne doit pas servir deux fois.

2. Quand la gorge est bien nettoyée, il faut cautériser la muqueuse dénudée. Pour cette seconde opération, servez-vous d'un écouvillon formé d'ouate hydrophile enroulée autour de l'extrémité d'un bâton d'osier. Cet écouvillon est trempé dans la mixture phéniquée et bien égoutté, pour éviter l'introduction du liquide dans les voies aériennes. Faites deux ou trois cautérisations successives, chaque fois avec un écouvillon neuf. Retirez la cuiller et le coin de bois, et laissez reposer l'enfant.

3. La troisième opération, l'irrigation de la gorge, ne doit être pratiquée que dix minutes après. Il faut laisser au topique le temps d'agir et d'imprégner la muqueuse. Cette irrigation a pour but de nettoyer mécaniquement et d'aseptiser la cavité bucco-pharyngée, en entraînant les débris de fausses membranes qui pourraient rester flottants dans la salive.

Le malade doit être maintenu la tête penchée en avant et la bouche ouverte au-dessus d'une cuvette. S'il s'agit d'un jeune enfant, le moyen le plus simple est de le mettre sur le ventre et de maintenir la bouche ouverte avec le coin de bois introduit dans les arcades dentaires.

Chez un adulte, ou chez un enfant assez grand pour comprendre qu'il ne doit pas avaler le liquide, je fais faire l'irrigation d'emblée avec de l'eau phéniquée au centième. Chez les jeunes enfants, on doit faire les premières irrigations avec de l'eau bouillie; quand on s'est assuré que l'enfant n'avale pas le liquide, on peut se servir d'eau phéniquée au deux-centième, et même au centième, en ayant soin de surveiller les urines; si l'urine devient noire, il faudra diminuer le titre de la solution phéniquée ou revenir à l'eau bouillie.

L'irrigation doit être pratiquée avec un irrigateur Éguisier ordinaire ou avec tout autre irrigateur ordinaire à jet continu. Il faut employer chaque fois deux litres de liquide. Il est préférable d'ouvrir complètement le robinet de l'irrigateur pour produire un jet très fort, qui frappe le fond du pharynx; de cette manière, le malade a moins de chance d'avaler le liquide. D'ailleurs, dès qu'on voit un mouvement de déglutition, il faut fermer momentanément le robinet et le rouvrir ensuite à plein jet.

Cette triple opération : ablation des fausses membranes, cautérisation et irrigation, doit être répétée toutes les deux, trois ou quatre heures, suivant que les fausses membranes se reproduisent plus ou moins rapidement. Habituellement, à moins d'angines très graves, je ne fais faire l'opération qu'une fois la nuit, afin de laisser reposer l'enfant. On fait, par exemple, un nettoyage de la gorge vers onze heures et demie du soir, un autre entre trois et quatre heures du matin, et on ne recommence qu'à sept heures du matin.

Quand il y a des menaces de croup, j'ajoute au traitement précédent des vaporisations d'eau phéniquée au cinquantième, qu'on fait bouillir dans de larges plats, sur des lampes à alcool, autour du lit de l'enfant. Ces vaporisations doivent être continuées après la trachéotomie.

Le grand nombre des cas qui ont été traités jusqu'à ce jour par ma méthode m'autorise à affirmer que ce traitement est d'une application facile, même chez les enfants, et qu'il est peu douloureux, surtout quand l'angine est soignée dès le début. Je n'ai jamais parlé de raclage, comme on me l'a fait dire; il faut enlever toutes les fausses membranes, mais en s'efforçant de produire le moins de lésions possible. On y arrive avec de la patience, car l'énergie n'exclut pas la douceur.

Ce traitement n'est pas infaillible (qu'y a-t-il d'infaillible en médecine?); mais il réussit le plus souvent quand la maladie est prise à temps; j'ai même eu des succès dans des cas désespérés. Ma statistique personnelle présente aujourd'hui une mortalité de 8 p. 100; dans ce pourcentage des décès, il y a environ la moitié de croups opérés.

A ce propos, je dois dire que les statistiques de la ville sont beaucoup plus instructives que celles des hôpitaux, surtout que celles des hôpitaux d'enfants. Le plus souvent, les enfants sont envoyés à l'hôpital après plusieurs jours de maladie, quand le médecin traitant voit que ses soins restent sans effet, quand les parents comprennent, — trop tardivement, — qu'ils ne peuvent plus conserver leur enfant chez eux, alors que l'infection générale est déjà réalisée. Les salles de diphthérie sont, de plus, remplies de germes accumulés, et les malades s'infectent en quelque sorte les uns les autres. Enfin, quel que soit le nombre des infirmières, le personnel est toujours insuffisant, car il faudrait une garde-malade spéciale pour chaque enfant. Les statistiques des hôpitaux seront donc toujours plus mauvaises que celles de la ville. Cependant, malgré ces causes d'infériorité de l'hôpital, mon traitement y donne encore de meilleurs résultats que tous les autres, d'après le témoignage des médecins d'enfants les plus autorisés (1). (*Médecine moderne.*)

DES PREMIERS SOINS A DONNER AUX PERSONNES BLESSÉES OU INDISPOSÉES SUR LA VOIE PUBLIQUE

(Instruction du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.)

1° Dans tous les cas, relever le blessé ou le malade avec précaution, et le conduire, ou le transporter sur un brancard, au poste le plus voisin, ou dans le lieu le plus rapproché où il puisse être secouru.

2° En cas de plaie, si le médecin tarde à arriver, et s'il paraît y avoir du danger, il faut découvrir doucement la partie blessée, en coupant, s'il est nécessaire, les vêtements avec des ciseaux, afin de s'assurer de l'état de la blessure. On lavera celle-ci avec des tampons d'ouate hydrophile trempée dans la solution phéniquée et on la recouvrira avec de la gaze iodoformée ou avec de la gaze au salol, maintenue par du coton et une bande.

3° S'il n'y a qu'une simple coupure et que le sang soit arrêté, on doit rapprocher les bords de la plaie et les maintenir en cet état à l'aide de bandelettes de baudruche gommée ou de sparadrap.

4° En cas de contusion ou de bosse sanguine, il faut appliquer, sur la partie, des compresses imbibées d'eau fraîche, avec addition d'extrait de saturne, une cuiller à café d'extrait de saturne, pour un verre d'eau; à défaut d'extrait de saturne, on peut mettre du sel commun. Ces compresses seront maintenues en place au moyen d'un mouchoir ou de tout autre bandage, médiocrement serré, et on les arrosera fréquemment, afin de les tenir humides, avec le mélange indiqué ci-dessus.

5° S'il y a perte de sang abondante ou hémorrhagie par une plaie, on devra chercher à l'arrêter, en appliquant sur cette plaie soit des morceaux d'amadou, soit des gâteaux de charpie, soutenus au moyen de la main, d'un mouchoir ou de tout autre bandage, qui comprime suffisamment, sans exagération.

Si le sang s'échappe très abondamment, et que le blessé soit pâle, défaillant, on exercera une forte compression sur la plaie par-dessus le pansement et à l'aide d'une bande hémostatique en caoutchouc.

(1) Voyez *Bull. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1889, p. 391.

6° Si le blessé crache ou vomit du sang, il faut le placer sur le dos ou sur le côté correspondant à la blessure, la tête et la poitrine légèrement élevées, doucement soutenues, et lui faire prendre, par petites gorgées, de l'eau fraîche ou mieux encore de petits fragments de glace.

Les plaies qui fournissent aussi du sang seront fermées au moyen d'un morceau de gaze au salol posé sur elles, et d'une couche de compresses d'ouate hydrophile et d'un bandage. Des compresses trempées dans de l'eau fraîche pourront, en outre, être appliquées sur la poitrine ou sur le creux de l'estomac.

7° Dans le cas de brûlure, il faut conserver et replacer avec le plus grand soin les parties d'épiderme soulevées ou en partie arrachées, et les recouvrir de vaseline boriquée.

On percera les ampoules avec une épingle, et on en fera sortir le liquide. On couvrira ensuite la partie brûlée avec du coton hydrophile.

8° Dans le cas de foulure ou d'entorse, il faut plonger, s'il est possible, la partie blessée dans un vase rempli d'eau fraîche et l'y maintenir pendant très longtemps, en renouvelant l'eau à mesure qu'elle s'échauffe. Si la partie ne peut être plongée dans l'eau, il faut la couvrir ou l'envelopper de compresses imbibées d'eau, que l'on entretiendra fraîches au moyen d'un arrosement continuel.

9° Dans toute lésion d'une jointure, il faut éviter avec le plus grand soin de faire exécuter au membre malade aucun mouvement brusque et étendu. On placera et on soutiendra ce membre dans la position qui occasionne le moins de douleur au blessé, et l'on attendra ainsi l'arrivée du chirurgien.

10° Dans le cas de fracture, il faut éviter aussi d'imprimer au membre aucun mouvement; pendant le transport du blessé, on doit le porter ou le soutenir avec la plus grande précaution.

S'il s'agit du bras, de l'avant-bras ou de la main, on placera le membre dans la gouttière destinée à cet usage.

Si la lésion existe à la cuisse ou à la jambe, il importe, avant tout, d'immobiliser le membre tout entier, en le plaçant dans une gouttière préalablement garnie d'ouate.

11° Dans le cas de syncope ou perte de connaissance, il faut tout d'abord desserrer les vêtements, enlever ou relâcher tous les liens qui peuvent comprimer le cou, la poitrine ou le ventre. On couchera ensuite (1) le malade horizontalement et on s'efforcera de le ranimer au moyen de fortes aspersions d'eau fraîche sur le visage, de frictions avec du vinaigre sur les tempes et autour du nez. On pourra passer rapidement un flacon d'ammoniaque sous les narines, on fera des frictions sur la région du cœur avec de l'alcool camphré ou toute autre liqueur spiritueuse : ces secours doivent quelquefois être prolongés longtemps avant de produire le rappel à la vie. Si le malade a perdu beaucoup de sang et s'il est froid, il faut réchauffer son lit et pratiquer par-dessous la couverture et sur tout le corps des frictions avec de la flanelle.

Lorsque la syncope commence à se dissiper et que le malade reprend ses facultés, on peut lui faire avaler de l'eau sucrée avec quelques gouttes d'alcool de mélisse ou de vulnéraire.

Lorsque la perte de connaissance complique des blessures considérables au crâne, il faut se contenter de placer le blessé dans la situation la plus commode, la tête médiocrement soulevée et soutenue avec soin, maintenir la chaleur du corps, surtout des pieds, en attendant l'arrivée du médecin.

Si le blessé est dans un état d'ivresse qui paraisse dangereux par l'agitation extrême qu'il excite, ou par l'anéantissement profond des forces qu'il détermine, on peut lui administrer par gorgées, à quelques minutes d'intervalle, un verre d'eau légèrement sucrée, avec addition d'une cuillerée à café d'acétate d'ammoniaque. L'administration de cette préparation pourra être répétée une fois, s'il en est besoin.

Il importe de se rappeler qu'un nombre trop grand de personnes, autour des individus blessés ou autres qui ont besoin de secours, est toujours nuisible. Pour être efficaces, ces secours doivent être donnés avec calme, et appropriés exactement aux différents cas spécifiés dans la présente instruction.

(1) Ne serait-il pas préférable de commencer par coucher le malade horizontalement et la tête basse? (*N. D. L. R.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 octobre 1891. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATION

Plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. BERGER communique une observation de plaie pénétrante de l'estomac, chez un jeune homme qui a guéri sans intervention. Rapprochant ce fait de ceux qu'il a déjà communiqués, M. Berger termine en proposant la règle de conduite suivante : Lorsque le chirurgien est appelé immédiatement après l'accident, et qu'il s'agit bien évidemment d'une plaie pénétrante, il semble indiqué de faire la laparotomie. Lorsqu'il est appelé seulement douze ou quinze heures après, et qu'il n'y a pas d'accidents, il paraît plus sage de s'abstenir, quitte à intervenir aussitôt qu'apparaîtront les accidents, car alors le blessé n'a plus d'autre chance de salut que dans la laparotomie.

M. Berger, à l'appui de cette opinion, apporte un nouveau fait de plaie de l'estomac, qu'il a récemment observé. Un jeune homme de dix-neuf ans reçoit une balle de revolver dans la région épigastrique; le lendemain, seize heures après l'accident, M. Berger est appelé auprès de lui et constate l'existence d'une plaie circulaire, siégeant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et un peu à gauche; autour existait une légère tuméfaction sensible à la palpation; l'état général était très satisfaisant, il n'y avait ni fièvre, ni réaction d'aucune sorte, ce qui lui fit éloigner toute idée d'intervention, bien qu'un vomissement, formé de matières sanguinolentes mélangées à du chocolat et survenues peu après l'accident, eût nettement démontré la pénétration de la plaie stomacale.

L'immobilisation, l'opium et la diète absolue furent prescrits pendant quatre jours; puis, dans la suite, on reprit peu à peu l'alimentation ordinaire et, au bout de quinze jours, le malade était absolument guéri.

Ce fait mérite d'être inscrit à l'actif de l'abstention. M. Berger rappelle quels ont été les résultats qu'il a obtenus dans le traitement des diverses plaies pénétrantes de l'abdomen :

Deux cas de plaie de l'estomac par balle de revolver; 2 guérisons sans intervention;

Deux cas de plaie du gros intestin; l'une du côlon transverse par couteau, l'autre du cæcum par balle de revolver; 2 guérisons, la première après suture intestinale, la seconde sans intervention;

Six cas de plaies de l'intestin grêle; une par couteau et 5 par balle de revolver; une guérison et cinq morts.

De ces chiffres, il ressort clairement que les plaies par balle de revolver, qui intéressent le gros intestin ou l'estomac, offrent beaucoup moins de gravité que celles qui siègent sur le petit intestin; c'est là un point qui joue le principal rôle dans le pronostic de ces blessures. Aussi, en présence de ces blessures, il a adopté la ligne de conduite qu'il a fait connaître.

DISCUSSION

M. VERNEUIL insiste sur la différence qu'il faut établir entre les plaies pénétrantes de l'estomac et celles de l'intestin. Il faut tenir grand compte, en effet, pour le pronostic et l'indication opératoire, du siège de la blessure, de la nature de l'organe blessé et aussi du contenu de cet organe. On sait, en effet, aujourd'hui, que la bactériologie de l'intestin joue un grand rôle dans la production de ces accidents et qu'il faut tenir compte du danger de l'inoculation immédiate ou lente de la cavité péritonéale par les microbes de l'intestin. Les plaies de cet organe

sont donc toutes différentes à ce point de vue des plaies de l'estomac. A l'appui de ce dire, M. Verneuil communique les observations suivantes : Il rappelle d'abord un cas de plaie pénétrante de l'estomac guérie sans intervention. Dans un autre cas, il s'agissait d'un garçon de dix-sept ans, de Cherbourg, qui reçut un coup de petit fusil à bout portant. Les médecins appelés aussitôt auprès de lui prescrivirent la glace et de l'opium. M. Verneuil arriva le lendemain matin à Cherbourg et trouva l'enfant mort. Il avait vécu trente-deux heures et était tombé aussitôt après l'accident dans un état de stupeur. Comme il s'agissait d'une charge de vingt-cinq plombs, il était hors de doute qu'il y avait eu plusieurs plaies pénétrantes de l'intestin grêle. Ce cas serait donc à mettre au passif de l'abstention.

Récemment, étant en villégiature à Trouville, M. Verneuil fut appelé un soir auprès d'un garçon de cuisine qui venait de recevoir un coup de couteau dans le ventre. Il y avait une plaie de la paroi et une hernie de l'intestin sur la partie latérale droite de l'abdomen, en dehors et au-dessous de l'ombilic. La plaie avait été faite avec un grand couteau de cuisine triangulaire, à travers un tablier, des vêtements et une peau sales. Les camarades du blessé avaient recouvert cette plaie et l'intestin hernié avec des serviettes également sales.

La plaie était exactement de la largeur de la lame du couteau, celui-ci était teinté de sang dans une étendue de près de 20 centimètres. La plaie cutanée était masquée par l'intestin hernié qui portait sur sa convexité une petite plaie de cinq millimètres. Il n'y avait pas de sang sur les parois abdominales, ni d'épanchement apparent de matières stercorales. Le blessé, un robuste garçon de vingt-cinq ans, mais qui était surmené et très fatigué depuis quelque temps, se trouvait dans une prostration extrême, avec un pouls misérable. Il fut transporté à l'hôpital, mais il n'y avait ni aiguilles à suture, ni fils, ni rien de ce qu'il fallait pour ouvrir le ventre, ni même établir un anus artificiel. Y avait-il d'autres plaies intestinales? L'état syncopal était presque complet; il n'y avait plus de pouls ; M. Verneuil ne put que coudre la peau. Il fit pratiquer des injections d'éther, donner des grogs, etc. Le malade n'avait eu qu'un seul vomissement, immédiatement après sa blessure. Les suites de cette légère intervention ne présentèrent rien de particulier; le blessé tomba de plus en plus dans la stupeur; la température ne s'éleva pas et ne dépassa pas 37° et il succomba trente-quatre heures après. Il fut fait une autopsie médico-légale ; très peu de temps après la mort, le ventre était ballonné et il y avait des plaques gangréneuses snr tout le corps, il y avait, en un mot, tous les signes d'une intoxication ou d'une septicémie intestinale très intenses. A l'ouverture du ventre, on trouve l'épiploon épaissi et formant un véritable tablier au-devant de la masse intestinale ; il y avait une épiploïte. En soulevant l'intestin, on trouva 1 litre et demi de sang épanché dans le petit bassin ; à la partie antérieure du cæcum, se trouvait une plaie correspondant aux dimensions du couteau. C'était donc un vaisseau du cæcum qui avait donné lieu à l'hémorrhagie. Il n'y avait pas de traces de matières fécales au niveau de cette plaie. M. Verneuil regrette de n'avoir pas pu faire la bactériologie du sang épanché. Malheureusement le défaut d'outillage, à Trouville, est le même pour la bactériologie que pour la chirurgie abdominale.

M. RECLUS, depuis la dernière séance de juillet, où a été discutée cette question des plaies pénétrantes de l'abdomen, a recueilli plusieurs faits, dont les uns lui ont été communiqués et dont les autres sont tirés de sa propre pratique. En Tunisie, un soldat reçoit dans le ventre une balle de fusil Gras; il se crée un anus artificiel par lequel sort une quantité considérable de matières fécales et le blessé guérit sans intervention. Étant donné les délabrements qu'a dû causer cette balle, il est probable que l'intervention, dans ce cas, se serait heurtée à de grandes difficultés. A côté de ce fait, M. Reclus en cite quatre autres dans lesquels il s'agissait de plaies pénétrantes par coup de couteau ou par balle de revolver et qui ont été guéris par l'abstention. M. Reclus admet, avec M. Verneuil, qu'il y a une grande différence, au point de vue de la toxicité, entre les plaies de l'estomac et celles de l'intestin ; alors que les matières stomacales ne donnent pas lieu à des accidents graves, les matières intestinales déterminent généralement des accidents de la plus haute gravité. Enfin M. Reclus insiste de nouveau sur les bouchons muqueux qui se forment souvent au niveau des plaies intestinales et sur la parfaite efficacité de ces bouchons protecteurs. Pour lui, le schock est une indication formelle de la laparotomie; il est généralement le résultat d'un épanchement sanguin. Il se rallierait volontiers aux conclusions de M. Berger ; toutefois, il fait observer que les laparotomies hâtives ne donnent pas toujours de très bons résultats ; elles donnent encore 57 p. 100 de mortalité, tandis que l'abstention donne une mortalité beaucoup moindre. Aussi, même dans les premières heures, quand il n'y a pas d'accidents, dans l'état actuel, M. Reclus préfère s'abstenir.

M. ROUTIER relate l'observation d'un enfant de quatorze ans qui avait reçu un coup de fusil, presque à bout portant, à trois travers de doigt de l'ombilic, au même niveau. Après huit heures, il n'y avait aucun symptôme de péritonite. M. Routier, pensant qu'il s'agissait d'une plaie pénétrante, fit la laparotomie, trouva une plaie pénétrante de la face antérieure de l'estomac et la sutura; en rentrant l'épiploon, il trouva des matières fécales, chercha une plaie intestinale sans la trouver, lava l'abdomen et le referma. L'enfant mourut quinze heures après l'opération. A l'autopsie, on trouva plusieurs plaies intestinales et vingt-cinq grains de plomb qui avaient fait balle. C'est donc là un cas de plus à mettre au passif de l'intervention dans les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. PEYROT a été appelé, il y a dix-sept jours, dans les environs de Reims, auprès d'un jeune garçon de seize ans, fils d'un médecin, qui avait reçu, à bout portant, dans la région ombilicale, une charge de carabine Flobert. M. Doyen (de Reims) avait vu cet enfant cinq heures après l'accident. M. Peyrot le vit dix-neuf heures après. La plaie était à gauche de l'ombilic, très mâchée, sèche, noirâtre ; il n'y avait aucun épanchement de sang ni de gaz, ni de matière fécale. Cependant la pénétration ne faisait pas de doute. Le ventre était rétracté, non douloureux; il y avait une fièvre vive, 138 pulsations et 38°8 de température. Fallait-il ouvrir le ventre ? Il était évident qu'il se faisait une péritonite. Si l'on se décidait à faire la laparotomie, on allait se trouver en présence de plusieurs plaies pénétrantes et en pleine péritonite. On résolut donc d'attendre. Après une heure, l'enfant paraissait aller mieux ; après cinq heures, l'amélioration s'accentuait, le pouls descendait à 108 et la température à 38°2. Peut-être s'agissait-il simplement d'une péritonite localisée autour des orifices. Les chirurgiens en présence résolurent donc de s'abstenir. Depuis, M. Peyrot a reçu des nouvelles jour par jour. Après six ou sept jours, la guérison paraissait assurée. Le traitement avait consisté dans la diète, l'opium à hautes doses et l'antisepsie intestinale. On croyait la partie gagnée lorsque, à la fin de la semaine, la fièvre reparut; bientôt apparut un empâtement dans la fosse iliaque gauche. On pensa qu'il se faisait un phlegmon qui se terminerait par un abcès. M. Doyen incisa la fosse iliaque, et, comme il ne sortait rien, il ouvrit le péritoine et se trouva en présence d'une péritonite généralisée ; la température s'éleva à 40 degrés et l'enfant succomba dix-sept jours après la blessure. Les accidents ont présenté ici une évolution particulière. Ils ont été tardifs. Sans doute, il aurait peut-être mieux valu intervenir dès le début. Mais en présence des angoisses du père, et surtout en raison de la tendance manifeste à l'amélioration, il paraissait plus sage de s'abstenir.

M. BERGER fait observer qu'il est très rare de voir survenir des accidents aussi tardivement que dans l'observation de M. Peyrot. Il explique de nouveau sa tendance à intervenir immédiatement après le traumatisme, alors même qu'il n'y a pas d'accidents, en raison de la gravité de l'intervention tardive. En effet, tous les blessés qu'il a opérés en état d'infection péritonéale évidente ont succombé, et cependant, quand il y a schock,

collapsus, péritonite, cette intervention reste la seule chance de salut.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Résection de l'ovaire. — M. POZZI présente deux jeunes femmes chez lesquelles il a pratiqué cette opération, chez l'une, depuis cinq mois et demi, et l'autre, depuis trois mois. Il leur a enlevé partiellement des ovaires scléro-kystiques. Ces malades, qui souffraient énormément au moment de leurs règles, ne souffrent plus et elles ont engraissé.

Gastrostomie. — M. RECLUS présente un malade chez lequel il a pratiqué la gastrostomie. Cet homme, âgé de trente-deux ans, avait avalé de la potasse caustique et était atteint d'une œsophagite avec rétrécissement, qui rendait l'alimentation impossible. Il se nourrit aujourd'hui avec une sonde de 7 millimètres. C'est la sixième opération de ce genre que pratique M. Reclus. Sauf deux cas opérés *in extremis*, les autres ont bien guéri.

Spina bifida. — M. WALTER présente un enfant de quinze jours, qu'il a opéré, quatre heures après sa naissance, d'un spina bifida sacré.

Kyste hydatique du foie. — M. WALTER montre un malade qu'il a opéré d'un kyste hydatique du foie par une incision transpleurale et une résection costale.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat s'est ouvert aujourd'hui à l'Hôtel de Ville, à midi.

La question tirée au sort était intitulée : « Articulation tibio-tarsienne. — Périostite phlegmoneuse diffuse. »

Les questions restées dans l'urne étaient : 1° « Veines du membre inférieur. — Phlegmatia alba dolens. — 2° Muscles intrinsèques du larynx. — Goître exophthalmique. »

La première lecture des copies aura lieu, au grand amphithéâtre de l'Assistance publique, le mercredi 21 octobre à quatre heures. Les séances de lecture auront lieu les lundis, mercredis et vendredis à la même heure.

— Le jury des concours de médailles d'or est arrêté ainsi :

Médecine : MM. Broca, Empis, Jaccoud, Œttinger et Sevestre.

Chirurgie : MM. Auvard, Gombault (d'Ivry), Guérin, Jalaguier et Prengrueber.

— M. le docteur Grout, médecin à Petit-Quevilly (65 ans d'exercice de la profession médicale), est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Catrin, répétiteur à l'École du service de santé militaire, est nommé professeur agrégé au Val-de-Grâce.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Un concours pour une place de chef de clinique médicale s'ouvrira le 12 novembre 1891 à huit heures du matin. Le traitement annuel est de 1 200 francs et la durée des fonctions est de trois années.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Félix Berger (de Bischwiller), ancien membre du Conseil général du Bas-Rhin en 1848, décédé à l'âge de soixante-dix-huit ans. Il était le beau-père de M. le docteur Christian, médecin en chef de Charenton.

— Le poste de chirurgien-dentiste est vacant au lycée de Vanves. Les candidats sont priés d'adresser leur demande et leurs titres à M. le Proviseur du lycée de Vanves (Seine).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 123. — JEUDI 22 OCTOBRE 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 22 OCTOBRE 1891. — Nº 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. Diagnostic et traitement de l'ulcère de l'estomac. — Contribution à l'étude de l'hypersécrétion chlorhydrique. — Bacillus coli communis; bacille d'Eberth et fièvre typhoïde. — Académie de Médecine. — Thérapeutique. — Correspondance. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le travail communiqué, dans la dernière séance, par MM. Chantemesse et Widal (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1115), a donné lieu à une réponse de MM. Rodet et Roux (de Lyon), qui a été lue par leur éminent compatriote, M. Chauveau. Dans cette note, ces auteurs maintiennent leur opinion, à savoir que c'est l'organisme typhique qui, par un mécanisme encore inconnu, donne au bacillus coli les caractères du bacille d'Eberth. Comme nous avons publié le travail de MM. Chantemesse et Widal, il est de toute justice que nous fassions connaître également la réponse des expérimentateurs de Lyon. On la trouvera plus loin *in extenso*.

Au moment où la transformation des virus est plus que jamais à l'étude, il était intéressant de revenir sur les rapports qui peuvent exister à ce point de vue entre la variole et la vaccine. On sait que deux opinions se trouvent en présence : celle de l'identité de la variole et de la vaccine, d'une part; et, d'autre part, celle de l'indépendance de ces deux affections.

La première opinion déjà soutenue, autrefois, dans une célèbre discussion, à l'Académie, par Jules Guérin, Depaul, etc., avait été fortement combattue par M. Chauveau, qui résumait ainsi, en 1865, les résultats d'expériences qu'il avait dirigées comme président d'une commission lyonnaise : « Malgré les liens évidents qui, chez les animaux comme chez l'homme, rapprochent la variole de la vaccine, ces deux affections n'en sont pas moins parfaitement indépendantes et ne peuvent pas se transformer l'une dans l'autre. » C'est cette même manière de voir qu'est venu défendre encore aujourd'hui M. Chauveau, en s'appuyant sur de nouvelles expériences.

M. Chauveau n'ayant donné lecture que de la première partie de son travail, nous en attendrons la fin pour le publier. Mais on peut, dès à présent, en tirer cette conclusion que la variolisation, telle qu'elle est encore pratiquée en Algérie, est un mauvais procédé qu'il faut abandonner, ainsi que l'a fait justement observer M. Hervieux, et l'on ne saurait, à ce point de vue, trop encourager et féliciter nos médecins militaires, pour l'ardeur qu'ils mettent à propager et à pratiquer la vaccine dans notre grande colonie.

Au début de la séance, la parole avait été donnée à M. Dubar pour la lecture d'une intéressante observation de hernie inguinale étranglée à sac diverticulaire latéral.

A quatre heures et demie, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Dieulafoy.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Diagnostic et traitement de l'ulcère de l'estomac.

Une malade de notre service vient de vous offrir un exemple intéressant des deux ordres de difficultés qui se rencontrent toujours dans l'interprétation séméiologique des hématémèses : 1° constatation de l'existence même de ce symptôme; 2° recherche de l'affection qui le produit. Cette femme, âgée de quarante-trois ans, nerveuse, offrant même quelques stigmates hystériques et, en particulier, des zones anesthésiées, raconte que, depuis trois ans bientôt, elle souffre beaucoup de l'estomac et, qu'à deux reprises, elle a eu des vomissements de sang très abondants. Elle est amaigrie sans être cachectique, la palpation de la région stomacale est très douloureuse, mais ne révèle l'existence d'aucune tumeur, d'aucun empâtement. Quelle peut être la maladie qui a causé ces vomissements de sang ?

Tout d'abord ces vomissements de sang ont-ils bien existé? Quoiqu'il faille toujours se défier des hystériques — et j'en ai vu pousser la simulation jusqu'à boire du sang pour faire croire à des hématémèses — nous n'avons pas ici, je crois, à douter de la bonne foi de notre malade et de l'existence même des hémorrhagies. Mais ces hémorrhagies provenaient-elles vraiment de l'estomac, c'est ce qu'il est toujours difficile d'affirmer rétrospectivement. Vous savez que les épistaxis peuvent, parfois, en s'écoulant dans l'estomac, être rejetées consécutivement et être prises pour des hématémèses. Mais c'est un fait qui s'observe surtout chez des enfants, des vieillards, ou bien au cours des maladies adynamiques. Chez notre malade c'est surtout avec l'hémoptysie qu'il faut faire le diagnostic différentiel de l'hématémèse. Ce diagnostic est toujours délicat. Sans doute, les antécédents morbides stomacaux ou pulmonaires, les caractères du sang rouge, rutilant, spumeux dans l'hé-

moptysie, non spumeux et mélangé d'ordinaire d'aliments dans l'hématémèse; les phénomènes de toux, de chaleur de la gorge, d'étouffements qui accompagnent l'hémorrhagie dans le premier cas, les vomissements, la sensation de distension gastrique qui l'accompagnent dans le second sont d'assez bons symptômes, mais ils sont loin d'être constants.

Chez notre malade, on peut se fonder surtout pour admettre l'hématémèse sur les troubles gastriques antérieurs, l'absence complète de tout symptôme pulmonaire à l'auscultation et à la percussion. De plus, elle raconte que ses vomissements de sang sont survenus, en quelque sorte, en masse, sans se prolonger, une fois le flot sanguin rejeté. C'est un caractère important de l'hématémèse. Une hémoptysie peut bien se faire, elle aussi, en bloc, s'accompagner d'efforts qui simulent le vomissement, parfois même de vomissements vrais, mais elle s'arrête moins brusquement; elle est suivie, pendant quelques heures, d'une expectoration sanguinolente.

L'hématémèse peut donc être admise. Mais les maladies qui peuvent causer cette hématémèse sont, vous le savez bien, nombreuses. La cause, sinon la plus fréquente, au moins la plus importante et la plus grave, est le cancer. Toutefois les hématémèses cancéreuses sont d'ordinaire peu abondantes, noirâtres; l'absence de cachexie, la longue durée nous permettent d'écarter cette cause. On peut aussi assez facilement éliminer les hématémèses dues à une stase veineuse, par maladie du foie, cirrhose ou kyste multiloculaire — aux anévrysmes — à l'ictère grave, à la leucocythémie, à la malaria, au mal de Bright. L'intensité des troubles stomacaux ne nous permet guère de songer à de simples varices œsophagiennes ou à une de ces hémorrhagies, dues uniquement à la paralysie des vaisseaux et qu'on observe parfois chez les hystériques, les chlorotiques. Ces dernières hémorrhagies sont, d'ailleurs, d'ordinaire supplémentaires et surviennent à la suite de suppression des règles, parfois de suppression d'un flux hémorrhoïdaire.

On peut également écarter, bien que le traumatisme ait joué, comme vous le verrez plus loin, un rôle dans l'affection dont notre malade est atteinte, les hémorrhagies dues à un traumatisme soit externe (contusion du creux épigastrique, par exemple), soit interne par un corps étranger avalé. En réalité, l'intensité des douleurs, leur siège à la fois épigastrique et dorsal, leur apparition aussitôt après le repas, les caractères de l'hématémèse abondante, constituée par du sang rouge, l'évolution permettent ici d'affirmer à peu près sûrement la présence d'un ulcère de l'estomac.

Le diagnostic est souvent bien plus obscur et, au début, quand il n'y a encore ni cachexie, ni engorgement ganglionnaire, le cancer est souvent bien difficile à distinguer de l'ulcère simple. Ne vous fiez pas trop à l'empâtement; exceptionnellement les ulcères par formation de cicatrices, par inflammation péritonéale de voisinage peuvent s'accompagner d'un empâtement très net. Le caractère des douleurs vives, débutant aussitôt après le repas, siégeant à la région épigastrique et à la région dorsale dans l'ulcère, plus sourdes, beaucoup moins aiguës dans le cancer, constitue peut-être le signe le moins infidèle.

Chez notre malade, quelle peut être la cause de cet ulcère de l'estomac? Cette femme n'a jamais fait d'excès, elle ne se souvient pas d'avoir jamais avalé ni corps étranger, ni liquide caustique ou toxique, ni liquide trop chaud. Elle n'a jamais eu de fièvre typhoïde et n'offre aucun signe de tuberculose. Elle ne semble pas avoir eu de chagrins prolongés. Mais il y a trois ans et demi, quelque temps avant le début des accidents stomacaux, elle a fait une chute du premier étage. Elle a perdu connaissance dans cette chute et ne peut dire si la contusion a porté sur la région épigastrique. Ce serait là une circonstance intéressante qui expliquerait bien son mal. Le traumatisme se retrouve, en effet, assez fréquemment comme cause de l'ulcère de l'estomac. J'en ai observé des exemples très nets. Je ne crois pas, d'autre part, qu'il faille faire de ces ulcères traumatiques, comme on l'a parfois proposé, une catégorie spéciale. Leurs caractères anatomiques, leur siège à la petite courbure, leur évolution sont les mêmes que dans l'ulcère simple. Parfois, au lieu d'un traumatisme unique et violent, on peut incriminer une sorte de traumatisme chronique, par exemple, par l'attitude courbée, les compressions habituelles de certaines professions.

La pathogénie de l'ulcère à la suite du traumatisme ne diffère pas de la pathogénie admise ordinairement pour l'ulcère. C'est toujours une destruction de la muqueuse qui cesse de protéger les parois stomacales contre l'action digestive du suc gastrique. La possibilité de cette destruction, à la suite de contusion sur la région épigastrique, a été, d'ailleurs, établie expérimentalement sur l'animal. Par un fait assez curieux, c'est presque toujours au niveau de la petite courbure que la rupture se produit.

Le pronostic de l'ulcère de l'estomac est grave. C'est une affection tenace, à récidives faciles et fréquentes par les moindres écarts de régime. En dehors des accidents immédiats d'hémorrhagie et de perforation qu'elle peut déterminer, elle expose à des complications assez nombreuses. La tuberculose, par suite de la gêne apportée à l'alimentation, n'est pas très rare. Parfois même, j'ai vu le cancer se greffer en quelque sorte sur l'ulcère, soit que cet ulcère fût encore en période d'état ou parût à peu près guéri.

Le seul traitement de l'ulcère de l'estomac — exception faite, bien entendu, des indications accessoires et en particulier des moyens destinés à calmer la douleur tels que la révulsion — est le régime lacté exclusif. Tous les autres régimes, tous les autres médicaments, m'ont paru bien inférieurs. Ce régime doit être intégral, la moindre addition d'autres aliments diminuant beaucoup son efficacité. Il doit être très longtemps prolongé, en raison de la facilité des rechutes. Le régime ordinaire ne sera repris qu'avec de grandes précautions — le régime végétal fera la base des premières tentatives, l'ulcère étant très rare chez les végétariens, fréquent chez les peuples à alimentation très substantielle et très animalisée. Quant à l'efficacité même du régime lacté, elle semble due à ce que le lait est, de tous les aliments, le moins irritant, et donnant lieu à la sécrétion du suc gastrique le moins acide. Elle semble due aussi à ce que le lait peut facilement être donné par fractions, de façon à ce que l'estomac ne reste jamais vide; c'est, en effet, au moment de cette vacuité que paraît surtout s'exercer l'action nuisible du suc gastrique sur l'ulcère.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'HYPERSÉCRÉTION CHLORHYDRIQUE (1)

Par Albert Mathieu, médecin des hôpitaux.

V

Ceux de nos lecteurs qui se sont donné la peine de lire la série des observations que nous avons rapportées au cours de ce travail, ont pu se faire une idée très complète de l'hypersécrétion continue de l'estomac avec hyperchlorhydrie. En rapprochant les unes des autres ces observations, on peut dresser un tableau dans lequel se retrouvent les traits caractéristiques de la maladie dont on doit la connaissance première à Reichmann et à Riegel.

Dans tous nos faits, l'étiologie est très nette; il s'agit surtout de chagrins, de pertes d'argent, d'inquiétudes, de peines morales et de surmenage consécutif.

Les pertes d'argent se retrouvent dans l'histoire de deux de nos malades. Le premier aurait perdu la plus grande partie de son avoir pendant la guerre russo-turque, à cause de la dépréciation du papier-monnaie à Constantinople à cette époque. Le second avait subi des pertes moins considérables, mais il s'était livré, par la suite, à des travaux beaucoup plus pénibles que ceux qui l'occupaient habituellement.

Dans deux cas sont notés de grands chagrins de famille.

Enfin, l'un de nos malades, poursuivi par la police de l'Empire après les affaires du 2 Décembre, s'était réfugié à Bordeaux. A partir de ce moment, il n'avait guère cessé de souffrir de l'estomac. Il a eu depuis une existence accidentée, ainsi qu'en témoignent les professions qu'il a successivement exercées.

Donc, ce qui domine nettement dans toute cette série, ce sont les influences morales. Auraient-elles eu la même action sur des individus non prédisposés? Non, probablement; et, avec d'autres auteurs, en particulier M. Marfan, nous admettons, dans la genèse de ces accidents, l'influence primordiale de la prédisposition névropathique. Un de nos malades était un neurasthénique des mieux qualifiés, un autre s'avouait comme très emporté et violent, un autre encore, celui qui a fait des métiers successifs si différents, était un type de névropathe excitable et agité.

Chez aucun d'eux, nous n'avons relevé l'alcoolisme. Nous avons vu quelquefois, mais rarement, l'hyperchlorhydrie intermittente, qui ne dépasse pas la période de digestion, survenir chez plusieurs alcooliques; nous n'avons vu qu'une seule fois l'hypersécrétion chlorhydrique continue : le plus souvent, les alcooliques sont des hypochlorhydriques.

Comme circonstance occasionnelle, nous avons signalé le mauvais état de la denture; encore, chez notre malade, y avait-il eu une autre cause, des chagrins de famille répétés. Le vice de la mastication n'était donc qu'une circonstance adjuvante, auquel nous avons déjà fait allusion.

Les hyperchlorhydriques, qui ont souvent un appétit impérieux, mangent volontiers avec trop de précipitation; quelques-uns avalent gloutonnement des morceaux non mâchés.

Chez deux de nos malades surtout, on retrouve très nettement dessinés les traits habituels de l'ensemble subjectif de l'hypersécrétion chlorhydrique : bien-être immédiatement après le repas, douleur commençant deux ou trois heures plus tard et allant en s'accentuant pendant encore une ou deux heures; douleur survenant la nuit entre minuit et deux heures du matin. Fait important, ces souffrances sont calmées par l'ingestion même d'une petite quantité d'aliments solides ou de boissons. Elles sont mieux calmées encore par la prise d'un peu de lait, de poudre ou de solution alcaline.

Chez notre premier malade, les paroxysmes douloureux aboutissaient quelquefois à des vomissements qui amenaient la cessation de la douleur. Les malades le savent si bien que, parfois, ils se font vomir à dessein pour se débarrasser du liquide acide qui irrite l'estomac. Il n'est pas rare alors que le liquide ainsi rejeté irrite fortement les muqueuses et les dents.

Un de nos malades avait de la diarrhée le matin. Cette diarrhée du matin, qui se voit quelquefois chez les malades de cet ordre, résulte, sans doute, de l'évacuation dans l'intestin du contenu hyperacide de l'estomac. On donne parfois, du reste, de la diarrhée en administrant de l'acide chlorhydrique à haute dose.

Les hyperchlorhydriques, pour une raison que l'on comprend, digèrent bien les albuminoïdes, mal les farineux et les féculents : aussi mangent-ils de préférence de la viande et des œufs. Les farineux mal digérés s'accumulent en partie dans la poche gastrique distendue. Mais notre intention n'est pas de nous arrêter à ces points classiques de leur histoire.

L'un d'eux, le jeune homme de l'observation II, n'éprouvait que des troubles modérés du côté de l'estomac. Cela ne dépassait guère les phénomènes habituels de la simple dyspepsie nervo-motrice, sans troubles chimiques. Ce qui dominait chez lui, c'était les manifestations d'ordre neurasthénique; sans examen chimique du contenu de l'estomac, il eût passé, soit pour un simple dilaté, soit pour un simple neurasthénique. Ce n'est pas la première fois qu'il nous arrive de voir, non l'hypersécrétion continue, mais l'hyperchlorhydrie et même l'hyperchlorhydrie très accentuée, chez des malades qui paraissaient n'avoir que des manifestations de banale neurasthénie. Le fait a son importance, en théorie et en pratique.

Tous nos malades avaient une dilatation de l'estomac avec stase des liquides. Chez tous, on pouvait, le matin à jeun, extraire de l'estomac une certaine quantité de liquide. Ce liquide renferme de l'acide chlorhydrique, ce qui caractérise l'hypersécrétion continue; il en renferme même quelquefois une dose très élevée. Le dernier d'entre eux, avec une acidité totale de 4,20 p. 1200, avait 3,06 p. 1000 d'acide chlorhydrique libre. On peut trouver, dans ces conditions, chez des malades non encore traités, plus d'un litre de liquide dans l'estomac. Ce liquide, jaunâtre, donne assez souvent l'idée d'un bouillon trouble qui laisserait déposer de la purée de pois fortement délayée. Il n'a aucune odeur, grâce à l'action antiseptique de l'acide chlorhydrique.

Quand les malades sont en cours de traitement, la quantité du liquide sécrété pendant la nuit tend à diminuer, et il est certain que le simple lavage de l'estomac a, sur ces états, une action bienfaisante. Nous sommes persuadé que le liquide déjà sécrété excite encore la muqueuse et la fait sécréter davantage : c'est un cercle vicieux. De là, l'utilité du lavage pratiqué le soir, au début surtout; l'estomac a, au moins, la possibilité de se reposer un peu pendant la nuit.

Les phénomènes physiques de la dilatation de l'estomac sont très fréquents chez ces malades. Il ne faut pas, toute-

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1107.

fois, les confondre avec les autres dilatés, avec les dilatés atteints de gastrite et d'hypochlorhydrie, car, chez eux, les fermentations secondaires sont impossibles grâce à la présence en excès de l'acide chlorhydrique libre. Les auto-intoxications, invoquées par M. Bouchard dans la dilatation avec hypochlorhydrie, n'ont donc pas la possibilité de se produire ici.

Chez ces malades, il n'y a pas seulement stagnation, il y a à la fois flux et stagnation partielle. Je ne veux pas rechercher ici quel est le rôle relatif de ces divers facteurs : l'atonie et l'hypersécrétion, décidé, que je suis, à donner ici la première place à l'observation clinique. Y a-t-il atonie musculaire primitive et hypersécrétion consécutive? Y a-t-il hypersécrétion primitive, contracture secondaire du pylore et dilatation stomacale en amont? Y a-t-il catarrhe acide? J'avoue ne pas savoir et peu me soucier de ces interprétations plus ou moins ingénieuses.

On prend l'hypersécrétion sur le fait lorsque, après avoir lavé l'estomac, on donne un repas d'épreuve. On obtient, au bout d'une heure, une quantité exagérée de liquide et l'on peut démontrer qu'il y a dans l'estomac deux ou trois fois plus de liquide qu'on n'en trouve à l'état normal, avec un repas d'épreuve analogue. La richesse de ce liquide en acide chlorhydrique montre qu'il ne s'agit pas d'une simple rétention, d'une accumulation de la salive ingérée.

Une de nos observations tend à prouver les rapports de l'hypersécrétion chlorhydrique continue avec l'ulcère rond. On connaît, du reste, très bien les relations qui unissent l'hyperchlorhydrie, considérée en général, et l'ulcus simplex. Cette observation tend à prouver également que l'hypersécrétion hypochlorhydrique peut succéder à l'hypersécrétion hyperchlorhydrique sans que les fonctions de l'estomac soient définitivement compromises, sans qu'une gastrite destructive soit venue produire dans la muqueuse des dégâts irréparables et supprimer à jamais son appareil glandulaire. En effet, nous avons vu l'acide chlorhydrique libre réapparaître, et l'acide chlorhydrique combiné remonter d'un chiffre inférieur à la normale à un taux physiologique. C'est là une constatation importante; elle montre qu'il ne faut pas désespérer de l'avenir d'un estomac dans ces conditions, et que l'hypochlorhydrie n'annonce pas forcément la destruction irrémédiable des fonctions chimiques de l'organe.

Enfin, nous avons rapporté l'histoire d'un homme qui, lui aussi, avait eu autrefois, suivant toute probabilité, de l'hypersécrétion chlorhydrique, qui, pendant toute sa vie sans doute, avait été hyperchlorhydrique, et qui, quarante ans après le début de sa maladie, avait encore une hypersécrétion chlorhydrique légère mais, néanmoins, anormale. Nul n'a le droit d'avoir de l'acide chlorhydrique libre le matin à jeun, en si petite quantité que ce soit.

Je voudrais, pour terminer, dire quel est le pronostic de l'hypersécrétion gastrique. Est-ce la guérison? Est-ce l'atrophie définitive de la muqueuse? La persistance indéfinie avec paroxysmes passagers et tendance à l'épuisement final de l'estomac dilaté? Tout cela est possible; mais je ne connais aucun moyen de le déterminer dès le moment même où l'on établit le diagnostic.

L'hypersécrétion continue est de connaissance trop récente pour que des cas assez nombreux, suffisamment étudiés, suivis assez longtemps, aient permis de fixer les règles du pronostic.

Nous nous sommes abstenu à dessein, dans ces réflexions générales, de faire appel à la bibliographie : nous voulions nous borner à commenter brièvement nos observations.

Dans un dernier article, nous parlerons du traitement de cette curieuse affection.

BACILLUS COLI COMMUNIS

BACILLE D'EBERTH ET FIÈVRE TYPHOÏDE

Par MM. A. Rodet et G. Roux.

Il y a deux ans, nous apportions un certain nombre de déductions et de faits qui nous engageaient à considérer le bacille d'Eberth comme une variété de « bacillus coli communis », variété créée dans l'organisme du typhique.

Au congrès d'hygiène, M. Arloing adopta formellement l'opinion que nous avions soutenue. Dans la dernière séance de l'Académie, MM. Chantemesse et Widal ont combattu énergiquement nos conclusions. Ces auteurs disent que le « bacillus coli communis » reste toujours différent du bacille d'Eberth; nous soutenons, au contraire, que c'est l'organisme typhique qui, par un mécanisme que nous ne connaissons pas, donne au « bacillus coli » les caractères du bacille d'Eberth.

Qu'on lise le travail de MM. Chantemesse et Widal, on verra qu'ils n'ont rien à opposer à nos constatations de 1889, visant les transformations d'ordre morphologique signalées par nous chez le « bacillus coli communis », sinon un fait expérimental qui nous appartient et dont ils triomphent, croyant avoir relevé une grossière erreur.

D'après MM. Chantemesse et Widal nous n'aurions apporté à l'appui de notre théorie, à côté d'hypothèses insoutenables et d'interprétations aventureuses de faits anciennement connus, qu'un fait expérimental, un fait unique qui serait erroné. Ce fait, disent-ils, c'est la suppression des caractères distinctifs du « bacillus coli » par le chauffage pendant treize minutes à 80 degrés. Or, dans notre mémoire, nous avons cité non pas une seule condition, mais plusieurs, comme capables de donner au « bacillus coli » les caractères du bacille d'Eberth, à savoir le chauffage, soit brutal, soit plus doux (44 à 45 degrés), le vieillissement, l'action des antiseptiques (nous pourrions ajouter aujourd'hui le passage dans le corps de certains animaux); et notre rédaction laisse même entendre que nous avons observé des modifications de caractères dans des conditions qui nous ont échappé (c'est là un fait bien fréquent en microbiologie). C'est au sujet de l'un des caractères distinctifs du « bacillus coli », à savoir la température-limite de culture, que nous citons le chauffage à 80 degrés pendant treize minutes.

Quelques gouttes de culture étant enfermées dans de petits tubes, dits tubes homœopathiques, ceux-ci étaient plongés dans une grande masse d'eau chauffée à la température susdite, en même temps que des tubes semblables, contenant la même quantité de cultures du bacille d'Eberth; à plusieurs reprises, à intervalles graduellement croissants, nous prélevions de la semence dans les tubes pour éprouver la vitalité et rechercher les caractères des microbes chauffés. Cette expérience était instituée dans le but de comparer la résistance des deux bacilles à la chaleur, et, par conséquent, il nous suffisait de les placer dans des conditions identiques. Nous observâmes alors que le bacille d'Eberth était tué plus vite que l'autre, et accessoirement nous vîmes qu'à un moment donné du chauffage, avant d'être tué, le « bacillus coli » voyait s'abaisser sa température-limite de culture, et cela après treize minutes de chauffage à 80 degrés dans les conditions indiquées plus haut. Si M. Chantemesse a vu mourir le « bacillus coli » beaucoup plus vite sous l'influence d'un chauffage fait dans d'autres conditions, ce fait ne contredit en rien le nôtre, qui consiste à avoir obtenu, dans les conditions susdites, l'abaissement de la température-limite du « bacillus coli », c'est-à-dire la suppression de l'un des caractères distinctifs des deux microbes.

Cette prétendue erreur de fait étant relevée, arrivons aux con-

statations nouvelles contrôlées par MM. Chantemesse et Widal comme devant définitivement ruiner la théorie que nous soutenons.

Le « bacillus coli », disent-ils, fait fermenter les sucres, le bacille d'Eberth ne le fait pas; nous serions vraiment étonnés qu'il n'existât entre ces bactéries aucune différence fonctionnelle, alors que l'une est prise à son état saprophytique, et l'autre à son état de parasitisme spécial dans lequel il faut faire intervenir, et les propriétés pathogènes nouvelles, et les transformations subies dans l'organisme du typhique.

Nos travaux actuels portant en ce moment sur ces questions de bio-chimie microbienne, nous ne voulons pas les discuter avant que nos expériences ne soient terminées et publiées; nous ne voulons même pas bénéficier des divergences qui existent entre MM. Chantemesse et Widal et Perdrix, d'un côté, et M. Malvoz de l'autre, et, cependant, ce dernier dit expressément, dans son mémoire, qu'après quinze jours de séjour à l'étuve à 37 degrés, il a retrouvé dans les cultures du bacillus coli exactement la même quantité de sucre (saccharose ou glycose) qui s'y trouvait au début.

En admettant donc, ce qui n'est nullement prouvé, qu'il ait omis d'ajouter de la craie à ses cultures, ces dernières n'ont même pas présenté un commencement de fermentation.

Mais admettons pour le moment que ces différences soient réelles, constantes et aussi tranchées que le disent MM. Chantemesse et Widal; sont-elles vraiment suffisantes pour faire deux espèces absolument distinctes? Constituent-elles des caractères qui, à eux seuls, devront annihiler toutes les similitudes que nous avons constatées? Nous ne pensons pas qu'aucun bactériologue expert veuille répondre catégoriquement d'une façon affirmative à la question posée dans ces termes.

Les exemples abondent aujourd'hui de micro-organismes qui, suivant les conditions dans lesquelles on les place, importantes ou infimes, connues ou inconnues, acquièrent ou perdent telle propriété d'ordre fonctionnel analogue à celle de faire fermenter les sucres. La levûre de bière elle-même, le type des ferments, peut perdre, sans périr bien entendu, sa propriété de ferment (1). Le « Fusarium » tantôt donne et tantôt ne donne pas de sucrase (2). Des microbes pathogènes, tels que le vibrion septique, le bacille Chauvœi, soumis à des influences délétères, peuvent perdre leur propriété zymotique avant leur pouvoir pathogène (3).

Et c'est à l'infini que nous pourrions multiplier ces exemples, connus aujourd'hui de tout le monde. Mais il y a mieux.

Une espèce sur l'identité de laquelle aucun doute ne peut être élevé, est capable de perdre une propriété autrement importante au point de vue de la détermination spécifique : « la propriété sporogène », et cela sans retour. Voici ce que dit, en effet, à propos des individus asporogènes de la bactéridie charbonneuse découverte par M. Lehman, M. Roux :

« L'expérimentateur qui rencontrerait un semblable bacille serait fort embarrassé de reconnaître en lui la bactéridie du charbon. Il n'aurait pas la moindre hésitation pour en faire une espèce saprophyte, sans parenté aucune avec le « bacillus anthracis » (4).

Il est donc impossible de différencier deux espèces par des fonctions qui, comme les fonctions zymotique, chromogène, sporogène même, sont essentiellement transitoires, fugaces et modifiables. Et pas plus que la réaction, très faible au reste, de l'indol dans les cultures du « bacillus coli », nous ne considérons le pouvoir fermentateur de ce microbe comme un caractère de différenciation spécifique.

Autrement important paraît être, au point de vue morphologique, le fait signalé par Lœffler de la présence de cils chez le bacille d'Eberth et de leur absence chez le « bacillus coli », et nous comprenons mieux l'exclamation de M. Hueppe qui, au Congrès de Londres, disait à M. Arloing : « Que vos élèves me montrent des cils chez le « bacillus coli » et je me range à leur opinion. » Il faisait, on le voit, bon marché de l'indol, et ne considérait pas comme impossible et dénuée de tout fondement l'idée que nos deux bacilles pourraient n'en faire qu'un au point de vue spécifique.

Or, en ce qui concerne ces cils et surtout leur pérennité, nous faisons, pour le moment, les plus expresses réserves et ne tarderons pas à publier ce que nous avons observé à leur sujet.

Parmi les arguments de MM. Chantemesse et Widal, celui qui aura peut-être fait sur beaucoup d'esprits le plus d'impression, est le reproche « de ressusciter, sous le couvert de la bactériologie, la vieille théorie de Murchison, et de remettre en honneur les anciennes idées médicales sur la spontanéité de la dothiénentérie ».

Or la « spontanéité morbide » n'a rien à faire ici. Dans l'ancienne doctrine qu'on nous accuse de ressusciter, le mot « spontanéité morbide » signifiait la création de toutes pièces de la maladie par l'organisme, qui, suivant la frappante expression de M. Chauffard, « serait maître de ses déterminations pathologiques ».

Y a-t-il la moindre analogie entre cette doctrine et notre théorie? Nous attribuons la fièvre typhoïde à un germe, à un microbe. Cela suffit pour que nous ne la disions pas spontanée.

Avant de présenter notre manière de voir comme rétrograde, il faudrait stigmatiser d'abord la même prétendue spontanéité admise pour d'autres maladies microbiennes, dont les germes peuvent être des organismes normaux, et déclarer inadmissible la théorie qui attribue l'angine diphthéritique à un microbe fréquemment présent dans la bouche, en considérant le bacille diphthéritique de Klebs et le pseudo-diphthéritique de Lœffler comme non spécifiquement distincts. Sous peine de contradiction et d'injustice, on doit reconnaître qu'il est tout aussi légitime de soupçonner l'identité spécifique du « bacillus coli » et du « bacille d'Eberth » que celle du bacille diphthéritique de Klebs et du bacille pseudo-diphthéritique de Lœffler.

Et que M. Chantemesse ne soit point inquiet au sujet des intérêts de l'hygiène publique; notre opinion n'a pas et ne peut pas avoir d'effet rétrograde. Le bactériologue parisien condamne une eau lorsqu'elle renferme le bacille d'Eberth; nous la proscrivons, nous, lorsqu'elle contient tout simplement le « bacillus coli », et nous avons la conviction en agissant ainsi de préserver plus d'existences qu'il ne le fait en s'en tenant à son opinion stricte.

Nous terminerons en disant qu'à des faits d'ordre morphologique, exposés par nous, il y a deux ans, M. Chantemesse oppose une constatation bio-chimique toute récente dont nous laissons aux bactériologues compétents le soin d'apprécier l'importance. Il ne suffit pas de démolir à grands fracas une théorie, il faut justifier cet acte, ce que n'ont pas fait, croyons-nous, MM. Chantemesse et Widal. Nous développerons, du reste, dans un prochain mémoire, les idées exposées dans cette note et ferons connaître les nouveaux faits expérimentaux dont nous poursuivons, en ce moment, l'étude.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des douleurs d'oreille. — Les douleurs si vives qui accompagnent les otites seraient assez bien calmées par la mixture suivante :

Chloroforme	1 gramme.
Huile d'olive	8 —

Vingt à quarante gouttes versées dans le conduit auditif fermé ensuite au moyen d'une petite boulette d'ouate.

Dans le cas de douleurs dues à un furoncle du conduit auditif

(1) Pictet et Yung. Acad. des sciences, 24 mars 1884.
(2) Wasserzug. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1887, n° 11.
(3) Arloing. Acad. des sciences, 26 octobre 1885.
(4) Roux. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 25 janvier 1890.

externe, le soulagement serait encore plus complet et plus immédiat en substituant à ce liquide un autre liquide formé de

Menthol	1 gramme.
Huile d'olive	20 —

(*Med. Record.*)

Lotion contre la pelade (VIDAL).

Ammoniaque liquide	5 grammes.
Rhum	15 —
Décoction de feuilles de noyer	200 à 300 —

Mêlez pour lotions contre la pelade. (*Union méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1891. — Présidence de M. REGNAULD.

CORRESPONDANCE

Elle comprend des lettres de MM. les docteurs Chavernac (d'Aix-en-Provence) et F. Lagrange (de Vichy), qui se portent candidats au titre de correspondant national.

LECTURES

« Bacillus coli communis »; bacille d'Eberth et fièvre typhoïde. — **M. CHAUVEAU**, au nom de MM. A. Rodet et G. Roux, lit une note sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1140.)

Hernie étranglée dans le diverticule du sac herniaire. — **M. DUBAR** (de Lille) communique l'observation d'un malade, âgé de quarante ans, atteint d'une hernie inguinale qui, d'abord réductible, devint, par suite d'un effort, difficile à réduire. Un jour, cette hernie ne put être réduite et bientôt apparurent des symptômes d'étranglement.

Appelé près du malade, M. Dubar constata une réduction partielle de la tumeur, sans modification des symptômes généraux. Il incisa dès lors la tumeur et constata qu'il s'agissait d'une hernie dans laquelle il s'était fait un diverticule, et c'est à l'orifice de communication de ce diverticule que se trouvait l'anneau constricteur de la hernie.

Les hernies de ce genre sont rares; pour les expliquer, on peut admettre une première hernie dont le collet se serait organisé; après quoi, un nouvel effort repoussant une nouvelle portion d'intestin, il se forme un second sac à collet distinct, en communication avec le premier par l'ancien collet, qui peut, sous certaines influences, devenir l'origine d'un étranglement.

Cet étranglement peut se produire alors que le deuxième sac, formé après coup, ne présente rien d'anormal.

COMMUNICATION

Transformation des virus. — **M. CHAUVEAU** commence la lecture d'un mémoire sur la transformation des virus, à propos des relations qui existent entre la vaccine et la variole.

Nous attendrons la fin de cette communication pour la publier.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Rédacteur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Au sujet des commentaires — bienveillants du reste — dont vous avez fait suivre ma lettre dans votre numéro du mardi 13 octobre, je tiens à affirmer, pour ne laisser subsister aucun doute à cet égard, que mon respect pour le *secret professionnel* est sans restriction.

Quand j'ai dit ce « fameux » secret professionnel, l'épithète, dans ma pensée, ne comportait aucune ironie à l'égard du secret en lui-même, mais s'attribuait seulement au bruit et aux controverses plus ou moins compétentes soulevées, autour de la question, dans la presse extra-médicale.

Si je ne pensais pas ainsi, je n'aurais pas pris soin de me défendre du soupçon même d'avoir pu volontairement y porter atteinte.

Ce n'est pas, à mon point de vue, le respect dû au secret professionnel qui peut être mis en discussion; comme vous, je considère que le *secret* est intangible; mais, c'est sur ce que l'on doit entendre par le *secret*, dans la pratique, qu'il est permis, peut-être, d'établir une distinction.

Ainsi, il ne me paraît guère admissible — comme on l'a prétendu plus ou moins sérieusement — que le fait, de la part d'un médecin, de porter un diagnostic quelconque, en présence de témoins — l'entourage immédiat du malade — puisse constituer une violation du secret professionnel.

A ce compte, le secret serait violé tous les jours... Il l'est, du reste, d'une façon permanente et plus ostensible, avec la complicité des médecins et de l'administration, par l'apposition, dans nos salles d'hôpitaux, des pancartes figurant au lit des malades, et portant, outre les renseignements individuels, le diagnostic de la maladie.

Mais, ceci de côté, dans la pratique journalière, ne serait-ce pas enlever au médecin jusqu'à sa raison d'être, que de lui refuser le droit de donner son opinion sur un malade à la famille qui, précisément dans ce but, fait appel à ses lumières?

Au reste, je le demande au partisan le plus farouche du mutisme médical, que penserait-il du médecin qui, appelé au chevet d'un malade et qui, interrogé par le père, la mère, l'époux ou l'épouse du malade, répondrait : « Je n'ai rien à vous dire, secret professionnel !... »

Ce serait assurément simplifier le rôle du médecin, mais aussi, on en conviendra, singulièrement l'amoindrir, que de comprendre ainsi le devoir médical, et personne n'y songe, je suppose.

J'en conclus donc, qu'à côté de l' « intransigeance » nécessaire appliquée au secret professionnel, il y a place, cependant, pour le discernement dudit secret professionnel, établi par le législateur comme une sauvegarde de l'intérêt des malades et de la dignité du médecin, mais non comme une entrave à l'exercice de la profession médicale.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, avec mes remerciements, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr P. POTTIER,
10, rue de Picpus.

Paris, le 16 octobre 1891.

En attendant que nous puissions reprendre cette question si importante du secret médical, rappelons que les statuts de la Faculté de médecine de Paris rangent sous le secret médical : *Ægrorum arcana, visa, audita et intellecta.*

A la dernière séance de la Société de chirurgie, M. Verneuil a raconté l'histoire d'un garçon de cuisine appartenant au premier hôtel de Trouville. Dans une rixe avec des camarades, ce garçon a reçu un coup de couteau dans le ventre. Appelé aussitôt auprès de lui, M. Verneuil, qui se trouvait en villégiature dans cet hôtel, a dû se poser la question d'une intervention chirurgicale. On transporta donc aussitôt le blessé à l'hôpital, car il y a un hôpital et même, paraît-il, un service de chirurgie à Trouville; mais, à son grand désappointement, M. Verneuil en demandant à voir l'arsenal instrumental n'y trouva qu'une aiguille de Reverdin! Il n'y avait ni fils d'aucune sorte, ni aiguilles, ni rien, en un mot, de ce qu'il faut pour pratiquer la moindre opération. Quant à l'antisepsie, on peut juger, d'après cela, ce qu'elle pouvait être. Allez donc, en pareil cas, ouvrir un

ventre et suturer des intestins blessés! Il fallut donc s'abstenir et laisser ce malheureux succomber à sa blessure quelques heures après. L'intervention l'aurait-elle sauvé? Cela n'est pas probable dans ce cas, étant donné la gravité des lésions constatées ultérieurement à l'autopsie. Mais dans d'autres circonstances, elle eût pu être formellement indiquée et eût pu sauver le blessé. On n'aurait, cependant, pu y recourir, faute des objets les plus indispensables.

Comment donc se fait-il que, dans l'une de nos stations maritimes les plus fréquentées, où ont lieu des courses, des régates et tous les genres imaginables de sport, où, par conséquent, les accidents sont à prévoir, où, d'ailleurs, se trouve, à certains moments, une population tellement nombreuse qu'elle suffirait à elle seule pour justifier l'organisation d'un vrai service de chirurgie, il ne soit même pas possible d'y faire une suture intestinale! Ce fait nous a paru tout au moins assez étrange pour devoir être signalé et n'y aurait-il pas lieu d'exiger des municipalités de ces villes qui vivent surtout de l'étranger un peu plus de souci des moyens les plus élémentaires de la conservation humaine?

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Delastre, médecin consultant à la station thermale de Brides-les-Bains, est nommé chevalier de l'Ordre du Christ (de Portugal).

— M. le professeur Georges Hervé commencera son cours d'ethnologie, à l'Ecole d'anthropologie, le mardi 3 novembre, à cinq heures et le continuera les mardis suivants, à la même heure. — Il traitera des populations de la France.

— M. le professeur J.-V. Laborde commencera son cours d'anthropologie biologique, à l'École d'anthropologie, le mercredi 4 novembre, à quatre heures, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure. — Il traitera des fonctions intellectuelles et instinctives en général; et, en particulier, de la fonction générale du langage et de l'expression ou mimique; du langage articulé et de la parole.

— La policlinique de chirurgie des femmes de M. le docteur Berrut (151, rue de Grenelle-Saint-Germain) est ouverte du 1er novembre au 31 août de chaque année : le jeudi, à neuf heures, leçon; à dix heures : consultation.

La première leçon aura lieu le jeudi 5 novembre. On s'inscrit tous les jours de trois à cinq heures.

Bibliothèque évolutioniste. Tome II : « Hérédité et exercice », par M. Ball, suivi d'un appendice par M. H. Osborne : « Les variations acquises sont-elles héréditaires? » 1 vol. in-18 cart. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 octobre 1891. — Présidence de M. HORTELOUP.

COMMUNICATIONS

Pathogénie de l'hydrocèle congénitale. — M. VERNEUIL fait une communication sur ce sujet. On sait, dit-il, que l'hydrocèle dite congénitale est caractérisée anatomiquement par une communication entre la cavité de la vaginale et la cavité péritonéale, cliniquement par la réductibilité de la tumeur, mais il reste encore un doute sur la théorie. On discute sur la question de savoir d'où provient le liquide accumulé dans les bourses. Ce liquide s'accumule-t-il d'abord dans la cavité de la tunique vaginale pour se déverser ensuite, quand celle-ci est trop pleine, dans la cavité péritonéale? ou bien, au contraire, ce liquide provient-il du péritoine et ne pénètre-t-il que secondairement dans la vaginale? En un mot, le liquide épanché est-il d'origine péritonéale ou d'origine scrotale? Il a paru, dans la *Gazette des hôpitaux* (voy. 1889, p. 845), une Revue de M. le docteur Faure sur ce sujet, dans laquelle cet auteur s'appliqua à démontrer l'origine péritonéale du liquide de l'hydrocèle congénitale. C'est l'opinion que M. Verneuil soutient lui-même depuis longtemps. Plus récemment encore, M. Phocas (de Lille) a soutenu la même théorie et a publié des faits intéressants qu'il a observés chez des enfants. M. Verneuil vient également d'observer un fait, dans son service, qui mérite d'être signalé.

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, robuste, vigoureux, qui était atteint de monorchidie. Depuis quelque temps, cet homme vit sa santé s'altérer, puis ayant fait un effort considérable, il constata, le lendemain, que ses bourses étaient gonflées. Il se présenta à l'hôpital, avec une tumeur scrotale volumineuse et facilement réductible. En examinant ce malade, M. Verneuil fut frappé de voir que son ventre était très volumineux, que la percussion y révélait de la matité; poussant plus loin son examen, il reconnut l'existence d'une ascite et d'une cirrhose du foie. L'ascite, dans ce cas, a donc pénétré dans le sac scrotal et a déterminé une hydrocèle dite congénitale chez cet homme, qui était monorchide depuis sa naissance. L'origine péritonéale du liquide scrotal, dans ce cas, n'est donc pas douteuse, et c'est un fait de plus à enregistrer en faveur de cette origine des hydrocèles congénitales.

M. BAZY a observé un fait analogue à celui que vient de rapporter M. Verneuil. Il s'agissait d'un malade atteint d'ascite qui, peu de temps après, vit se développer une tumeur dans le scrotum et présenta tous les signes d'un épanchement péritonéo-vaginal. Le liquide que l'on constatait dans la cavité de la tunique vaginale y avait pénétré par suite de sa tension exagérée dans la cavité péritonéale.

M. TH. ANGER rapproche des cas précédents le fait suivant: Un jeune garçon de huit à dix ans était atteint d'un petit kyste du cordon, du volume d'une chataigne, transparent, indolent, se trouvant au-dessus du testicule. Ce kyste disparaît pendant la nuit et est irréductible à la pression. M. Anger n'a jamais pu trouver l'explication de ce fait.

M. VERNEUIL fait observer que ce même phénomène s'observe dans certaines variétés d'hydrocèles congénitales qu'on ne peut réduire par la pression et qui se réduisent spontanément, ce qui peut s'expliquer par la présence d'un repli vaginal.

Hystérectomie vaginale, opération de Péan. — M. TERRILLON, après la communication faite par M. Segond, le 25 février 1891 (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 238) sur l'ablation de l'utérus comme traitement des suppurations pelviennes, selon la méthode proposée par M. Péan, avait communiqué trois cas dans lesquels il avait eu recours à cette opération avec succès. Depuis cette époque, il a pratiqué plusieurs fois cette opération et il tient à communiquer quatre observations qui ont présenté un intérêt particulier, surtout au point de vue des indications de l'hystérectomie vaginale et de la comparaison de cette opération avec la laparotomie. Voici le résumé de ces quatre observations:

Première observation. — Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, étrangère, souffrant d'une salpingite double depuis deux ans; antérieurement, elle avait fait une fausse couche suivie de pelvi-péritonite; puis un abcès s'est ouvert dans le rectum et a donné lieu à une suppuration qui a duré plus de deux ans. Cette malade se décide à venir à Paris. M. Terrillon constate dans le bassin une tuméfaction considérable, remontant jusqu'à l'ombilic; on sent nettement un double plastron; l'utérus est immobile et, de chaque côté, on constate la présence de masses dures. Il existe encore une fistule rectale qui donne du pus. La malade est dans un état grave, présente de la fièvre hectique et demande à être débarrassée par une opération.

MM. Pinard, Monod et Terrillon, réunis en consultation, discutent le mode d'intervention et décident qu'on pratiquera une laparotomie. Cette opération est pratiquée par M. Terrillon le 11 juin; il fait une incision médiane, trouve un épiploon épaissi, adhérent à la paroi, parvient à pénétrer au-dessous de lui et se trouve en présence de deux ou trois anses intestinales agglutinées entre elles, inséparables. Après quelques tentatives infructueuses, M. Terrillon renonce à poursuivre son intervention par cette voie, referme le ventre et se décide à recourir à la voie vaginale et à pratiquer l'opération de Péan. Cette opération fut très pénible; il parvint cependant à enlever l'utérus par morcellement, ouvrit une première poche purulente du côté droit, trouva du côté gauche un kyste séreux et deux poches purulentes de l'ovaire, qu'il ouvrit successivement. La malade avait perdu peu de sang; M. Terrillon n'avait dû laisser que deux pinces placées sur les pédicules formés par les trompes; l'une de ces pinces se trouvait très profondément dans la plaie. La malade était très affaiblie, cependant elle se remonta, et le lendemain elle allait bien. Elle fut en parfait état pendant vingt-cinq jours; à ce moment la température monta et s'éleva assez rapidement jusqu'à 41 degrés, malgré les lavages vaginaux dont on avait augmenté la fréquence. Il y avait donc des phénomènes d'empoisonnement. M. Terrillon pratiqua un examen au spéculum et fit pénétrer une bougie très fine, par un petit orifice, dans une arrière-cavité remplie de pus qu'il put vider et laver. Le fond du vagin s'était cicatrisé avant les plans supérieurs. Cinq ou six jours après, la température était redevenue normale et la malade allait bien. Elle conserve seulement, encore aujourd'hui, une fistulette vaginale insignifiante. Elle a engraissé et va très bien. Voilà donc un cas dans lequel la laparotomie ne permettait aucune intervention radicale, et dans lequel l'opération de Péan a amené une guérison parfaite.

Deuxième observation. — Une jeune femme de vingt-trois ans entre à la Salpêtrière, en juin dernier, avec un abdomen rempli par des masses indurées entourant et immobilisant l'utérus. Cette femme a eu, trois ans auparavant, des accidents de pelvi-péritonite et de la suppuration par le vagin et par le rectum. Dans ce cas encore, M. Terrillon s'adressa d'abord à la laparotomie qui le mit en présence de telles adhérences qu'il ne put que refermer le ventre. Huit jours après, il pratiqua, chez cette malade, l'opération de Péan; il rencontra également, dans ce cas, de très grandes difficultés; il trouva une poche purulente remontant très haut; cependant, il put enlever l'utérus, ouvrir les poches; les suites furent des plus simples. Trois semaines après la malade était complètement guérie. Ce fait présente ceci de particulièrement intéressant, qu'il s'agissait d'une tuberculose des trompes, des ovaires et de l'utérus.

Troisième observation. — Femme de quarante-deux ans, présentant depuis neuf ans des symptômes de suppuration du côté du bassin, présentant, en outre, un lichen généralisé, attribué par M. Besnier à une septicémie chronique; fièvre hectique, albuminurie, vomissements incoercibles, état déplorable. M. Tarnier, appelé en consultation, conseille d'intervenir par la voie vaginale. L'opération fut difficile; M. Terrillon eut beaucoup de peine à parvenir jusqu'au fond de l'utérus et éprouva de sérieuses difficultés pour enlever un morceau d'utérus qui restait très haut

situé. La malade eut des syncopes répétées; mais elle se remit rapidement et était complètement guérie vingt-huit jours après l'opération. Elle ne souffre plus, elle a engraissé et son lichen a complètement disparu.

Quatrième observation. — Dans cette observation, il s'agit d'une femme de trente-deux ans, souffrant d'une suppuration pelvienne depuis douze ans.

M. Terrillon, indisposé, n'ayant pu achever sa communication, la complétera dans la séance prochaine.

Plaie pénétrante du thorax par balle de revolver. — **M. SCHMIDT** communique l'observation d'un soldat qui se tira un coup de revolver d'ordonnance dans le côté gauche. Il rendit aussitôt du sang spumeux par la bouche, fit quelques pas et tomba mort. A l'autopsie voici ce que l'on put constater : plaie d'entrée de 1 centimètre dans la région précordiale, à un travers de doigt au-dessous du mamelon gauche, masses musculaires sous-jacentes contuses, perforation du quatrième espace intercostal avec éraflure de la côte, présence dans la cavité pleurale gauche de deux litres de sang coagulé; on suit le trajet à travers la partie moyenne du poumon, au milieu d'une bouillie noirâtre, et on arrive à une perforation de l'artère pulmonaire, immédiatement avant son entrée dans le poumon; il n'y a pas de blessure du cœur, ni du péricarde; le projectile a continué son trajet en sortant le long de la colonne vertébrale par un orifice petit, en forme de fente.

Dans ses recherches bibliographiques, M. Schmidt n'a trouvé aucune observation absolument semblable à celle-ci.

Cure radicale de la grenouillette. — **M. FÉLIZET**, après avoir passé en revue les différents modes de traitement de la grenouillette sublinguale, rappelle combien sont fréquentes les récidives après la cautérisation ou la résection ou l'excision partielle de ces tumeurs. On ne peut être assuré de la guérison complète qu'après une extirpation totale assez difficile à réaliser par les procédés habituels. Pour arriver à cette ablation totale idéale, M. Félizet a imaginé le procédé suivant qui, dans deux cas, lui a donné de parfaits résultats. Dans un premier temps, il injecte douze gouttes d'une solution de cocaïne au vingtième; dans un second temps, il injecte une certaine quantité d'eau boriquée, dans le but de faire saillir la tumeur : dans un troisième temps, il incise la muqueuse, le kyste fait hernie par l'incision, il le ponctionne, le vide et prend chacun des bords de la poche entre les branches d'une pince hémostatique; cela fait, il y fait pénétrer une petite éponge qui remplit sa cavité et la transforme en tumeur solide facile à décoller et à énucléer; arrivé au pédicule, il le tord et obtient ainsi la tumeur dans sa totalité.

Il présente deux poches de grenouillette qu'il a ainsi extirpées et qu'il a insufflées.

Ce procédé permet sûrement d'enlever ces tumeurs dans leur totalité.

LECTURE

Plaies pénétrantes de l'intestin chez le chien. — **M. CHAPUT** lit un travail sur ce sujet. (Comm. M. Gérard-Marchant.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas of clinical medicine (1), par Byrom BRAMWELL, M. D. assistant physician to the Edinburgh royal Infirmary.

Nous présentons à nos lecteurs une splendide publication qui nous arrive d'Édimbourg, sous le titre de : « Atlas of clinical medicine ».

(1) Un vol. in-folio, publié en 4 fascicules. Prix : 39 fr. 35. — Edinburgh, Constable, University Press.

M. Byrom Bramwell se propose de publier, chaque année, en quatre fascicules, une série de planches accompagnées d'un texte. Si nous en jugeons par les planches que nous avons sous les yeux, l'auteur nous donnera un magnifique traité illustré de médecine clinique et systématique. Une énumération des planches, qui paraîtront dans le premier volume, indiquera très nettement la direction que le docteur Byrom Bramwell se propose de donner à son atlas. Comme l'auteur, pour reproduire avec la plus grande exactitude les divers types de maladies, s'est adressé à diverses formes de l'art, nous ferons suivre chaque maladie décrite de la forme artistique adoptée.

1, 2, 3, 4. Myxoedema (planches coloriées). — 5. Sporadic cretinism (blanc et noir). — 6, 7. Addison's disease (planches coloriées). — 8, 9. Hodgkins' disease (planches coloriées et photogravure). — 10, 11. Molluscum fibrosum (blanc et noir). — 11, 12, 13. Bulbar paralysis (photogravure et planches coloriées). — 14, 15. Ophthalmoplegia externa (photogravure et blanc et noir). — 16. Facial Hemiatrophy (inédite) (blanc et noir). — 18, 19, 20. Xeroderma pigmentosum (planches coloriées). — 21, 22, 23, 24. Small-pox (planches coloriées, blanc et noir). — 25. Melancholia (planche coloriée). — 26. Monomania with fear (crayon teinté). — 27. Religious melancholia (crayon teinté). — 28. Suicidal melancholia (crayon teinté). — 29, 30. Mania (crayon teinté et planches coloriées).

Toutes les planches pour les deux premiers volumes annuels sont déjà prêtes. L'atlas complet comprendra au moins 90 planches publiées en trois ans. Chaque volume formera un tout complet et les souscripteurs au premier volume ne sont pas engagés pour le deuxième ni pour le troisième volume. Cette mesure est très sage, mais nous croyons que nul ne regrettera sa souscription à une œuvre dans laquelle la science et l'art se disputent la préséance.

Le premier fascicule s'ouvre par l'étude du Myxœdème. Après un excellent article sur cette affection, une planche coloriée nous offre un cas type; une seconde planche coloriée nous fait connaître un état avancé de myxœdème; enfin, une troisième planche coloriée nous montre une malade du docteur J. Thomson. Le crétinisme sporadique est étudié ensuite avec soin et nous offre d'excellents types. Suit un travail sur l'ataxie de Friedreich, illustré de 16 gravures dans le texte. A ce fascicule sont joints deux planches (lymphadénome; mélancolie avec frayeur) dont nous retrouverons le texte plus tard.

Le deuxième fascicule s'ouvre par la monographie de la maladie d'Addison, avec deux planches très remarquables montrant la face, la langue et le sein d'une malade atteinte de cette affection. M. Byrom Bramwell étudie ensuite le sarcome mélanique diffus avec pigmentation de la peau. Il consacre la fin du fascicule à l'étude de la maladie d'Hodgkin. Deux planches, l'une de Molluscum fibrosum; l'autre de Xeroderma pigmentosum, nous arrivent avant les monographies qu'elles doivent illustrer et nous montrent, comme nous le disions plus haut, que les planches sont prêtes à être publiées.

Pour deux fascicules, 14 planches et 96 pages de texte petit in-folio, indiquent suffisamment le soin apporté à cette publication. Nous ne saurions donc trop la recommander à l'attention de nos lecteurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats à l'internat sont au nombre de 450 pour les 48 places mises au concours.

Les candidats à l'externat sont au nombre de 557 inscrits.

— M. le docteur Sarrazin vient d'être élu membre du conseil général de la Dordogne, pour le canton de Sarlat.

— M. le docteur Baratoux commencera son cours de laryngologie, rhinologie, otologie, le jeudi 5 novembre, à deux heures, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.— Ce cours essentiellement pratique sera complet en deux

mois.— S'inscrire au secrétariat de la clinique française, 76, rue de Vaugirard et, 30, rue d'Assas.

— M. le docteur Bilhaut commencera son cours de chirurgie des enfants et orthopédie, le vendredi 6 novembre, à cinq heures du soir, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Ce cours essentiellement pratique sera complet en deux mois. — S'inscrire au secrétariat de la clinique française, 76, rue de Vaugirard et, 30, rue d'Assas.

— On demande pour remplir les fonctions de médecin-adjoint dans une maison de santé des environs de Paris : Un jeune docteur s'occupant d'aliénation mentale. On est défrayé de tout. — Appointements : 5 à 6000 francs. — S'adresser à M. Beaudouin, 20, rue de Grenelle.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 125. — MARDI 27 OCTOBRE 1891. 64e ANNÉE. MARDI 27 OCTOBRE 1891. — Nº 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. Conseil municipal de Paris : Proposition de M. Paul Strauss sur l'organisation de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. La propagation des maladies infectieuses; la prophylaxie des maladies infectieuses exotiques. — Observation d'un cas de luxation de la clavicule en avant; description de l'appareil employé pour le maintien de la réduction. — Chronique et nouvelles scientifiques.

CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS

1891

Proposition de M. Paul Strauss sur l'organisation de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux.

Messieurs,

L'an dernier, le Conseil municipal avait reconnu la nécessité de tirer un meilleur parti des ressources hospitalières de la ville de Paris; toutefois, avant de se prononcer sur le double projet de réorganisation des consultations externes et d'enseignement pratique dans les hôpitaux, il a voulu prendre l'avis du corps médical.

Bien que M. le directeur de l'Assistance publique n'ait pas encore porté officiellement à notre connaissance le résultat de cette consultation, nous ne croyons plus devoir attendre davantage avant de soumettre au Conseil des propositions précises.

Les sociétés des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux, et particulièrement la première, n'ont pas apprécié à sa valeur notre initiative; ce n'est pas ici le lieu de rechercher les causes d'un malentendu aussi étrange; mais les discussions qui se sont élevées dans ces différentes réunions professionnelles n'ont fait que démontrer avec plus de force l'urgence absolue de la réforme préconisée avant nous par le docteur Bourneville, par Robinet, et à laquelle le Conseil a donné une adhésion explicite par sa délibération du 23 décembre 1890.

M. le professeur Potain a proclamé lui-même, avec une entière bonne foi, tous les inconvénients du *statu quo :*

« Si l'organisation de l'enseignement pratique de la pathologie est demeurée imparfaite, a-t-il écrit, ce n'est point assurément que les éléments fassent défaut pour cet enseignement-là. Les nombreux malades réunis dans les hôpitaux de Paris sont pour lui une mine inépuisable de matériaux. Et, d'autre part, sans compter les membres de la Faculté qui, presque tous, y ont des services, l'ensemble des médecins des hôpitaux forme un personnel d'une valeur incomparable. Nulle part au monde on ne peut trouver un pareil ensemble. *Malheureusement, toutes ces richesses sont en partie perdues ou du moins ne sont pas utilisées à beaucoup près comme elles pourraient l'être.* »

Nous n'avons jamais dit autre chose, et cet aveu loyal d'un des plus éminents professeurs de l'École justifie amplement notre proposition.

Le Conseil municipal n'a pas le droit de se désintéresser de l'enseignement supérieur parisien, à plus forte raison est-il tenu de s'en préoccuper si les malades traités dans les hôpitaux sont appelés à en recueillir le bénéfice.

En effet, les malades n'ont qu'à gagner au surcroît de prestige et de clientèle des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux. Rien ne peut mieux stimuler le zèle et le dévouement des praticiens que l'entourage d'une phalange d'élèves et de témoins exercés. Toutefois, cet avantage ne servirait de rien si un trop grand nombre d'élèves venaient à être agglomérés dans un même service; dans ce cas, une trop grande affluence risquerait d'être nuisible aux malades.

C'est pourquoi le directeur de l'Assistance publique doit tenir la main à la répartition des stagiaires dans les différents hôpitaux et dans les différents services.

Un des meilleurs moyens d'éviter tout encombrement de ce genre consiste à multiplier les centres d'enseignement.

Un rapide examen suffit à montrer qu'en favorisant les malades, une meilleure utilisation des ressources hospitalières répond à un besoin pressant.

I

Actuellement, la Faculté de médecine ne peut assurer l'enseignement pratique de ses 4000 étudiants; elle ne dispose, à cet effet, que de seize chaires de clinique et elle n'utilise que partiellement ses dix professeurs de pathologie et ses vingt-huit agrégés pour l'enseignement de la médecine pratique. D'ailleurs, par l'organe d'un de ses membres, par le rapport de M. Potain, la Faculté a reconnu elle-même qu'elle n'était pas en état de donner à ses 4000 élèves « les moyens complets d'instruction médicale théorique et pratique ».

Aussi, M. Potain proposait d'adjoindre trente médecins et quinze chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux aux professeurs de clinique en titre; cette réforme, qui n'aura pas vu le jour, montre en quelle estime la Faculté tient le corps médical des hôpitaux pour l'enseignement des élèves.

Nulle part, ni dans la presse médicale, ni dans les réunions savantes, aucun désaccord ne s'est produit sur le principe d'une extension ou d'une réorganisation de l'enseignement pratique de la médecine dans les hôpitaux; tout le débat a porté sur les différents moyens d'atteindre le même but.

La seule constatation à laquelle aient abouti toutes les discussions est celle-ci : c'est que notre corps hospitalier est tout désigné, tout préparé pour distribuer cet enseignement complémentaire.

Ce n'est pas une nouveauté, tant s'en faut, puisque, dans le passé comme dans le présent, quelques-uns des maîtres de nos hôpitaux ont acquis une célébrité universelle par leurs cours et

leurs leçons libres; les noms de Bazin, de Chassaignac, de Gendrin, parmi les disparus, peuvent être mis en parallèle avec ceux des plus illustres représentants de l'École.

Aujourd'hui encore, il est tel amphithéâtre de chirurgie, telle salle de médecine qui attirent les élèves et les visiteurs à l'égal des services les plus renommés de la Faculté.

Il ne peut être indifférent à la Ville, à l'Assistance publique de Paris, de voir nos hôpitaux desservis par des praticiens d'une si haute valeur et d'une notoriété si éclatante.

Pour être plus modeste et moins en vue, l'action enseignante du plus grand nombre des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux ne rend pas de moindres services; seulement ces efforts ne sont pas coordonnés; toutes ces forces demeurent éparses et toutes les bonnes volontés ne sont pas groupées.

Avec l'outillage dont dispose l'Assistance publique, avec les incomparables ressources de nos hôpitaux, cet enseignement pratique complémentaire existe en réalité; il est tout prêt; une organisation seule lui a fait défaut jusqu'à ce jour.

Presque partout, des salles de cours, des amphithéâtres, des laboratoires, des musées, généreusement dotés sur le budget de l'Assistance publique, dispenseront de toute dépense nouvelle d'installation; le Conseil municipal consacre, d'ailleurs, chaque année, des subventions spéciales au fonctionnement de ces instruments de recherches et d'étude. Il n'y a presque rien à faire, puisque la plupart des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux n'ont pas attendu des encouragements officiels pour répandre autour d'eux un enseignement bienfaisant.

Nous avons tous les éléments pour distribuer un enseignement médical aussi brillant que celui d'aucune autre ville; l'heure est venue d'en profiter.

L'Assistance publique possède un *amphithéâtre d'anatomie*, où sont enseignées l'histologie normale, la physiologie, la médecine opératoire; elle dispose de 88 services de médecine, de 42 services de chirurgie, de 8 services d'accouchement, avec un personnel médical nombreux et expérimenté.

Il n'y a qu'à le vouloir, à proprement parler, pour rassembler en un seul faisceau toutes ces forces disséminées, pour mettre en pleine activité tant de bonnes volontés et tant de compétences. Rien que pour un enseignement trop dédaigné jusqu'à ce jour, celui des spécialités, notre corps hospitalier n'aura pas de peine à prendre une place qui ne lui sera disputée par personne.

II

Ce n'est qu'après avoir pris l'avis des représentants les plus autorisés de nos hôpitaux, après avoir longuement conféré avec un certain nombre d'entre eux, que nous prenons la liberté de soumettre à l'approbation du Conseil municipal un programme d'exécution d'une réforme enfin parvenue à maturité.

Il sera, tout d'abord, nécessaire d'établir une entente entre tous les professeurs libres de clinique, de telle sorte que les diverses branches et les diverses spécialités de la médecine aient leur part de représentation équitable et simultanée dans cet enseignement; un programme commun des cours, leçons et conférences, devra être rédigé chaque année par l'assemblée des professeurs des hôpitaux et soumis à l'approbation de M. le directeur de l'Assistance publique.

Nous pensons qu'à côté des cours pratiques, actuellement existants pour la plupart, il y aura lieu de mettre des amphithéâtres à la disposition des médecins et chirurgiens des hôpitaux excentriques, des nouveaux promus, de tous ceux qui, pour une raison ou pour une autre, éprouveraient le besoin de se livrer à un court apostolat, d'exposer en un petit nombre de conférences le résultat de leurs travaux et de leurs recherches; ainsi pourvus d'une tribune, ces futurs professeurs trouveront l'emploi de leurs brillantes facultés pour le plus grand profit des élèves et de la science médicale.

Les amphithéâtres, très vastes et très confortables, du nouvel Hôtel-Dieu, toujours inoccupés l'après-midi, sont naturellement appropriés à ces conférences dont le succès ne serait pas un médiocre attrait pour les étudiants étrangers.

Tel médecin, tel chirurgien, tel accoucheur, à qui son auditoire habituel ne suffirait pas, aurait une tribune retentissante pour y exposer, en un très petit nombre de leçons, une sorte d'enseignement monographique sur un sujet déterminé.

Une affiche *unique* et *collective*, rédigée par les soins de M. le directeur de l'Assistance publique, comme celle des exercices d'anatomie de Clamart, donnerait une publicité suffisante aux cliniques et aux leçons des services d'hôpitaux comme aux conférences des amphithéâtres de l'Hôtel-Dieu, avec le programme des cours, l'indication des heures, etc.

Une telle organisation, très simple et facilement réalisable, ne fait, si l'on veut, que consacrer et développer un enseignement déjà prospère; aucune objection ne saurait lui être opposée; la Faculté de médecine, qui avait songé à s'adjoindre un certain nombre de maîtres de nos hôpitaux, ne pourra qu'applaudir à la réorganisation de l'enseignement pratique par le Conseil municipal de Paris; les étudiants se réjouiront d'une amélioration si profitable à leurs études; les malades y gagneront par cela même que s'élèvera le niveau intellectuel des hôpitaux; la Ville de Paris y trouvera tout profit par une plus grande affluence d'étudiants français et étrangers.

Aussi, pour tous ces motifs, et pour faire suite à mon rapport de l'an dernier, j'ai l'honneur de proposer au Conseil le projet de délibération ci-après.

Paris, le 19 octobre 1891.

Signé : Paul STRAUSS.

Projet de délibération

LE CONSEIL

Délibère :

ARTICLE PREMIER. — Un crédit de 100 000 francs sera spécialement affecté à l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux, soit à l'allocation d'une indemnité aux professeurs des hôpitaux chargés des chaires de clinique médicale générale, de clinique chirurgicale générale, de dermatologie, de syphiligraphie, de laryngologie, de maladies des enfants, d'accouchement et de gynécologie, de maladies nerveuses, d'ophthalmologie, d'otologie; il devra subvenir en outre aux frais des cours supplémentaires de l'Hôtel-Dieu, aux dépenses d'affichage et de publicité, ainsi qu'à la dotation actuelle des laboratoires subventionnés par le Conseil et aux encouragements de toute nature à l'enseignement hospitalier.

ART. 2. — Cette dépense sera inscrite à l'article 9 du chapitre XX des dépenses ordinaires du budget, qui, au lieu de comprendre uniquement les subventions spéciales à l'Assistance publique pour divers laboratoires dans les hospices et hôpitaux, portera la rubrique suivante : *Subvention à l'Assistance publique pour encouragements à l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. PROUST.

La propagation des maladies infectieuses; la prophylaxie des maladies infectieuses exotiques.

L'étude des maladies infectieuses a fait, dans ces dernières années, des progrès considérables. Leurs conditions de développement et de propagation, les circonstances qui favorisent ou entravent l'extension du contage, celles qui influent sur les résistances individuelles opposées par l'organisme, sont aujourd'hui mieux connues, mieux précisées. S'il reste encore beaucoup à faire au point de vue pratique, la théorie des mesures de prophylaxie nécessaires se trouve à peu près fixée. La discussion peut encore

porter sur la nécessité de telle ou telle mesure prophylactique; on peut se demander si la gêne sociale qu'elle entraînera se trouvera compensée par l'efficacité de préservation qu'elle sera susceptible de donner. Mais le fait même de l'existence des maladies contagieuses et de la nécessité des mesures prophylactiques se trouve aujourd'hui admis par tous. N'oubliez pas, pour bien apprécier le progrès réalisé, que, au milieu de ce siècle, on trouvait encore bien des médecins instruits ne croyant pas à la contagion.

La première circonstance qui domine la propagation des maladies infectieuses est leur mode d'entrée dans l'économie. Pour les uns, les contages semblent pénétrer par la peau; pour d'autres, par les voies digestives; pour d'autres, par les voies pulmonaires. Dans le premier cas, c'est à éviter les contacts, dans le second c'est à la stérilisation des aliments solides et liquides ingérés, dans le troisième c'est à la pureté de l'air inspiré, qu'il faudra s'attacher pour éviter la contagion. D'autres maladies, comme la tuberculose, peuvent avoir des portes d'entrée multiples. Mais, dans quelques cas, et les expériences l'ont bien prouvé, l'activité du contage varie avec chaque porte d'entrée. Le virus du charbon symptomatique, par exemple, quand il est inoculé dans les veines, n'amène que des accidents sans gravité et produit même l'immunité pour les accidents ultérieurs. Inoculé sous la peau, il donne, au contraire, des accidents mortels. Pour la péri-pneumonie contagieuse, on constate des différences analogues, suivant les modes d'inoculation, qui tantôt produit des accidents graves et ordinairement mortels, tantôt ne produit que des accidents légers et assure encore la vaccination.

La dilution du contage a-t-elle une influence? Cette dilution peut, dans quelques cas, pour le vaccin par exemple, être portée très loin sans détruire l'activité. Mais, dans d'autres cas, son influence semble réelle. A la question de dilution se rattache, en effet, toujours la question de dose. Et la dose, la quantité d'agent pathogène, plus encore que la dilution, semble avoir, ainsi que l'a montré Shœter, un rôle réel dans la contagion.

Bien d'autres circonstances semblent favoriser ou entraver le développement des agents infectieux. Le contact de l'air, par exemple, joue souvent un grand rôle. Vous savez que les microbes sont, les uns aérobies, les autres anaérobies; que les premiers ne peuvent vivre sans l'air, les autres ne peuvent vivre au contact de l'air. Quelques-uns sont à la fois aérobies et anaérobies, sans que la présence ou l'absence d'air influent sur le développement. Pour d'autres, pour le « penicillium glaucum » par exemple, le développement peut se faire à l'abri de l'air, mais il reste alors moins complet.

Enfin, la résistance individuelle reste toujours, dans la propagation des maladies infectieuses, un facteur de haute importance. La fièvre typhoïde, vous le savez, frappe surtout les sujets surmenés. L'hygiène militaire offre des exemples bien frappants de cette loi. Dans les expéditions d'Algérie, c'est au quarantième, au cinquantième jour, que sont surtout apparues les épidémies de fièvre typhoïde. Pourtant les infections, dans les contrées à peu près désertes où avait lieu l'expédition, paraissaient devoir être moins fréquentes que dans les garnisons. Mais la fatigue des soldats diminuait dans des proportions considérables leur résistance à l'infection.

Pour nous défendre contre les maladies infectieuses autochtones, c'est, d'une part, à augmenter la résistance de l'organisme qu'il faut nous attacher; c'est, d'autre part, à détruire autant que possible les contages par la désinfection. Mais il est une autre classe de maladies infectieuses, celles qui sont d'origine exotique, où les mesures prophylactiques doivent consister avant tout à empêcher la pénétration des contages sur notre territoire. Ces mesures prophylactiques constituent un chapitre important de l'hygiène; les difficultés internationales qu'elles soulèvent, les moyens spéciaux de défense qu'elles nécessitent, méritent une étude toute particulière. La protection du sol national domine ici tous les autres moyens.

La première maladie exotique contre laquelle on ait pris des mesures de défense est la peste d'Orient. C'est à Venise, particulièrement exposée par l'étendue de son commerce, et qui, du IXe au XVe siècle, n'a pas eu moins de soixante-trois épidémies de peste, que furent créés, en 1403, les premiers lazarets. Cette création était imitée à Gênes en 1467, à Marseille en 1526. La « Santé » de Marseille, souvent attaquée à cause de ses mesures despotiques, rendit des services réels. Depuis 1720 seulement, la peste a été importée neuf fois dans le lazaret; elle s'est toujours éteinte sur place, grâce aux mesures prises, sans infecter la ville.

Dans notre siècle, l'extension du commerce, les progrès de la navigation, la nécessité pour la France de rester en communication avec sa colonie algérienne, sont venues rendre plus difficiles, mais aussi plus urgentes, les mesures sanitaires. On ne put, par exemple, maintenir l'interdiction faite tout d'abord à tous les navires venant d'Orient d'aborder dans d'autres ports que Marseille et Toulon. Il y eut une période de véritable désarroi. L'apparition de la fièvre jaune en 1822, à Barcelone, montra tout le danger des mesures insuffisantes d'alors. La loi de 1822, qui fut votée à cette époque, porte la trace des préoccupations du moment, sa sévérité est excessive et la mort est la peine édictée presque à chaque article. En 1830, l'apparition du choléra redoubla toutes les craintes; on vit se reproduire les terreurs et les affolements du moyen âge. C'est en 1852 que se réunissait à Paris la première conférence internationale, établissant le principe de la nécessité d'une entente collective des diverses puissances pour les mesures sanitaires. En 1859 avait lieu, à Paris, une deuxième conférence prématurément interrompue par la guerre d'Italie. En 1865, toujours après une terrible épidémie de choléra, eut lieu la conférence de Constantinople. En 1875, eut lieu celle de Vienne, où fut émis ce vœu intéressant, malheureusement resté lettre morte, de la constitution d'une commission permanente des épidémies. En 1885, enfin, suivant encore de près une épidémie de choléra, eut lieu la conférence de Rome. Je ne vous ferai pas en détail l'histoire de ces conférences; la nécessité des mesures hygiéniques se heurta souvent aux objections politiques et diplomatiques; l'entente commune, pour l'adoption de ces mesures, fut souvent impossible à obtenir; l'Angleterre, en particulier, opposa à la conférence de Rome une vive opposition à toutes les mesures restrictives proposées pour la navigation du canal de Suez. Malgré ces difficultés forcées, à défaut d'une entente collective absolue, le plus essentiel fut fait. On put, au moyen de mesures plus modérées, plus rationnelles que les mesures d'autrefois, exercer une protection égale et même supérieure.

Ce qu'il faut, en effet, c'est apporter au commerce le moins d'entraves possible. On peut y parvenir en substituant, autant que possible, l'assainissement, la désinfection

des navires contaminés, aux quarantaines d'observation. Mais il faut aussi bien savoir que la perturbation apportée dans les échanges commerciaux par les mesures restrictives les plus sévères, n'est rien en comparaison de celle qu'apporte une épidémie. Pendant l'épidémie de 1885, à Marseille, le mouvement du port diminua de plus d'un tiers, tout ce mouvement perdu se reportant sur le port d'Anvers.

Quels sont donc nos principaux moyens de défense? Quels sont la valeur et le fonctionnement des cordons sanitaires, des lazarets, des quarantaines? Quelle est la signification de ces mots : « patente de santé », « arraisonnement », « libre pratique », si souvent prononcés dans les règlements maritimes?

L'isolement obtenu par les cordons sanitaires est, de tous, le plus imparfait. Il est applicable dans des pays très peu peuplés, et la Russie l'a employé avec succès pour se protéger contre les épidémies de peste venant de Perse. Il est surtout applicable pour circonscrire un foyer encore peu développé. Il l'est, enfin, pour protéger une région spéciale non encore atteinte. En 1831, en Russie, on a pu, par ce système, défendre contre le choléra les palais impériaux de Peterhof, Tsarkoe-Selo, Pawlowski. Mais, formés au milieu de populations denses, sur de grandes étendues, les cordons sanitaires sont impuissants; ils sont même plus nuisibles qu'utiles, les troupes qui les forment étant facilement contagionnées et contribuant à la diffusion de l'épidémie.

L'installation des lazarets s'est aujourd'hui singulièrement compliquée. Les vieux édifices, qui suffisaient autrefois, seraient fort insuffisants. Pendant l'épidémie de choléra d'Égypte, le nombre des émigrants s'éleva à 40000. Pour accueillir ces foules énormes, il faut avant tout de vastes espaces.

La situation doit être bonne au point de vue hygiénique; une installation sans reproches est nécessaire pour l'eau potable, les égouts, les fosses d'aisances. Les divers pavillons qui composent le lazaret doivent pouvoir s'isoler les uns des autres; des constructions spéciales doivent être réservées aux sujets simplement suspects et aux sujets infectés. En France, nos principaux lazarets sont à Marseille, à Pauillac, à Saint-Nazaire. A côté des lazarets permanents, les grands mouvements d'émigration, comme celui du choléra d'Égypte, obligent bien entendu à la création de lazarets temporaires.

Le séjour d'observation dans les lazarets a reçu le nom de quarantaine. De quarante jours autrefois, comme le nom l'indique, la durée de ce séjour est tombée à huit jours, deux jours, moins encore. On distingue, en effet, les simples quarantaines d'observation où le navire est simplement suspect, et les quarantaines de rigueur où il provient d'une région vraiment infectée. Encore même, pour ces dernières, tend-on à employer plutôt des mesures de désinfection et d'assainissement qu'à retarder le débarquement outre mesure.

Les conditions sanitaires du navire sont établies tout d'abord par sa patente de santé, qui est dite nette quand il vient d'une région non contaminée; elle est brute quand elle est délivrée dans un port où règne le choléra, la fièvre jaune ou la peste, soit que le navire soit parti de ce port, soit qu'il y ait touché au cours de sa traversée. Elle est établie, de plus, par l'arraisonnement, déclaration que fait le capitaine sur tous les incidents du voyage qui peuvent intéresser la santé publique. C'est après l'examen de la patente de santé et l'arraisonnement que la commission sanitaire accorde la libre pratique. Jusque-là, les navires portent sur leur grand mat un pavillon de couleur jaune, indiquant qu'ils sont toujours suspects. En temps de peste, de fièvre jaune et de choléra, les navires à patente brute ou ceux qui ont eu des accidents à bord ne peuvent entrer, pour obtenir la libre pratique, que dans un port à lazaret.

La protection contre un navire suspect comprend, pour être efficace, une triple série de mesures exercées au point de départ, pendant la traversée, à l'arrivée. Au point de départ, le navire ne doit rien embarquer de dangereux. Les vêtements, les linges seront désinfectés; on refusera les convalescents de la maladie épidémique. Pendant la traversée, de nouvelles désinfections du linge seront nécessaires; les passagers qui pourraient tomber malades seront soigneusement isolés. A l'arrivée, la libre pratique, quand le navire est simplement suspect, peut être accordée après une simple désinfection. J'ai, de plus, proposé en ce cas, afin de diminuer les mesures vexatoires d'attente, de procéder comme on l'a fait pour l'épidémie de choléra d'Espagne.

Les passagers sur la santé desquels planerait le moindre doute sont, bien entendu, isolés, mais les passagers purement suspects sont simplement surveillés à leur point d'arrivée. Si, au contraire, il y a eu des accidents à bord, la quarantaine de rigueur devient nécessaire, avec une séquestration dont la durée varie pour la peste, le choléra, la fièvre jaune.

Telles sont les précautions pour empêcher l'infection exotique de pénétrer en France. Si, malgré tout, cette pénétration se produit, des mesures, qui se rapprochent en partie des mesures de prophylaxie autochtones, deviennent à leur tour nécessaires. Ces mesures sont, les unes immédiates, les autres éloignées.

La première des mesures immédiates doit être, bien entendu, l'information ou la notification. Il faut que les autorités sanitaires soient prévenues le plus tôt possible des cas morbides survenus. Le secret médical peut-il être un obstacle à cette notification? Pour certaines maladies autochtones, les inconvénients de la divulgation se comprennent; ils sont difficiles à concevoir pour les maladies exotiques.

La notification faite, l'isolement immédiat, la désinfection la plus minutieuse doivent être appliqués. Elles complètent la série des premières mesures, les vaccinations préventives n'ayant pas jusqu'ici réalisé les espoirs qu'on avait pu fonder sur elles dans la protection contre les maladies exotiques.

Les mesures éloignées sont d'ordre plus général. C'est par l'assainissement des habitations et des villes, l'organisation des services sanitaires et de la statistique démographique, qu'on peut assurer le maximum de l'efficacité à toutes les mesures de protection.

Mais parvenue à cette période, la prophylaxie des maladies exotiques perd son caractère spécial pour rentrer dans la prophylaxie générale des maladies infectieuses. Ce sont ses côtés plus particuliers qu'il était surtout nécessaire d'étudier avec vous.

OBSERVATION

D'UN CAS DE LUXATION DE LA CLAVICULE EN AVANT; DESCRIPTION DE L'APPAREIL EMPLOYÉ POUR LE MAINTIEN DE LA RÉDUCTION

Par le docteur Ch. Legrain,

Médecin-major au 1er bataillon d'artillerie de forteresse.

Le 9 octobre 1890, le nommé D... (Henri), âgé de vingt-six ans, maréchal des logis au 1er escadron du train des équipages militaires, entre à l'hôpital militaire de Lille, dans le service des blessés dont j'étais temporairement chargé. Il montait, dit-il, un jeune cheval, lorsque celui-ci prit peur et s'emballa. Pour éviter un arbre à sa droite, il releva la jambe sur la croupe du cheval, s'appuyant sur l'étrier gauche, tout le poids du corps porté de ce côté, l'épaule en avant. C'est dans cette position qu'il fut violemment projeté contre un autre arbre. Le choc porta surtout sur le moignon de l'épaule gauche et également sur tout le côté. D... tombe de cheval et perd connaissance.

Il est transporté dans cet état à l'infirmerie du corps, où il ne reprend connaissance qu'une heure environ après l'accident. Envoyé d'urgence à l'hôpital, nous le voyons quelques instants après.

Examen du blessé. — Outre des douleurs assez intenses, mais peu localisées, dans tout le côté gauche, D... se plaint tout particulièrement d'une douleur très vive au niveau de l'extrémité interne de la clavicule gauche. On sent très nettement et l'on voit la tête de la clavicule chevauchant sur le sternum. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien est en saillie manifeste, et le blessé incline légèrement la tête de ce côté. Les mouvements du bras, qui peuvent cependant s'effectuer dans de certaines limites, sont douloureux, surtout si on veut les exagérer; la douleur se rapporte toujours au même point.

On constate enfin le rapprochement du moignon de l'épaule du milieu de la fourchette sternale, de plus, les deux clavicules mesurées avec soin présentent la même longueur. Les signes de la luxation de la clavicule en avant se trouvent donc réunis; le doute n'est pas possible.

Le blessé est dans un état légèrement syncopal, la commotion cérébrale peut être considérée comme dissipée; les réponses de D... offrent toute la netteté désirable.

Nos tentatives de réduction aboutissent assez rapidement en plaçant le genou au milieu du dos et en attirant très fortement les épaules en arrière; malheureusement la luxation se reproduit immédiatement lorsqu'on cesse cette traction vigoureuse des épaules en arrière.

Nous nous contentons d'appliquer quelques ventouses scarifiées sur le thorax pour combattre la douleur, et provisoirement nous maintenons la clavicule en place, au moyen d'une écharpe triangulaire qui soutient le coude et d'une pelote ouatée faisant compression sur la tête de l'os.

Évidemment ce moyen ne pouvait être qu'insuffisant, il fallait songer à la contention énergique des épaules en arrière qui suffisait à la réduction complète. Cette indication n'est pas facile à réaliser d'une façon continue. De tous les nombreux appareils proposés, il n'en est pas où cette indication se trouve complètement remplie et cela parce que le point d'appui, pour faire la traction, manque le plus souvent; nous croyons l'avoir trouvé dans le moyen simple dont nous parlerons plus loin.

Malgaigne déclare qu'il est difficile et rare de guérir un accident de ce genre sans déformation. De son côté, Hamilton (1) dit que, dans aucun des onze faits de luxation sterno-claviculaire en avant qu'il a pu réunir, la réduction complète n'a été obtenue, ou si elle l'a été les os n'ont pas été maintenus en place.

On le voit, l'insuccès est presque considéré comme une règle. Cela tient peut-être à ce que, outre la raison que nous donnions plus haut — le défaut d'un point d'appui, dans tous les bandages employés — la traction des épaules en arrière, n'a pu ou bien être portée assez loin, ou maintenue assez longtemps en raison des douleurs vives, de la rougeur, de l'irritation des téguments qui obligent à y renoncer.

De ces bandages, les uns, d'ailleurs, comme celui de Desault, doivent être forcément insuffisants, parce que la traction de l'épaule en arrière ne peut être suffisamment prononcée surtout dans le décubitus dorsal; et si ce chirurgien affirme avoir presque toujours obtenu, avec son appareil, un succès complet dans les luxations en avant de la clavicule, Richerand, Guersant et bien d'autres affirment n'avoir pas été aussi heureux.

Les autres appareils, qui ont pour but de repousser en arrière la tête de l'os luxé, ne sauraient être plus efficaces. Ainsi, celui de Nélaton, qui consiste en un brager anglais, dont la pelote antérieure s'applique sur l'extrémité luxée, la pelote postérieure sur l'épine dorsale (le ressort passant dans l'aisselle du côté sain, le bras fixé au corps par un bandage de corps); celui de Demarquay, qui se compose d'un plastron de cuir rattaché au corset ou au pantalon par des courroies élastiques et sur lequel est fixé un ressort en arc, dont l'extrémité antérieure porte sur une pelote destinée à presser sur la tête de la clavicule déplacée; enfin, celui de Mélier, analogue au précédent, doivent inévitablement ne pas remplir complètement leur but, parce qu'ils ne sont pas aidés de ce qui est capital dans la réduction : la traction presque exagérée des épaules en arrière.

Quelques auteurs, cependant, ont compris cette nécessité, et Ast. Cooper, en particulier, recommande un appareil ayant pour objectif d'attirer les épaules en arrière et d'exercer une pression directe sur l'os en saillie.

Enfin, le grand nombre de ces appareils n'échappent pas aux reproches formulés par M. Richet, qui sont de fatiguer tellement les malades que la plupart s'y refusent, de se déranger et de mettre le chirurgien dans l'obligation de les réappliquer si la déformation (qu'il s'agisse d'une luxation ou d'une fracture) se reproduit, enfin et surtout de donner une fausse sécurité, la contention n'existant plus alors que le bandage paraît n'avoir subi aucune variation.

Comment remédier à des inconvénients si réels?

D'une part, en prenant un point d'appui fixe qui sera en quelque sorte le pivot sur lequel il sera facile d'exercer des tractions au degré et dans la direction désirés; — de l'autre, en conservant en quelque sorte sous l'œil le siège du mal. Nous espérons que l'appareil, si simple, dont nous allons entreprendre la description, et que nous avons appliqué le surlendemain de l'entrée de l'homme à l'hôpital, échappe aux critiques, puisque le blessé l'a supporté sans impatience pendant trente-huit jours; qu'il laisse pour ainsi dire à découvert le siège du déplacement, et qu'enfin son efficacité semble indéniable, puisque le succès a été la conséquence de son emploi.

Il se compose d'un corset en plâtre assez résistant, dans lequel nous avons incorporé à la partie postérieure de fortes agrafes au nombre de quatre; deux sont situées latéralement au tiers inférieur du corset et ont une direction oblique, — les deux autres verticales, à ouverture du crochet, regardant en bas, sont plus médianes et sont à quelques centimètres en dessous des premières.

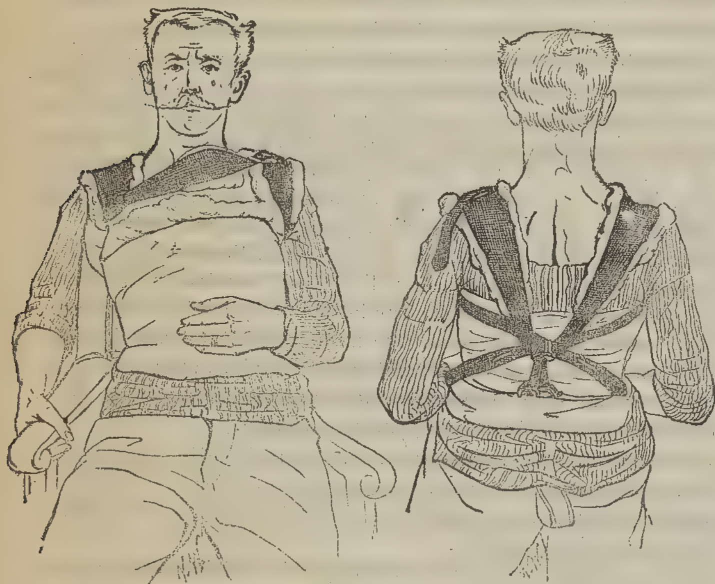
L'appareil est pour ainsi dire constitué, nous n'avons plus qu'à le compliquer par des courroies rappelant les courroies du sac du soldat, de forme ovale, qui, bien rembourrées, permettent (comme le montrent les dessins ci-après) la traction des épaules en arrière. Elles reposent sur le deltoïde et sur la paroi interne du creux de l'aisselle, de façon à éviter l'œdème qui pourrait se produire par la compression des vaisseaux du bras, et sont munies de trous nombreux pour se fixer aux crochets latéraux, celle de droite au crochet gauche, celle de gauche au crochet de droite.

Mais la traction ainsi obtenue serait peut-être insuffisante, et en tout cas pourrait se relâcher, aussi faut-il la compléter. C'est

(1) Hamilton. *Traité des fractures et luxations.*

le rôle d'un lien solide, muni également d'un crochet qui, se fixant sur l'entrecroisement des courroies et aux agrafes inférieures, agit comme renforcement et donne à l'ensemble une solidité et une fixité remarquables.

La sensation qu'éprouve le blessé de cette traction est comparée par lui à celle d'un fardeau qu'il aurait sur les épaules, — pour marcher il est obligé, pour ne pas tomber, de porter tout le poids du corps en avant, tellement il se sent attiré en arrière. C'est ainsi que sa démarche est toute particulière, et qu'il est obligé d'écarter les jambes pour élargir sa base de sustentation.



Enfin, dans le but d'empêcher ces bracelets de glisser, et surtout dans le but d'exercer une légère compression sur la tête déplacée, une courroie assez large, munie de trous pouvant facilement maintenir un tampon, réunit ces deux bracelets et passe en avant du thorax exactement sur l'extrémité interne de la clavicule. Une boucle sur le bracelet du côté malade sert à la fixer et permet de graduer l'intensité de la force compressive. Il faut insister sur le bon effet de la compression exercée sur la tête, compression osseuse utile, bien que relativement légère. En effet, en exerçant cette traction des épaules en arrière, la luxation se réduit, mais l'exagération de ce mouvement produit, cela est évident, un léger mouvement de bascule de la clavicule dont l'extrémité interne a de la tendance à se porter en avant, mais rien ne s'oppose dès lors à sa propulsion en arrière, la plus minime pression avec les doigts suffit. Nous n'avons évidemment en vue que les cas simples, que ceux dont la réduction est relativement facile; — il en est d'autres qui sont absolument rebelles à toutes tentatives, cela tient sans doute à ce que le fibro-cartilage, comme le veut Sédillot (1), est repoussé en arrière par la tête de l'os, et lui fait par suite obstacle.

Le bandage dont nous venons de parler est loin d'être parfait, peut-être n'est-il pas nouveau, mais la facilité de son application nous a déterminé à écrire cette note. Si nous avions à le refaire de nouveau, nous apporterions les modifications suivantes : au lieu des crochets que nous avons incorporés dans le plâtre au moyen de rubans solides, nous emploierions des boucles; au lieu de courroies munies de trous, nous ferions terminer les bracelets par des lacs solides.

L'action que l'on voudrait produire serait ainsi mieux graduée; en quelque sorte à volonté.

Disons enfin que l'on pourrait remplacer ce corset plâtré par un corset ordinaire de femme, mais plus solide et fait sur mesure. Il faut, toutefois, reconnaître que ce corset, qui doit être fait sur mesure autant que possible, perd une partie des avantages de celui que nous proposons, qui sont sa facile confection et son prix de revient absolument insignifiant.

Nous estimons que notre appareil peut aussi, dans un bon nombre de cas, sinon dans tous les cas de fracture, être d'une application heureuse.

Que doit-on, en effet, chercher dans ces fractures?

1° Maintenir le fragment acromial en sens inverse du déplacement, c'est-à-dire en haut, en arrière et en dehors;

2° Abaisser et souvent refouler en arrière le fragment sternal;

3° Les immobiliser dans cette position.

Aucun des bandages imaginés ne satisfait à toutes ces indications à la fois.

Malgré l'opinion d'un certain nombre d'auteurs et de Hamilton, en particulier, qui prétend que « l'indication de porter l'épaule en arrière », sauf en ce qu'elle peut incidemment servir à réaliser « l'indication de porter l'épaule en dehors » et de prévenir le chevauchement des fragments, est relativement peu importante, nous n'hésitons pas à croire, d'après quelques cas que nous avons observés, que très souvent l'indication principale est de porter l'épaule (ou mieux les deux épaules) en arrière, et de les maintenir dans cette position, celle qui consiste à porter l'épaule en dehors est certainement beaucoup moins importante.

Quoi qu'il en soit, pour satisfaire à ces différents points, les chirurgiens ont eu recours, après les bandages simples, à la mécanique et aux mécaniciens.

Tous ces instruments, appelés par M. Richet « instruments de supplice », ont été abandonnés. Ainsi : le levier élastique de Bruninghausen, sorte d'appareil à pelote dorsale, munie de gros ressorts pour attirer les épaules en arrière ; l'appareil d'Hubenthal qui n'en diffère qu'en ce que les ressorts, pour attirer les épaules, sont fixés à une ceinture thoracique, et l'on en est arrivé presque à ne plus rien essayer, l'écharpe restant en définitive le bandage ordinaire de la clavicule.

Cependant cette question est toujours à l'étude, et, dans un travail intéressant sur le traitement des fractures de la clavicule (1873), M. Félix Paquet fait la critique des moyens employés pour maintenir la réduction qu'il range en deux groupes : 1° les spicas, 2° les croix et coussins inter-scapulaires, et arrive à cette conclusion, qui est celle de la plupart des chirurgiens, qu'aucun appareil ne répond d'une manière parfaite à toutes les indications du traitement, savoir : porter l'épaule en haut, en dehors et en arrière, de manière que la clavicule se consolide sans raccourcissement ni difformité, et insiste tout particulièrement sur cette obligation absolue, presque toujours suffisante, d'avoir les épaules fortement portées en arrière.

Lui aussi propose un appareil dans ce but et que nous allons brièvement résumer :

1° Les deux moignons de l'épaule sont attirés en arrière à l'aide de deux anneaux qui entourent les épaules et sont lacés en arrière;

2° A l'un des anneaux, en un point qui correspond à l'extrémité externe de la clavicule, est fixé l'appareil contenteur des fragments.

Ce système contenteur est tout simplement une plaque de tôle à laquelle on a fait prendre les courbures de la clavicule. Cette plaque est percée de trous qui laissent passer des vis distribuées sur trois rangs parallèles aux directions des bords et des faces de la clavicule.

Ces vis, que l'on peut éloigner ou rapprocher à volonté, appuient sur une gouttière en gutta-percha, modelée sur la clavicule, les creux sus et sous-claviculaires.

La rangée supérieure des vis appuie sur la partie de la gouttière qui répond au bord supérieur de la clavicule, la rangée moyenne appuie sur la face antéro-interne de la gouttière de la rangée inférieure, se dirige de bas en haut, dans la direction du bord inférieur.

De cet appareil un peu compliqué, nous ne retiendrons qu'une chose, la traction des épaules en arrière; — la compression des fragments au moyen de vis, théoriquement, doit être excellente,

(1) Sédillot. *Contributions à la chirurgie.*

mais constitue une difficulté pratique, indéniable. Un compresseur élastique, un simple tampon ouaté suffiront le plus souvent. Nous estimons, en effet, que le point capital est tout entier dans la traction des épaules en arrière, et lorsque cette base d'appareil est bien réalisée, il suffit d'un effort de peu d'importance pour maintenir la réduction, qu'il s'agisse d'une luxation ou d'une fracture.

Notre blessé est sorti de l'hôpital guéri. A sa sortie on ne constate plus qu'une très légère déformation à peine sensible, suffisante pour attester la réalité de l'accident, les mouvements du bras sont complets, leur exagération, toutefois, est encore interdite par mesure de prudence.

Ce résultat a été acquis d'une façon complète, dans un délai de cinquante jours, sans autre ressource que des courroies, quelques agrafes, un peu d'ouate et un appareil plâtré de confection très simple.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 23 octobre 1891, les médecins-majors de deuxième classe, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. Huguenard, pour le 161e d'infanterie; M. Sommeillier, pour le 6e hussards.

— Le lundi 7 décembre 1891, à midi précis, il sera ouvert à la Préfecture de la Seine, rue Lobau, n° 2, un concours pour la nomination à cinq places d'internes titulaires en médecine, dans les établissements d'aliénés du département de la Seine.

On s'inscrit du jeudi 5 novembre au samedi 21 novembre au bureau des aliénés, rue Lobau, 2.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours des hôpitaux de Lyon s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Collet, Martel, Barjon, Pauly, Tuja, Roux, Paviot, Dumarest, Deydier, Durbesson, Peytouraud, Garcin, Regaut et Cotsos.

— La Société des anciens internes de Lyon vient de renouveler son bureau pour l'année 1891-1892. Ont été nommés : président d'honneur, M. Lavirotte; président, M. Boudet; secrétaire, M. Mouisset; trésorier, M. J. Audry; assesseurs, MM. L. Gangolphe et A. Rodet.

— M. le docteur Charrier est nommé secrétaire de l'École de médecine d'Angers, en remplacement de M. le docteur Jagot, dont la démission est acceptée.

— M. le docteur Ferrand commencera ses conférences de thérapeutique clinique (des indications), à l'hôpital Laënnec, le vendredi 30 octobre 1891, à neuf heures et demie, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

— M. Auvard commencera à sa clinique privée (15, rue Malebranche), le jeudi 12 novembre à quatre heures, un cours public et gratuit de gynécologie.

Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis à la même heure et sera complété en un mois et demi. — Se faire inscrire, 15, rue Malebranche.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Bouty commencera le cours de physique le mardi 10 novembre, à une heure et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera de l'optique.

— M. le professeur Troost commencera le cours de chimie le lundi 9 novembre, à une heure, 3, rue Michelet, et le continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure. — Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermo-chimie; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons.

— M. le professeur Ditte ouvrira le cours de chimie, 3, rue Michelet, le mercredi 11 novembre, à deux heures, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera des métaux et de leurs combinaisons principales.

— M. le professeur-adjoint J. Chatin étudiera les lundis et mercredis, à dix heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, les organes et fonctions de relation.

— Poste médical à céder dans la Sarthe, station sur la ligne de Paris à Brest. Rapportant 8 000 francs touchés. On est médecin cantonal, ce qui rapporte en moyenne 1 000 francs.

Conditions : 1 000 francs comptant et prendre la suite du bail 625 francs. Le titulaire présenterait son successeur. — Urgent. — S'adresser à M. le docteur Codet, à Conlie (Sarthe).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 126. — JEUDI 29 OCTOBRE 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 29 OCTOBRE 1891. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — La récente communication du professeur Koch sur la tuberculine. — HOSPICE DE BICÊTRE. Deux faits d'ophthalmoplégie tabétique. — Contribution à l'étude de l'hypersécrétion chlorhydrique. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. Concours d'admissibilité aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés institués par l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Chauveau a terminé la lecture de son travail sur la transformation des virus à propos des rapports de la variole et de la vaccine. Nous avons fait connaître quelle était la conclusion générale de cet important travail. Cette conclusion, on se le rappelle, est que la variole et la vaccine sont deux affections complètement indépendantes l'une de l'autre. M. Hervieux, se basant sur la grande expérience que lui donnent ses fonctions de directeur de la vaccine, a déclaré, à son tour, que les faits expérimentaux avancés par M. Chauveau se trouvaient confirmés par les faits cliniques.

Nous signalerons une note de M. Arthaud sur une épidémie de tuberculose à l'Usine municipale d'électricité. Les faits dont il s'agit dans cette note paraissent de la plus haute gravité et nous semblent mériter toute l'attention des conseils d'hygiène.

LA RÉCENTE COMMUNICATION DU PROFESSEUR KOCH SUR LA TUBERCULINE (1)

Le professeur Koch pense être parvenu à extraire de sa lymphe la substance active, c'est-à-dire la tuberculine pure. Par le lavage répété de la lymphe avec une partie et demie d'alcool à 60 p. 100, la filtration et la dessiccation dans le vide, il obtient une poudre blanchâtre soluble dans l'eau. Cette poudre jouit des mêmes propriétés que la lymphe elle-même, mais à un degré beaucoup plus élevé ; elle agirait avec une puissance quarante fois plus considérable chez l'homme, cinquante fois plus grande chez le cobaye.

La tuberculine pure se conserve très bien dans l'eau glycérinée.

(1) *Deuts. Med. Wochens.*, 22 octobre 1891.

Son analyse a montré qu'il s'agit d'une substance albuminoïde ; c'est, par conséquent, une toxalbumine.

Elle a été essayée sur le cobaye, sur l'homme sain et sur l'homme tuberculeux. Il en faut quarante fois moins que de lymphe pour achever un cobaye tuberculeux. Chez l'homme, son action ne se mesure pas de la même façon — volontairement tout au moins. Cinq personnes saines et courageuses, dont quatre médecins, se sont soumises aux injections hypodermiques de la redoutable toxine. On observa une réaction fébrile proportionnée à la dose :

2 milligr.	donnèrent	38°2	température maxima
3	—	—	38°7	—
4	—	—	39°	—
5	—	—	39°2	—

Les effets furent les mêmes qu'avec la lymphe. Chez une des personnes mises en expérience, un homme vigoureux, il y eut, au bout de dix heures, une température de 39°5 ; cette température retomba à 38°4, puis, vingt-sept heures après l'injection, remonta à 40 degrés. Le pouls devint petit et irrégulier, et on fut amené, pour soutenir le cœur, à administrer de l'alcool. On voit poindre là les redoutables accidents de collapsus qui ont causé autrefois la mort d'un certain nombre de malades.

Les essais faits sur les malades de l'hôpital Moabit ont montré que la tuberculine purifiée, sinon pure, avait les mêmes propriétés que la tuberculine brute, c'est-à-dire que la lymphe.

Avoir les mêmes propriétés que la lymphe, ce n'est pas une recommandation suffisante, et, en somme, les recherches de Koch tendraient à démontrer que les violents effets de la tuberculine n'étaient pas dus à des substances accumulées, mais bien à un principe défini. Ce n'est pas là, du reste, une conclusion ferme.

Les médecins tenteront difficilement une nouvelle épreuve de la médication de Koch, même après purification, et, en somme, jusqu'à présent, il semble que Koch n'ait fait qu'ajouter un chapitre de technique à l'histoire de la toxicologie microbienne.

Tirera-t-on jamais de ces produits d'une puissance formidable de nocivité des substances utiles en thérapeutique, constantes et maniables? Espérons-le, mais attendons.

Koch termine sa communication en annonçant que, pour préparer de grandes masses de cultures de bacille, il fait ces cultures sur un milieu liquide, bouillon de veau ou so-

lution d'extrait de viande glycérinés. L'ensemencement se fait par une petite parcelle nageant à la surface du liquide. La substance active est contenue aussi bien dans les masses solides de bacilles que dans le bouillon. Il importe que ces cultures soient pures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Déjerine.

Deux faits d'ophthalmoplégie tabétique.

Les deux malades dont je désire vous entretenir aujourd'hui présentent tous deux un symptôme bien frappant dès le premier aspect, la chute complète des deux paupières recouvrant entièrement le globe de l'œil. Chez le premier surtout, cette chute est absolue; malgré la contraction des muscles frontaux qui essaient de suppléer le releveur paralysé, l'occlusion de l'œil est presque totale. A peine le malade, en faisant les efforts les plus pénibles, peut-il très légèrement l'entr'ouvrir. Ces efforts sont cependant tels qu'il se produit un véritable spasme du frontal; l'orbiculaire lui-même se contracte à son maximum; l'œil s'entr'ouvre à peine et par un clignement des plus singuliers.

Cette chute des deux paupières, si frappante qu'elle devait attirer tout d'abord notre attention, se complique d'autres paralysies des muscles de l'œil. En soulevant les paupières avec le doigt, on constate des deux côtés de la mydriase; pour l'œil gauche la présence d'une cataracte molle permet mal d'apprécier l'état des réflexes à la lumière et à l'accommodation; sur l'œil droit on constate la perte de ces réflexes. Mais, de plus, des deux côtés, il y a disparition absolue de tous les mouvements du globe de l'œil; ces globes sont fixes, immobiles; le malade ne peut changer l'axe visuel qu'en tournant, en baissant et levant la tête; l'ophthalmoplégie, aussi bien motrice que fonctionnelle, est pour les deux yeux complète et totale.

Quelle est donc l'histoire clinique de ce malheureux âgé de trente-quatre ans ? Il n'a pas d'antécédents névropathiques; il n'a jamais fait de grandes maladies, mais, à vingt et un ans, il a eu un chancre et des plaques muqueuses. C'est, il y a deux ans, que se produisit la chute de la paupière droite; trois mois après apparaissait le ptosis gauche, trois mois plus tard la motilité des yeux s'affaiblissait, en seize mois l'ophthalmoplégie était complète. La cataracte qui existe du côté gauche est d'origine congénitale. Mais, à droite, l'examen ophthalmoscopique, fait par M. Rouffinet, a montré des lésions récentes du fond de l'œil. M. Rouffinet a constaté une rétino-choroïdite trophique pigmentaire, d'origine spécifique.

Depuis quelque temps est apparu un nouveau symptôme bien insignifiant en apparence, à côté de l'ophthalmoplégie, bien important, en réalité, pour le diagnostic. Le malade éprouve de temps à autre des élancements, des douleurs assez vives, passagères, dans les membres inférieurs. Examinons ses réflexes rotuliens; ils ont totalement disparu. Ce malade est donc un tabétique. Il s'agit chez lui d'une forme rare de tabes, à début oculaire. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance qu'a chez lui l'existence d'une syphilis antérieure; sur l'importance bien plus grande encore qu'aurait eue ce commémoratif, pour le résultat du traitement, il y a deux ans, tout à fait au début.

Le second malade est un homme de quarante-cinq ans. Il n'a pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Son ancienne profession, mécanicien de locomotive, a dû cependant l'exposer aux trépidations, aux variations brusques de température. En août 1889, il éprouvait dans les membres des douleurs fulgurantes classiques. En novembre, apparaissait la chute de la paupière droite, peu après apparaissait celle de la paupière gauche. Actuellement, l'occlusion est complète à droite, un peu moins totale à gauche. En soulevant les paupières, on trouve une mydriase très prononcée. Les réflexes de la pupille à la lumière et à l'accommodation ont tout à fait disparu. Les deux yeux sont fixes en strabisme externe, et tous les autres mouvements sont abolis. L'ophthalmoplégie est ici incomplète; le nerf de la sixième paire, le moteur oculaire externe est respecté.

Un point fort intéressant de l'histoire de cette ophthalmoplégie, point sur lequel je reviendrai dans un moment, est qu'elle a été, il y a deux ans, plus complète qu'elle n'est aujourd'hui. La chute de la paupière était plus absolue. Il y a une amélioration sensible. Cette amélioration nous sera fort utile pour discuter la pathogénie même de l'affection.

Chez ce malade, les réflexes rotuliens ont disparu, comme chez le précédent. Lui aussi est donc un tabétique. Il n'est pas encore arrivé à la période d'incoordination. En passant, je vous ferai remarquer la déformation très nette de l'articulation tibio-tarsienne droite. Il y a gonflement et déviation. Mais ce gonflement, cette déviation sont le résultat d'un ancien traumatisme, d'une fracture des malléoles mal consolidée et non, comme on le supposerait tout d'abord, d'une arthropathie.

Depuis un mois sont apparus de nouveaux symptômes. Le malade se plaint d'éprouver des difficultés en mangeant. Regardez-le attentivement, vous constatez que la face est devenue asymétrique; la commissure labiale gauche est abaissée; quand il siffle, cette commissure se déprime, s'échancre. En regardant la gorge, on trouve le voile du palais flottant, comme détendu; il est, d'ailleurs, resté symétrique; la voix est à peine nasonnée, mais le malade est dans l'impossibilité de boire rapidement. La mastication est surtout devenue difficile; le malade ne peut plus serrer les mâchoires, sa bouche reste toujours légèrement ouverte; au moment d'avaler, pour presser les aliments, il est souvent forcé de pousser en haut son menton avec la main; mettez le doigt entre ses arcades dentaires, c'est à peine si la pression qu'il exerce, en déployant toutes ses forces, est sensible. Cette paralysie du temporal et du masséter coexiste, d'ailleurs, avec leur atrophie; cette atrophie qu'on peut déjà pressentir à la vue, est beaucoup plus manifeste encore à la palpation. Par contre, les mouvements de diduction sont assez bien conservés, le fonctionnement des muscles ptérygoïdiens est resté normal. Voici donc, à côté de l'ophthalmoplégie, un ensemble de symptômes qui rappelle à bien des égards celui de la paralysie labio-glosso-laryngée.

Quelle est la pathogénie de ces accidents paralytiques survenant au cours du tabes? En ce qui concerne en particulier l'ophthalmoplégie, faut-il l'attribuer à des lésions nucléaires d'origine centrale, ou à des lésions de névrite périphérique?

L'ophthalmoplégie nucléaire existe; elle a été bien décrite par Hutchinson. C'est une affection à début ordinairement bilatéral, à évolution progressive, atteignant successivement tous les muscles externes de l'œil. Mais par une véritable dissociation paralytique, elle respecte les muscles

internes, les fonctions de l'iris restent conservées, le réflexe lumineux et le réflexe d'accommodation persistent. Cette dissociation s'explique anatomiquement, les nerfs de l'iris ayant un noyau spécial parmi les noyaux de la troisième paire.

Chez nos deux malades, l'ophthalmoplégie atteint à la fois les muscles externes et internes de l'œil. Chez l'un d'entre eux, la paralysie est plutôt en voie d'amélioration. Cette amélioration, et c'est là un fait bien important à retenir pour le pronostic, est loin d'être rare dans les ophthalmoplégies tabétiques. Souvent même elle arrive presque à la guérison totale. Au bout d'un an, de deux ans, de plusieurs années même, la paralysie disparaît. Ces améliorations et ces guérisons se concilient mal avec l'hypothèse d'une lésion nucléaire. Une cellule nerveuse une fois détruite, sa réparation paraît bien difficile; c'est une lésion définitive qui serait entraînée par cette destruction.

En réalité, c'est à une névrite périphérique qu'il faut attribuer les paralysies oculaires du tabes. Dans diverses autopsies, j'ai pu constater nettement l'existence de cette névrite. Du côté des noyaux centraux, il n'existait que des lésions très légères, très douteuses, entièrement disproportionnées avec l'intensité de la paralysie. Ces lésions peuvent même manquer absolument. Les ophthalmoplégies constituent donc, dans l'histoire clinique du tabes, un nouvel et intéressant exemple des accidents dus aux névrites périphériques.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYPERSÉCRÉTION CHLORHYDRIQUE (1)

Par Albert Mathieu, médecin des hôpitaux.

VI

Le traitement de l'hypersécrétion chlorhydrique peut s'établir très logiquement d'après les données que nous possédons sur sa nature et sa pathogénie.

Le point principal c'est l'accumulation et le séjour dans un estomac dilaté d'un liquide riche en acide chlorhydrique, et par conséquent très irritant; assez irritant pour que la muqueuse soit détruite, digérée quelquefois au niveau des points où il y a, par exemple, une tache de gastrite. Il faut donc, soit évacuer ce liquide, soit atténuer son action en neutralisant l'acide. Il faut aussi calmer l'irritation locale de la muqueuse et l'irritation générale du système nerveux.

A propos des symptômes, nous avons noté déjà les bons effets de l'évacuation du contenu de l'estomac. Dans les cas accentués, dans les crises paroxystiques, le vomissement, vient souvent mettre un terme aux souffrances du malade. La chose est si nette qu'un certain nombre d'hyperchlorhydriques se font vomir spontanément pour obtenir le même résultat.

Ces indications données par la simple observation clinique, nous pouvons les remplir par le lavage de l'estomac. Il est toujours bon, au début du traitement surtout, de faire, à plusieurs reprises, le lavage de l'estomac. Ce lavage peut être fait avec de l'eau pure, de l'eau bouillie, en particulier de l'eau boriquée, de l'eau légèrement alcalinisée. Souvent, après un ou deux lavages, on voit l'acidité du contenu de l'estomac diminuer de moitié, surtout si l'on ordonne en même temps un régime convenable.

A quel moment doit-on faire ce lavage évacuateur? Généralement on le pratique le matin à jeun. Dans certains cas, je l'ai fait faire assez tard dans la soirée, par exemple, vers dix ou onze heures du soir. La raison que j'avais d'agir ainsi est la suivante : il paraît nécessaire que, comme tous les autres organes, l'estomac ait quelque repos. Normalement, il ne travaille que périodiquement, à la suite de repas, généralement réguliers, et il semble qu'il doive être vide à peu près vers deux ou trois heures du matin. Rien de semblable chez les hypersécréteurs. La muqueuse stomacale n'a pas chez eux de répit; elle demeure sous le coup d'une incessante excitation. L'aboutissant d'un semblable état ne peut guère être que la gastrite destructive, la phthisie gastrique, suivant une expression quelquefois employée.

En engageant le malade à faire d'assez bonne heure son dernier repas de la journée, à prendre surtout à ce moment du lait ou du laitage, on peut, si les circonstances s'y prêtent, évacuer le contenu de son estomac cinq heures plus tard environ. Cette pratique, dans deux cas, m'a donné des résultats encourageants : on la trouvera, je le pense, tout à fait légitime.

Il faut saturer l'acide chlorhydrique en excès. Pour cela, il faut employer les alcalins à doses suffisantes : le bicarbonate de soude, le sel de Vichy, le carbonate de chaux, la magnésie, etc. Il ne faut pas craindre de prescrire des doses élevées de ces sels ; on peut donner par jour de 15 à 25 gr. de bicarbonate de soude.

Les alcalins seront donnés à partir du moment où la douleur commence à apparaître ; c'est-à-dire, en général, trois à quatre heures après le repas. En effet, l'acide chlorhydrique n'est plus masqué alors par les aliments, par les substances azotées en particulier, et il agit directement sur la muqueuse sans défense. C'est donc à ce moment qu'il faut intervenir pour saturer l'acide en excès, ainsi que M. G. Sée et moi l'avons montré il y a déjà quelques années.

Certaines précautions sont à prendre pour l'administration des bases alcalines à un taux aussi élevé. J'ai vu parfois des dyspeptiques hyperchlorhydriques, après l'ingestion du bicarbonate de soude donné en bloc, à raison de 5 à 6 grammes d'un coup, être pris presque immédiatement d'une sensation de tension épigastrique et d'angoisse respiratoire. Cet état cessait après qu'une certaine quantité de gaz avait été rendue par la bouche. N'est-il pas probable que le conflit du bicarbonate et de l'acide chlorhydrique avait mis en liberté une certaine quantité d'acide carbonique et que ce gaz avait momentanément distendu l'estomac ?

Ainsi prévenu, je ne donne plus le sel alcalin que par petites doses (1 gramme par exemple) suffisamment espacées, soit en cachets, soit en solution.

M. Debove donne souvent un mélange en quantités égales de bicarbonate de soude et de craie préparée. Cette façon de faire est avantageuse lorsqu'il y a tendance à la diarrhée, ce qui n'est pas très rare, soit par le fait de l'hyperchlorhydrie, soit par celui des lavages de l'estomac. Il insiste sur la nécessité de faire bien intimement mélanger le bicarbonate et la craie, si l'on veut éviter la production dans l'intestin de véritables concrétions calcaires.

Une autre précaution est à prendre : il faut surveiller les urines. Chez certains malades, elles deviennent fortement

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1139.

alcalines, laissent se déposer des phosphates et irritent fortement la vessie. Les mictions deviennent fréquentes, impérieuses; il y a un véritable état d'excitation vésicale. Il faut alors revenir en arrière pendant quelque temps et laisser le réservoir urinaire se remettre de cette alarme.

Les alcalins à haute dose (10 grammes de bicarbonate, 10 grammes de craie), par exemple, peuvent être continués quelquefois pendant des semaines sans interruption. On en abaisse progressivement la dose dès que l'amélioration cherchée a été obtenue.

Quel est le régime alimentaire qui convient à ces malades? Le lait a chez eux de grands avantages; il agit à la façon d'un alcalin, il n'est pas irritant pour la muqueuse gastrique. Son usage donne d'excellents résultats, presque aussi bons que dans l'ulcère rond, qui est, du reste, le plus souvent, sinon toujours, sous la dépendance de l'hyperchlorhydrie. Son inconvénient c'est qu'on est obligé, si l'on ne veut pas laisser les patients dans une demi-inanition, d'en faire prendre une quantité telle qu'elle peut devenir une cause de surcharge et de distension pour l'estomac.

On peut donner le lait comme boisson, pendant les repas et dans leur intervalle : il peut, dans ce dernier cas, servir de véhicule aux alcalins.

La poudre de viande est un excellent aliment dans ces conditions; elle est très employée par M. Debove à l'état de poudre fortement alcalinisée. On fait prendre une ou deux fois par jour, par le tube en caoutchouc, 50 à 60 gr. de poudre de viande, délayée dans 200 ou 250 grammes d'eau et additionnée de 8 à 10 grammes et 15 grammes de poudre alcaline. On donne de la craie lorsqu'il y a diarrhée, de la magnésie lorsqu'il y a constipation.

Ce gavage à la poudre de viande alcalinisée donne réellement dans les cas de cet ordre de merveilleux résultats. C'est un aliment très riche sous un petit volume, très finement divisé, dépouillé de toute scorie susceptible de surcharger l'estomac, et enfin, son degré élevé d'alcalinité sature l'acide chlorhydrique au fur et à mesure de sa mise en liberté.

La nutrition se trouve relevée, l'irritation de l'estomac réduite à son minimum; comme je l'ai dit ailleurs, on rompt un cercle vicieux. Les dyspeptiques névropathes deviennent plus névropathes encore, et par conséquent, plus dyspeptiques en vertu de la présence permanente dans leur estomac d'un liquide hyperacide. Ils maigrissent, perdent leurs forces, s'énervent de plus en plus. La suralimentation alcaline rompt cet enchaînement, et l'équilibre tend à se rétablir.

Quand on ne peut pas employer la poudre de viande, le gavage au tube, il faut se rapprocher le plus possible de cette alimentation idéale : donner des aliments finement divisés, dépouillés de toute partie inerte, telle que les aponévroses, les nerfs, les vaisseaux, les enveloppes végétales. Il faut bannir les légumes verts, les fruits verts riches en cellulose, pauvres en substances nutritives.

Ne pas oublier que les hyperchlorhydriques digèrent mal les féculents, qu'on ne doit leur permettre qu'en quantité assez faible et bien divisés, sous forme de purées, par exemple.

Il faut proscrire les condiments irritants, les liqueurs fortes, les mets pimentés ou faisandés.

Enfin, il importe de se préoccuper de l'état de névropathie habituel chez ces malades. On cherchera, si possible, à éloigner toutes les causes de préoccupation morale. Enfin, on aura recours aux pratiques sédatives du système nerveux, et en particulier à l'hydrothérapie, aux bains et aux douches. Les douches froides en jets paraissent être particulièrement utiles.

Il importe de surveiller le fonctionnement de l'intestin; il ne faut pas que les dyspeptiques soient constipés. Il faut, disait Lasègue, rétablir et maintenir le tirage intestinal. Les lavements glycérinés, la podophylle, une poudre formée à parties égales de magnésie, de crème de tartre et de soufre précipité (G. Sée), sont les laxatifs dont je me sers le plus souvent. ....

A l'aide des moyens que je viens d'indiquer, on améliore et l'on soulage, peut-être même guérit-on les hypersécréteurs hyperchlorhydriques. Il importe donc de savoir établir le diagnostic de cette forme de dyspepsie gastrique, de façon à ne pas la méconnaître lorsqu'elle se présente à l'observation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1891. — Présidence de M. Regnauld.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un compte rendu des épidémies ayant sévi dans le département de la Nièvre en 1890;

2° Un ouvrage de M. Leroux sur la diathèse rhumatismale.

3° Des documents sur l'hygiène de l'armée hollandaise, adressés à M. le président de la République.

LECTURES

Sur une épidémie de tuberculose à l'Usine municipale d'électricité. — M. QUINQUAUD, au nom de M. Arthaud, lit une note dont voici le résumé :

M. Arthaud établit, en s'appuyant sur l'examen de 35 malades constituant la majeure partie du personnel de l'Usine municipale d'électricité qui comprend de 35 à 40 personnes, l'existence d'une épidémie de tuberculose dans cette usine.

Sur 35 ouvriers, il a trouvé 32 tuberculeux, dont 4 d'ancienne date et 23 dont l'inoculation est certainement postérieure à leur entrée à l'usine.

Ces 23 malades sont atteints de tuberculose au début à divers degrés d'évolution, les uns avec respiration rude localisée et expiration prolongée, les autres avec râles ou craquements.

La durée de la période d'incubation a paru être de deux mois.

M. Arthaud rappelle, à ce sujet, les données qu'il a précédemment établies au dernier Congrès et signale à nouveau l'importance extrême de la contamination des tuberculeux par les locaux, de réunion et d'habitation, quand la durée des séjours dépasse un mois.

Les sels de strontium. — M. GERMAIN SÉE donne lecture d'un pli cacheté qu'il a déposé, le 28 juillet 1891, sur l'emploi du bromure de strontium dans le traitement des affections douloureuses et flatulentes de l'estomac. Il a retiré les meilleurs effets de ce sel qu'il prescrit jusqu'aux doses de 10 et 12 grammes par jour.

Transformation des virus. — M. CHAUVEAU achève la lecture d'un travail sur ce sujet, dont voici les conclusions :

1° Le virus vaccinal ne donne jamais la variole à l'homme;

2° Le virus variolique ne donne jamais la vaccine au bœuf ou au cheval;

3° La vaccine n'est donc pas la variole atténuée et ne peut être comparée à l'infection charbonneuse bénigne communiquée aux animaux par l'inoculation du virus charbonneux atténué;

4° Si la vaccine dérive de la variole, c'est par suite d'une

transformation radicale, jusqu'à présent hors de la portée des expérimentateurs, du virus variolique ;

5° Enfin, l'atténuation des virus n'est pas une opération qu'on puisse identifier avec leur transformation.

Ceci dit, comment le virus vaccinal communique-t-il l'immunité envers la variole ?

Si nous ne connaissons pas encore exactement le mécanisme de l'immunité communiquée, la cause essentielle dont il dépend est maintenant bien connue. En passant en revue tous les systèmes d'inoculation préventive, on rencontre trois méthodes :

a. Fabrication des substances prophylactiques, par les agents pathogènes, en dehors de l'organisme auquel on veut communiquer l'immunité, et introduction ensuite dans cet organisme desdites substances, à dose suffisante, après les avoir débarrassées des éléments virulents proprement dits, ou avoir rendu ceux-ci inoffensifs ;

b. Fabrication, dans l'organisme même à préserver, des substances prophylactiques par les agents pathogènes dont on a inoculé les germes dans des conditions qui assurent la bénignité de leurs effets infectieux ;

c. Fabrication de la substance vaccinante par un virus voisin du virus contre lequel on veut créer l'immunité, mais appartenant à une autre espèce.

Dans cette dernière catégorie, je range le microbe du choléra des poules déterminant l'immunité à l'égard du charbon. J'y range aussi le virus employé comme préservatif de la variole. Quelle que soit, en effet, l'origine de la vaccine, et en admettant qu'elle soit un dérivé de la variole, la vaccine n'en constitue pas moins actuellement une espèce morbide distincte de cette dernière. Les deux virus vaccinal et variolique sont irréductibles en un seul : donc ils ont l'un et l'autre leur individualité propre. C'est bien alors un virus d'espèce différente qui crée l'immunité antivariolique, quand on inocule la lymphe vaccinale à l'homme, ou l'immunité antivaccinale lorsqu'on inocule la lymphe variolique au cheval ou au bœuf.

M. HERVIEUX apporte quelques observations cliniques à l'appui de la communication de M. Chauveau et insiste surtout sur ce fait que les jeunes enfants présentés à l'Académie pour la vaccination, lesquels offrent un excellent terrain pour la variole, n'ont jamais eu autre chose que la vaccine après la vaccination, de quelque origine que soit la lymphe. Au contraire, chez les indigènes d'Algérie, qui pratiquent la variolisation, on n'a jamais observé que la variole avec toute la gravité que celle-ci entraîne selon les cas.

RAPPORT

Hygiène de l'enfance. — M. CHARPENTIER lit un rapport sur les travaux pour le prix de l'hygiène de l'enfance, dont le sujet est relatif à l'allaitement artificiel par le lait cru, tiédi ou bouilli.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie (1), par M. le docteur A. Manquat, médecin-major de deuxième classe, répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon.

Au moment où nos Écoles de médecine vont rouvrir leurs portes, voici un bon livre à signaler. M. Manquat considère, avec raison, la thérapeutique comme une science d'application. Il pense que toute intervention thérapeutique doit être commandée par une nécessité morbide, et être exécutée à l'aide de moyens physiologiquement connus. La clinique et la physiologie doivent être les bases de toute thérapeutique rationnelle.

Notre confrère rejette l'empirisme. On ne fait de bonne pratique qu'avec de bonnes théories, et l'empirisme ne saurait avoir, comme méthode, la plus petite place à côté de la physiologie. Il faut, cependant, accepter tout ce que l'empirisme a donné ou pourra donner de bon, mais comme un appoint heureux sur lequel on ne comptait pas. On peut encore accepter ce procédé comme contrôle des études physiologiques, dont il est le complément indispensable. Quand la physiologie aura déterminé la valeur et les indications d'un remède, la conclusion ne sera définitive qu'après avoir subi l'épreuve de l'empirisme.

De cette courte, et aussi fidèle que possible, analyse des idées de notre auteur, voyons comment il a mis en œuvre ce livre écrit aussi bien pour le praticien que pour l'élève.

L'ouvrage est divisé en trois parties : la première consiste en un rapide exposé des notions de la thérapeutique générale ; la seconde comprend, sous le nom de modificateurs, l'étude de tous les agents thérapeutiques.

Après avoir traité des antiseptiques, des antiparasitaires, de l'infection, de l'antisepsie et de l'atténuation des virus, M. Manquat fait connaître les modificateurs des appareils circulatoire, respiratoire et digestif.

Avec le second volume, nous abordons l'étude des modificateurs de la nutrition, du système nerveux, de la peau et des organes génito-urinaires. L'auteur insiste sur les somnifères, les antithermiques ; parle des caustiques, des astringents, et fait un résumé rapide des connaissances pharmacologiques nécessaires au médecin.

Dans l'exposé de chaque médicament, M. Manquat a donné une place considérable aux indications des remèdes et à leur mode d'administration. Il ne néglige ni la thérapeutique infantile, ni le traitement des empoisonnements, ni la connaissance des eaux minérales et des médicaments nouveaux. Et sous le titre de chirurgie médicale, il expose cette chirurgie que tout médecin est tenu de pratiquer. L'auteur veut parler de ces interventions qui n'exigent ni sang-froid exceptionnel, ni connaissances anatomiques approfondies, ni cette habileté manuelle que donne seule la pratique journalière de la chirurgie ; telles la thoracentèse, la pleurotomie, le lavage des kystes hydatiques du foie, la ponction de la vessie.

En résumé, ce traité élémentaire de thérapeutique fait honneur à notre distingué confrère et à l'École du service de santé militaire.

(1) Deux volumes in-8°. — Prix : 18 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles d'aliénés, institué par l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888.

Un concours aura lieu à Lyon, Lille et Bordeaux, le 10 décembre prochain, et à Paris, Nancy et Montpellier, le 15 du même mois.

Le nombre de ceux des candidats ayant subi l'examen avec succès, qui pourront être déclarés admissibles, est fixé à six pour la région de Paris, à cinq pour celle de Lille et à trois pour chacune des régions de Lyon, Bordeaux, Nancy et Montpellier.

Les docteurs en médecine satisfaisant aux conditions ci-dessous indiquées, et qui désirent subir les épreuves devant le jury qui fonctionnera dans l'une ou l'autre des régions, devront adresser leur demande sur papier timbré, au ministère de l'Intérieur, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 1er bureau, de manière à ce qu'elle y soit parvenue dans la journée du 20 novembre prochain, avant cinq heures, dernier délai de rigueur.

Cette demande, accompagnée des pièces énumérées ci-dessous, doit indiquer la région dans laquelle le candidat veut subir le concours.

Les candidats qui seront autorisés par le ministre de l'Inté-

rieur à y prendre part en seront prévenus officiellement et recevront également les indications nécessaires au sujet de l'endroit où siégera le jury et de l'heure à laquelle ils devront se présenter.

CONDITIONS DU CONCOURS

Le concours est régional; il y a autant de régions que de Facultés de médecine de l'État.

La circonscription de chaque région est composée comme il est indiqué dans le tableau ci-après.

Les candidats doivent être Français et docteurs d'une des Facultés de médecine de l'État.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'Intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Ils ne devront pas être âgés de plus de trente-deux ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année, au moins, comme internes, soit dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit dans un hôpital où ils auraient été appelés à ces fonctions par la voie du concours. A l'égard des anciens internes des hôpitaux, la limite d'âge maxima peut être, sur demandes et par décisions individuelles, reculée jusqu'à trente-cinq ans, en faveur de ceux qui auraient plus de trente-deux ans à la date du concours.

Toute demande sera, en conséquence, accompagnée des pièces faisant la preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que de ses diplômes et états de services quelconques.

Les candidats sont libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions.

Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets, suivant l'ordre de classement établi par le jury, d'après le mérite des examens.

A titre exceptionnel, et s'il y avait urgence à nommer le médecin-adjoint d'un asile dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'administration supérieure se réserve la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région, à la condition que celui-ci déclarera expressément renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours.

A titre exceptionnel également, et lorsqu'une nécessité d'ordre supérieur le commanderait, ou encore par mesure disciplinaire, tout médecin adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru pourra être ensuite envoyé, avec ces mêmes fonctions, dans un asile situé hors de cette région.

Les médecins adjoints peuvent être nommés médecins en chef ou directeurs médecins dans toute la France.

Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé dans chaque région :

1° De trois directeurs médecins ou médecins en chef de la région;

2° D'un inspecteur général des établissements de bienfaisance, docteur en médecine;

3° D'un professeur désigné par la Faculté de médecine de la région.

Les directeurs médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés, par voie de tirage au sort, parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région.

Les médecins de la Maison nationale de Charenton, les médecins en chef des quartiers d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, peuvent, pour la région de Paris, être également appelés, par la voie du sort, à faire partie du jury, concurremment avec les directeurs médecins et les médecins en chef des asiles publics de cette région.

Il sera procédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs médecins et médecins en chef ci-dessus désignés.

Les épreuves sont au nombre de quatre :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats.

Le maximum des points sera de 30.

2° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes pour la dissertation.

Le maximum des points sera de 20.

3° Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition.

L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal.

Le maximum des points sera de 30.

4° Une épreuve sur titres. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande.

Le maximum des points sera de 10.

Les points pour cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

TABLEAU (1) DÉTERMINANT LA CIRCONSCRIPTION DE CHACUNE DES SIX RÉGIONS (2)

Paris. — Seine (*Sainte-Anne*, *Vaucluse*, *Ville-Évrard*, *Villejuif*). — CAEN : Calvados, Manche, Orne (*Alençon*), Eure-et-Loir (*Bonneval*). — ROUEN : Seine-Inférieure (*Saint-Yon*, *Quatre-Mares*), Eure (*Évreux*), Seine-et-Oise. — RENNES : Ille-et-Vilaine (*Saint-Méen*), Côtes-du-Nord, Finistère (*Quimper*), Morbihan (*Lesvellec*). — NANTES : Loire-Inférieure, Vendée (*La Roche-sur-Yon*), Deux-Sèvres, Charente (*Breuty*), Charente-Inférieure (*Lafond*). — ANGERS : Maine-et-Loire (*Sainte-Gemmes*), Mayenne (*La Roche-Gandon*), Sarthe (*Le Mans*). — POITIERS : Vienne, Indre, Creuse. — LIMOGES : Haute-Vienne (*Naugeat*), Corrèze, Dordogne. — TOURS : Indre-et-Loire, Loir-et-Cher (*Blois*), Loiret, Cher (*Bourges*).

Lille. — Nord (*Armentières*, *Bailleul*). — ARRAS : Pas-de-Calais (*Saint-Venant*). — AMIENS : Somme, Aisne (*Prémontré*), Oise (*Clermont*).

Nancy. — Meurthe-et-Moselle (*Maréville*). — BESANÇON : Doubs, Jura (*Dôle*), Haute-Saône, Territoire-de-Belfort, Vosges. — REIMS : Marne (*Châlons*), Seine-et-Marne, Ardennes, Aube, Meuse (*Fains*).

Lyon. — Rhône (*Brou*). — DIJON : Côte-d'Or (*Dijon*), Haute-Marne (*Saint-Dizier*), Nièvre (*La Charité*), Yonne (*Auxerre*), Saône-et-Loire. — GRENOBLE : Isère (*Saint-Robert*), Hautes-Alpes, Ardèche, Drôme, Savoie (*Bassens*), Haute-Savoie, Ain.

Bordeaux. — Gironde (*Bordeaux*, *Cadillac*). — CLERMONT : Puy-de-Dôme, Cantal, Haute-Loire, Allier (*Sainte-Catherine*), Loire, Lozère (*Saint-Alban*), Aveyron (*Rodez*). — TOULOUSE : Haute-Garonne (*Bracqueville*), Ariège (*Saint-Lizier*), Gers (*Auch*), Lot, Tarn, Tarn-et-Garonne, Hautes-Pyrénées, Basses-Pyrénées (*Saint-Luc*), Landes, Lot-et-Garonne.

Montpellier. — Hérault. — ALGER : Alger. — MARSEILLE : Bouches-du-Rhône (*Aix*, *Marseille*), Corse, Basses-Alpes, Alpes-Maritimes, Var (*Pierrefeu*), Vaucluse (*Montdevergnes*), Gard, Aude, Pyrénées-Orientales.

(1) Les six régions et Facultés sont indiquées en caractères gras, les Écoles préparatoires en petites capitales, les départements en romain et les asiles publics d'aliénés en italique et placés entre parenthèses après le nom du département où ils sont situés.

(2) Pour la répartition des départements entre chaque région, on s'est guidé sur les dispositions de l'arrêté du ministre de l'Instruction publique, en date du 22 juillet 1888, qui a déterminé les circonscriptions des Facultés de médecine, des Écoles de plein exercice et des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat. — Les séances du concours seront interrompues pendant les fêtes de la Toussaint. La prochaine séance est reportée au mardi 3 novembre, à quatre heures du soir (Hôtel-Dieu, annexe). La séance suivante aura lieu le lendemain, mercredi, à l'amphithéâtre de l'Assistance publique, à la même heure. Elle sera consacrée à l'épreuve orale des candidats appelés à faire leur volontariat.

— M. Navarre a déposé, au conseil municipal de Paris, une proposition tendant à la création de deux chaires de clinique médicale et d'une chaire de clinique chirurgicale, dans un hôpital de Paris à désigner ultérieurement.

L'enseignement sera donné par les médecins et chirurgiens des hôpitaux, parmi lesquels les titulaires seront choisis par le Conseil municipal, d'accord avec l'administration de l'Assistance publique, et auxquels sera conféré le titre définitif de professeur de clinique des hôpitaux de Paris.

Les cours de clinique comprendront : 1° la pathologie; 2° le diagnostic avec ses déductions pronostiques et thérapeutiques.

Les cours de clinique médicale seront faits par deux professeurs; l'un sera chargé du cours de pathologie, l'autre du cours de diagnostic.

La séméiologie sera enseignée à la clinique de pathologie, en ce qui concerne la valeur séméiotique du symptôme.

Les cours de clinique chirurgicale seront confiés à un professeur qui enseignera la pathologie, le diagnostic et la séméiologie.

Le programme des cours devra être parcouru dans l'espace d'une année.

Un laboratoire d'anatomie pathologique, d'histologie et de bactériologie, sera annexé à cet hôpital.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 octobre 1891, une médaille d'honneur en argent a été décernée à M. Debay, officier de santé, à Robecq (Pas-de-Calais), pour son dévouement dans les épidémies qui ont sévi de 1890 à 1891, dans les communes de Busnes, Mont-Bernachon et Robecq.

— MM. les docteurs Cousyn (de Lorient) et Helle (d'Amboise) sont nommés officiers d'Académie.

— M. le docteur Péan reprendra ses leçons de clinique chirurgicale et ses opérations, à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 31 octobre, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Barth commencera, à l'hôpital Broussais, 96, rue Didot, le mercredi 4 novembre, à dix heures, une série de conférences de séméiotique élémentaire et de propédeutique médicale, à l'usage des élèves qui commencent à fréquenter les hôpitaux; il les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Les autres jours, les élèves seront exercés à l'examen des malades.

— M. le docteur Aubeau commencera son cours de chirurgie pratique le jeudi 5 novembre, à trois heures du soir, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Ce cours essentiellement pratique sera complet en deux mois. — S'inscrire au secrétariat de la Clinique française, 76, rue de Vaugirard et, 30, rue d'Assas.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

41

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

79

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales,* aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie,* la *Chlorose,* l'*Atonie,* la débilité générale et les maladies du système nerveux.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

64

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas, MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

21

CAPSULES DARTOIS A LA CRÉOSOTE DE HÊTRE

Ces capsules, qui sont de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de créosote vraie de hêtre et 0,20 d'huile de foie de morue. Elles constituent le meilleur mode d'administration de la créosote contre les *affections des voies respiratoires.*

Le flacon 3 fr., 105, r. de Rennes, Paris, et Phies.

66

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis plus de trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays contre les diverses **Maladies du cœur. Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes,** enfin dans tous les **troubles de la circulation.**

Dépôt général : LABELONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal

et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans **l'anémie,** la **chlorose,** la **leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle,** le **rachitisme,** etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

HYSTÉRIE

Le **BROMIDIA,** en excellent produit qu'il est, a tenu, chez la plupart de mes clients qui ont été soumis à son action, ses principales promesses, et je le recommande d'autant plus volontiers qu'il se recommande parfaitement lui-même.

Je l'ai essayé chez quatre clients des deux sexes pris d'insomnie, sans cause appréciable, et j'ai constaté chez chacun d'eux une efficacité hypnotique incontestable. J'ai également obtenu un plein succès dans deux cas de gastralgie intense, et dans différentes névroses généralisées ou localisées, aiguës ou chroniques.

Le résultat le plus précieux dû au **BROMIDIA,** dans le cours de mes expériences, est l'arrêt définitif de deux crises hystériques, chez une jeune fille, à quatre mois d'intervalle. L'hystérie affectant simultanément l'intelligence, la sensibilité et la motilité, le médicament a donc cumulé une triple puissance d'action que l'on demanderait en vain à n'importe quel autre médicament éprouvé.

En somme, je ne crains pas d'affirmer que l'avenir de votre produit est assuré par la satisfaction qu'il fait éprouver à la plupart de ceux qui en usent.

Je demeure auprès du malade aussi longtemps que l'expérience l'exige, et j'ai toujours employé le médicament largement, sans avoir constaté une seule menace d'accident.

Permettez-moi de vous offrir l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr RUFFIEUR.

Villers-Forlay, Jura (France), 7 juin 1887.

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON

DE

BROMIDIA

seront envoyés franco sur demande

aux Médecins.

DÉPOT GÉNÉRAL

Pour la France et ses Colonies :

ROBERTS & Co,

PHARMACIENS-DROGUISTES

5, RUE DE LA PAIX, 5

PARIS

Prix au public : 5 francs.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

99

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

36

PERLES DU DR CLERTAN

Procédé approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

a. **Perles de Créosote du Dr Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

b. **Perles de Gaïacol de Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

c. **Perles d'Iodoforme de Clertan.** — 0.05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 3 fr. 50 le flacon de 30.

d. **Perles de Terpinol de Clertan.** — 0,30 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

190

EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR

Récompenses obtenues par R. VOIRY, pharmacien de 1re classe, pour ses travaux sur **l'Eucalyptol:**

Médaille d'OR, Société de pharmacie de Paris

Prix LAROZE, Ecole supér. de pharm. de Paris.

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

Adopté ds les HÔPITAUX DE LA MARINE ET DE L'ÉTAT

Médicament présentant à MM. les Médecins toute garantie de pureté. — Prescrit toujours avec SUCCÈS DANS LE TRAITEMENT DES **affections des voies respiratoires,** *Catarrhes pulmonaires, Bronchites chroniques, Tuberculoses, etc.*

5, boulev. de Courcelles Paris, et ttes phies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. D. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. De l'œil hystérique, par le docteur ROUFFINET, ancien interne des hôpitaux. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

De l'œil hystérique.

Par le docteur ROUFFINET, ancien interne des hôpitaux.

I

L'importance des troubles oculaires dans certaines maladies du système nerveux accompagnées de lésions, telles que l'ataxie locomotrice et la sclérose en plaques par exemple, n'est plus aujourd'hui à démontrer. L'étude de ces troubles fut étendue aux névroses ou, du moins, aux maladies qui, jusqu'à ce jour, portent ce nom, faute qu'on connaisse encore leur substratum anatomique, et, parmi celles-ci, il en est une chez laquelle cette particularité séméiologique a été l'objet des plus assidues et des plus patientes recherches, nous avons nommé l'hystérie. C'est qu'en effet, parmi les troubles sensoriels de l'hystérie, les troubles oculaires méritent la priorité, tant au point de vue de leur variété qu'en ce que plusieurs d'entre eux, par leur constance et leur physionomie particulière, peuvent devenir de précieux auxiliaires dans les cas difficiles de diagnose de cette affection.

Leur étude est de source toute française. Entrevus par M. Briquet, c'est à M. Charcot et à ses élèves que revient l'honneur d'avoir su tirer du chaos, grouper et mettre en pleine lumière toute cette symptomatologie hystérique oculaire, si bien définie aujourd'hui qu'on peut, sans être taxé de témérité, qualifier « d'œil hystérique ».

Avant d'en faire l'étude analytique, disons que cette séméiologie oculaire de la névrose est régie par deux grandes lois : la première qui peut s'énoncer ainsi : début brusque et guérison toujours certaine; la seconde qui peut être considérée comme un corollaire de la précédente : absence de lésions ophthalmoscopiques.

Les troubles oculaires qu'on peut constater dans l'hystérie se montrent seulement, les uns au moment de l'attaque, — ils sont surtout constitués par des désordres du côté de la pupille et des hallucinations visuelles, — les autres, au contraire, existent en dehors des attaques et persistent un certain temps. Aussi est-ce la raison qui a fait classer (1) ces troubles en troubles oculaires se produisant pendant l'attaque et troubles oculaires existant en dehors des attaques. Cette classification excellente pour un ouvrage de longue haleine nous exposerait dans un travail aussi court à beaucoup de redites, aussi la rejetterons-nous : mais avant de grouper, d'une façon plus pratique pour une revision, les symptômes fournis par l'organe de la vision à la névrose, il nous paraît intéressant de nous demander, si, dans son ensemble fonctionnel, l'œil peut, chez les hystériques, prendre un habitus qui se rattache par les grandes lignes à la névrose et la reflète : savoir, en un mot, si la mobilité qu'on constate dans l'esprit, dans les idées de ces malades se retrouve dans leur regard. Il est certain que, sauf les cas où l'hystérie se trouve entée sur une autre affection ou bien ceux qu'on peut désigner sous le nom d'hystérie larvée, l'œil, dans son expression générale, porte le cachet de la névrose. Le regard des sujets atteints de cette affection est aussi mobile qu'eux-mêmes et exprime tour à tour, et cela dans de courts intervalles de temps, les sentiments les plus divers en dehors des crises; car, bien entendu, au moment des attaques, il se produit toute une série de phénomènes différents. En effet, en dehors de l'attaque, c'était seulement dans l'expression du regard que l'on pouvait constater cette mobilité qui domine toutes les manifestations de la névrose; pendant la crise, au contraire, le regard s'éteint et devient morne, sauf, cependant, dans certains cas particuliers que nous examinerons et décrirons plus tard, nous voulons parler des cas où, durant l'attaque, se développent des hallucinations visuelles. Dans ces conditions, il est évident que le regard répondra à l'objet de l'hallucination et sera, suivant celle-ci, ou gai, ou triste, ou exprimera tantôt l'horreur, tantôt l'extase. Enfin, ajoutons que, durant la crise et sauf dans les cas que nous venons d'indiquer, les paupières sont closes, et qu'en les soulevant on aperçoit les globes oculaires fortement convulsés et cachés sous ces voiles.

II

La symptomatologie oculaire hystérique est la même dans sa distribution que la séméiologie générale de la névrose. Ce qui domine dans l'organe de la vision ce sont les troubles de la sensibilité, soit spéciale, c'est-à-dire ré-

(1) ROBIN. Thèse d'agrégation, 1880.

tinienne, soit, au contraire, douloureuse et alors dans le domaine des nerfs ciliaires ou du trijumeau. Puis viennent, en seconde ligne, les contractures et les spasmes musculaires ; les paralysies des muscles de l'œil de nature hystérique étant, comme nous le verrons, beaucoup plus rares qu'on ne l'avait supposé.

Quant aux troubles dans l'état statique des muscles de l'œil pouvant rappeler les troubles de même nature constituant, pour le système musculaire général, cet état particulier désigné sous le nom de chorée hystérique, ils sont encore plus rares que les paralysies. Aussi est-ce par leur étude que nous débuterons.

Chez un certain nombre d'hystériques, le globe oculaire présente, dans ses mouvements de translation, ces petites oscillations variables, quant au nombre et à la durée, qu'on désigne sous le nom de nystagmus. Cet état est rare (1) dans l'hystérie suivant MM. Charcot, Sée, Bouchut, contrairement à ce qu'on observe dans l'épilepsie où il s'associe si fréquemment au strabisme et à l'inégalité pupillaire.

Voici, lorsqu'on le rencontre comme manifestation de la première de ces névroses, les caractères qu'il présente : il est mixte, existe aussi bien à l'état de fixation qu'à l'état de non-fixation, enfin, ne s'accompagne d'aucun trouble de réfraction. Il diffère de celui qu'on observe dans la sclérose en plaques, en ce que les oscillations qui constituent ce dernier sont plus nombreuses au fur et à mesure que les mouvements du globe oculaire s'exécutent et arrivent à une telle fréquence, qu'on dirait le globe oculaire atteint de folie statique. C'est un symptôme oculaire qui, contrairement à ceux qui nous restent encore à examiner, ne disparaît jamais complètement : il peut se modifier, devenir moins apparent lorsque les crises sont moins fréquentes ou, au contraire, augmenter lorsque celles-ci redoublent de nombre et d'intensité, mais il est permanent.

Nous pouvons rapprocher, de ce trouble musculaire, le trouble analogue spasmodique qui se présente plus fréquemment que le nystagmus et qui est déterminé par le spasme du muscle orbiculaire des paupières. Cliniquement ce fait se manifeste par une série de mouvements des paupières ayant pour résultat leur occlusion momentanée. La durée de ces mouvements ne dépasse pas quelques secondes, ils se produisent par séries et la durée des séries peut être de quelques minutes, puis les paupières reprennent leur aspect normal. Ces crises de clignement se répètent assez fréquemment dans le courant de la même heure. Le calme et surtout l'amélioration de l'état général les éloignent et les font disparaître ; elles redoublent, au contraire, d'intensité sous le coup de la moindre émotion. Enfin, dans certains cas, le spasme s'exagère, se transforme en contracture et les paupières sont le siège d'un blépharospasme quelquefois très rebelle, douloureux et ne s'accompagnant d'aucune lésion cornéenne. Le point de départ de ce blépharospasme semble être dans certains cas une hyperesthésie rétinienne très intense, accompagnée de photophobie et déterminant ce réflexe d'occlusion des paupières, véritable rempart contre la lumière, et souvent d'une durée, ainsi que nous l'avons déjà indiqué, désespérante parfois.

Les fibres musculaires de l'iris fournissent ainsi leur contingent aux troubles musculaires hystériques de l'œil. En effet, les troubles pupillaires, pour être moins accentués que dans d'autres affections, telles que le tabes ou la paralysie générale, sont néanmoins assez fréquents, mais banals. Ils ont été bien étudiés par MM. Charcot et Féré (1). C'est surtout pendant la crise qu'ils se présentent : au début, on observe un rétrécissement de la pupille, puis pendant la période de convulsions cloniques une dilatation et souvent des alternatives de resserrement et de dilatation. Ces alternatives se voient surtout lorsque dans l'attaque arrivent des hallucinations visuelles et, selon que l'objet de l'hallucination s'éloigne ou se rapproche, on comprend que la pupille, sous l'influence du jeu de l'accommodation, se rétrécisse ou se dilate.

Immédiatement après l'attaque, les pupilles, un peu plus dilatées qu'à l'état normal, sont, dans leurs mouvements réflexes, très paresseuses. En dehors de l'attaque, on peut quelquefois observer de la mydriase, mais alors d'un seul côté, d'où le fait d'inégalité pupillaire (2). De plus, ces phénomènes de mydriase sont tout à fait passagers et ne persistent jamais longtemps.

En faisant fixer un objet qu'on éloigne ou qu'on rapproche alternativement, on peut toujours constater que les pupilles se dilatent lors de l'éloignement de l'objet fixé et, au contraire, se rétrécissent lorsqu'on le rapproche, ce qui indique qu'elles réagissent parfaitement bien sous l'influence de l'accommodation. De même, en faisant fermer les paupières un certain temps et les faisant ensuite ouvrir brusquement, on peut se convaincre qu'elles réagissent toujours sous l'influence de la lumière.

En somme, dans l'hystérie existent seulement des troubles pupillaires pendant l'attaque et ce sont surtout des troubles atteignant les dimensions de la pupille, car ses fonctions restent indemnes et jamais ni le réflexe accommodateur, ni le réflexe lumineux ne sont altérés. Jusqu'à présent, les troubles musculaires oculaires hystériques que nous avons signalés, quoique très intéressants à connaître, ont un caractère un peu vague et ont besoin d'être accompagnés d'autres troubles généraux de la névrose pour lui être sûrement attribués. Parmi ceux qu'il nous reste à décrire, les premiers, c'est-à-dire les troubles paralytiques, sont susceptibles de la même remarque. Les seconds, c'est-à-dire les troubles strabiques, ont, au contraire, une physionomie bien tranchée et une autonomie si particulière, qu'ils peuvent être affirmés de nature hystérique seulement par leur propre symptomatologie, ainsi que nous allons le voir à propos de leur étude, car c'est par les troubles des muscles moteurs de l'œil que nous terminerons la première partie de notre étude.

Les muscles moteurs de l'œil sont assez souvent pris dans l'hystérie. Tantôt, ils sont le siège de spasme ou de contracture, tantôt ils sont frappés plus rudement et atteints alors de paralysie (3). Autant le premier de ces états est fréquent, autant le second est rare (4), ce qui s'explique facilement du reste, étant donné, comme l'a bien fait remarquer M. Charcot, la rareté des paralysies hystériques de la tête.

Les paralysies oculaires ne présentent, dans leur symptomatologie, rien de bien particulier, si ce n'est leur début

(1) *Diction. encycl. des sc. méd.*, t. III, art. NYSTAGMUS.

(1) FÉRÉ. Troubles oculo-papillaires chez les hystéro-épileptiques, *Progr. méd.*, 1881.

(2) OULMONT. *Méd. moderne*, 1890.

(3) DELENS. *Traité de chirurgie*, t. IV : L'œil et ses annexes.

(4) DEBOVE. Paralysie des deux nerfs moteurs oculaires communs d'origine hystéro-traumatique, Soc. méd. des hôp., 1890.

brusque, parfois à la suite d'un traumatisme, d'une émotion quelconque, et cet autre fait qu'elles peuvent s'accompagner de contracture ou s'y transformer (1).

Les contractures des muscles oculaires ont pour expression objective le strabisme hystérique vrai, ainsi que le désigne M. de Lapersonne (2), qui lui assigne les caractères suivants : on le rencontre surtout chez des jeunes sujets présentant des stigmates d'hystérie très peu marqués et n'ayant jamais eu d'attaques. Le début en est généralement brusque. Il apparaît surtout vers l'âge de dix à quatorze ans, il est presque toujours monoculaire et interne ; cependant, il existe des cas où la déviation a été observée en dehors et en haut. Il s'accompagne de diplopie intermittente ; enfin sa marche est essentiellement variable ; il peut subir, dans de courts intervalles de temps, des modifications qui font qu'il paraît s'être amélioré ou bien, au contraire, avoir empiré. Certaines fois, il disparaît même complètement pendant des heures ou quelques jours, pour reparaître ensuite. Enfin ce strabisme spastique (3) peut se changer en paralysie.

Tel est le mode par lequel la névrose frappe la musculature externe de l'œil ; la musculature interne n'échappe pas à l'influence de l'hystérie, et c'est fréquemment qu'on voit le muscle de Brucke atteint de spasme et produisant ce curieux phénomène de polyopie monoculaire qu'a si bien décrit M. Parinaud (4).

Un des caractères essentiels de cette polyópie, caractère qu'elle partage du reste avec un autre symptôme hystérique oculaire, l'amblyopie pour les couleurs, c'est qu'elle a besoin d'être recherchée. Nous croyons inutile de dire qu'elle consiste en ce qu'un objet placé devant l'œil du sujet qui en est atteint est vu double ou triple à une certaine distance. Le nombre des fausses images est quelquefois plus élevé encore. La ou les fausses images, suivant leur nombre, correspondent presque toujours au côté externe du champ visuel. Elles sont le plus souvent parallèles et généralement à la même hauteur. L'écartement qui les sépare augmente au fur et à mesure qu'on éloigne l'objet fixe; et alors se produit un phénomène caractéristique de cette variété de polyopie : à mesure que les images s'écartent par l'éloignement de l'objet, elles diminuent rapidement de volume; au contraire, lorsque l'objet est très rapproché de l'œil du malade, il paraît plus gros que lorsqu'il est vu à la même distance par l'œil sain. Ce phénomène, désigné sous le nom de micromégalopsie, est constant dans la polyopie monoculaire qui nous occupe. Enfin, lorsque, avec un verre sphérique approprié, on adapte l'œil pour la distance à laquelle se trouve l'objet, la polyopie disparaît. Les attaques peuvent également la modifier, mais sans la faire disparaître complètement.

III

Il nous reste à considérer maintenant notre second groupe de symptômes oculaires déterminés par des troubles dans la sensibilité générale et spéciale de l'organe. Mais avant d'aborder l'étude des troubles conjonctivaux et rétiniens, il en est une variété pour lesquels le cerveau entre en jeu à part égale avec la rétine, plus considérable même suivant certains observateurs, nous voulons parler des hallucinations visuelles.

Ces hallucinations de la vue (1) sont assez fréquentes et revêtent les caractères suivants : elles peuvent apparaître au début de l'attaque, la précédant de quelques instants et dans ces conditions lui servant, pour ainsi dire, d'aura. Dans ces cas, l'objet de l'hallucination revient constamment le même chez le même sujet, et le plus généralement consiste en la figuration d'une flamme, d'un globe de feu, quelquefois même d'une figure grotesque ; mais toujours, par exemple, un caractère unique s'observe, c'est l'uniformité de la couleur que prend l'objet de l'hallucination, que cet objet soit une flamme ou une figure animée, elle apparaît toujours rouge et d'un rouge éclatant (2). Pendant l'attaque elle-même, les hallucinations peuvent embrasser une scène plus vaste, mais se restreignent dans les deux types suivants : tantôt ce sont des scènes passionnelles qui en font l'objet, d'autres fois des scènes érotiques. Enfin, un troisième type et qui rapproche ces hallucinations de celles qui peuvent hanter les alcooliques, consiste en la représentation d'animaux ; la zoopsie s'observe, en effet, assez couramment dans l'hystérie. Un caractère intrinsèque essentiel différencie ces deux variétés; dans l'hallucination visuelle hystérique, les animaux sont toujours vus lumineux. La durée de ces hallucinations ne dépasse pas, en général, la durée de l'attaque. Empressons-nous, cependant, d'ajouter qu'elles peuvent, dans certains cas, persister en dehors de l'attaque faisant alors partie et complétant le cortège de cet état mental particulier qui constitue le délire hystérique.

Comme symptomatologie générale de la névrose, un des troubles de la sensibilité le plus ordinaire est l'anesthésie, soit disséminée, soit, ce qui est le plus fréquent, limitée à la moitié du corps. Dans le retentissement de la névrose sur l'appareil oculaire, on observe les mêmes phénomènes prédominants et à côté de ceux-là des troubles, mais moins marquants et moins nombreux d'hyperesthésie. Nous allons examiner les uns et les autres.

La muqueuse oculaire comme la muqueuse pharyngée est atteinte d'anesthésie de même que la cornée. Ces troubles passent inaperçus du malade, mais se décèlent de la manière suivante à l'observateur qui les recherche. On sait combien, à l'état normal, la sensibilité de la conjonctive et de la cornée est exquise et que le moindre effleurement de ces membranes, par un corps étranger, détermine une occlusion brusque des paupières accompagnée de larmoiement, phénomène résultant de la douleur produite par le simple attouchement de ces parties de l'œil. Or, chez certains sujets atteints d'hystérie, il est possible de toucher avec le doigt la conjonctive et la cornée sans déterminer ni douleur, ni réflexe de clignement.

Cet état de la muqueuse oculaire et de la cornée existe sans s'accompagner d'ailleurs d'aucun trouble ni vasculaire ni nutritif (3). Ajoutons que la conjonctive pourrait cependant, de même que les glandes lacrymales, être atteinte davantage dans sa structure intime, ainsi que semblent le faire supposer les quelques observations qui relatent qu'elle peut être le siège d'hémorrhagies, non pas intersti-

(1) Borel. Paralysies hystériques, *Progr. méd.*, 1887.

(2) De Lapersonne. Du strabisme hystérique, *Bull. méd. du Nord*, 1891.

(3) De Lapersonne. Loc. cit.

(4) Parinaud. De la polyopie monoculaire, *Ann. d'oculist.*, 1878.

(1) Robin. Loc. cit.

(2) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux.*

(3) Axenfeld. *Traité des névroses*, trad. par M. Huchard.

tielles, à l'état d'ecchymose, comme le fait a lieu si souvent dans l'épilepsie, mais sous forme de pleurs de sang (1).

Ce phénomène peut survenir au début de la crise et souvent même en dehors de l'attaque. Aucun signe extérieur ne peut le faire prévoir; ni gonflement, ni rougeur, ni douleur. Après une durée variant de quelques secondes à quelques heures, tout revient à l'état normal. Ce phénomène, est-il besoin de l'ajouter, est très rare.

Le sont moins les douleurs désignées, par Fœrster, sous le nom de copiopia hysterica (2). Ce syndrome est caractérisé par des douleurs lancinantes, ayant leur siège maximum au niveau du globe oculaire avec irradiations vers les régions temporale et zygomatique.

Leur caractère principal est d'être diurnes, elles cessent, en effet, sous l'influence du repos de la nuit. Leur durée peut être souvent très longue, et toute fatigue oculaire, lecture, travail de couture, les exaspère et par conséquent, les augmente.

La pupille, au moment de ces crises douloureuses, présente fréquemment quelques troubles, soit du myosis, soit de la mydriase; mais l'acuité visuelle reste toujours normale.

Se rapproche un peu de ces phénomènes, le syndrome décrit par M. Babinski (3), sous le nom de migraine ophthalmique hystérique. Au début, la vue s'obscurcit, puis apparaissent bientôt des scintillements lumineux dans toute la partie du champ visuel primitivement obscurcie.

Ces scintillements se présentent le plus ordinairement sous la forme de zigzags. Enfin, après quelques secondes de durée arrive la douleur. Celle-ci, très vive, a son point de départ au niveau du globe oculaire et de là s'étend vers les régions sus et sous-orbitaires, pour gagner quelquefois toute la région temporale. La scène se termine par des nausées ou des vomissements. L'hémiopie constante, dans la migraine ophthalmique ordinaire complète, fait ici défaut; mais, comme le fait observer fort judicieusement l'auteur, de ce qu'il ne l'a point rencontrée dans les cas qu'il a étudiés, ce n'est point une raison pour qu'elle soit incompatible avec l'hystérie.

Tous les diffrents symptômes que nous venons de décrire et d'analyser s'observent fréquemment, mais pas avec la même constance ni surtout, au point de vue de la révélation de l'hystérie, avec la même valeur séméiologique que les troubles de sensibilité rétinienne que nous allons maintenant examiner et qui peuvent, suivant M. Charcot, suffire à eux seuls pour révéler l'hystérie. Ces troubles rétiniens, qu'on englobe sous le nom d'amblyopie, offrent tout d'abord ce caractère de correspondre toujours à des troubles de sensibilité générale (4). Toujours l'amblyopie existe du côté de l'hémi-anesthésie (5). Aussi est-elle presque toujours monoculaire et à gauche, affectant le même siège que l'hémi-anesthésie; cependant, il est des cas qui font exception à cette règle, ce sont ceux dans lesquels on rencontre des troubles d'anesthésie disséminée par plaques. Dans ces conditions, il est fréquent de voir l'amblyopie occuper les deux yeux. Ajoutons encore qu'il existe des cas, mais très rares, où l'amblyopie peut ne pas correspondre à des troubles de sensibilité générale, soit qu'on ne trouve aucune trace de troubles de cette même sensibilité générale et cependant l'amblyopie existe, soit que cette dernière s'établisse du côté opposé où s'est installée l'hémi-anesthésie; amblyopie à gauche, par exemple, et hémi-anesthésie à droite (1).

L'amblyopie se développe lentement, sans que le malade s'en aperçoive, et sauf dans les cas où le traumatisme est le coup de fouet qui lui donne naissance (2), cette amblyopie n'est pas décelée par le malade et a besoin d'être recherchée.

Tous les degrés peuvent s'observer dans l'évolution de ce syndrome, depuis une légère obnubilation de la vue, jusqu'à l'amaurose complète. Elle peut, du reste, affecter dans sa marche les allures les plus diverses, disparaître ou s'accroître presque subitement. En général, elle est tenace, d'une durée assez longue, pouvant aller jusqu'à quelques mois, souvent davantage.

Citons, comme un fait très rare, un cas de cécité hystérique ayant duré dix ans (3).

Enfin, disons que la recherche de cette amblyopie est facile et peut se reconnaître facilement dans la généralité des cas, par les moyens les plus grossiers et sans avoir besoin de recourir à la limitation du champ visuel, à l'aide des instruments appropriés à cet usage.

En pénétrant plus avant la nature intime de cette amblyopie, nous verrons qu'elle est constituée par deux grands facteurs que nous allons analyser : ce sont les troubles de la vision colorée et du champ visuel.

Le premier de ces facteurs amblyopiques est très fréquent et consiste dans une difficulté à reconnaître certaines couleurs, phénomène qu'on désigne sous le nom de dyschromatopsie. Ce trouble de la vision colorée peut prendre des proportions telles que le sujet affecté en arrive progressivement à une perte complète du sens des couleurs ou achromatopsie. Lorsque ce trouble est peu prononcé et existe seulement pour une couleur ou deux, il est nécessaire d'aller à sa recherche, car il est rare que, dans ce cas, les malades attirent l'attention sur ce fait. Cette recherche est d'ailleurs facile et l'examen du sens des couleurs, à l'aide de disques, de verres ou de lames colorées, montrera très vite qu'il existe de la dyschromatopsie et pour quelle couleur.

Ce qu'il faut connaître, c'est que, dans l'hystérie, la couleur dont la notion est le plus souvent perdue, c'est le violet ou couleur centrale, puis le vert, puis le rouge [lequel fait très souvent exception, car toutes les couleurs peuvent ne plus être perçues et sa notion persister (4)], puis le jaune, puis le bleu et enfin le blanc, la couleur la plus périphérique, celle qui disparaît en dernier et lorsque seulement il y a achromatopsie. Dans ce dernier cas, les malades mettent facilement sur la voie du trouble dont ils sont porteurs, car tout ce qu'ils regardent prend à leurs yeux un aspect gris sale, sépia, qui leur cause une gêne dont ils se plaignent vivement.

La durée de cette amblyopie pour les couleurs est diffi-

(1) Athanasio. *Troubles trophiques dans l'hystérie*, Thèse de Paris, 1800.
(2) Hermann Eichhorst. *Traité de pathologie*, 1889.
(3) Babinski. Migraine ophthalmique, *Arch. de neurol.*, 1890.
(4) Pichon. De la vision chez les hystériques, *Encéphale*, 1888.
(5) Charcot. Loc. cit.

(1) Pichon. Loc. cit.
(2) Parinaud. Amblyopie hystéro-traumatique, *Rev. génér. d'ophthalmol.*, 1889.
(3) Harlan. *Philad. Med. News*, 11 janvier 1890.
(4) Charcot. Loc. cit.

cile à définir, de même du reste, que celle de tous les accidents oculaires de nature hystérique. L'important à savoir c'est qu'elle guérit toujours et peut disparaître du jour au lendemain et spontanément.

Le second ordre de troubles amblyopiques appartient au champ visuel. A l'état normal, le champ visuel possède les trois caractères suivants (1) : 1° il est étendu ; 2° il est régulier et concentrique ; 3° il donne pour la disposition relative des couleurs un ordre invariable, décroissant, toujours le même, et que voici : il est plus étendu pour la couleur blanche que pour la bleue, pour la bleue que pour la jaune, pour la jaune que pour la rouge, pour la rouge que pour la verte, pour la verte que pour la violette.

Chez les hystériques, le champ visuel est toujours rétréci dans des limites variables, bien entendu, et rétréci concentriquement. Il est irrégulier, parfois hémi-anopsique; enfin, l'ordre que nous avons annoncé plus haut, pour la disposition des couleurs, peut être complètement détruit. Il y a souvent, en outre, inversion pour les couleurs, à tel point que le rouge devient souvent couleur périphérique et remplace le blanc.

Jamais, quel que soit le degré d'amblyopie et de rétrécissement du champ visuel, on ne rencontre chez les hystériques de lésions du fond de l'œil; ce qui sert à différencier ce rétrécissement de celui qu'on observe analogue dans la rétinite pigmentaire et le glaucome, où l'examen ophthalmoscopique décèle les signes particuliers à chacune de ces deux affections.

Chez les épileptiques, on observe également du rétrécissement du champ visuel, mais outre que, dans ce cas, le rétrécissement s'observe seulement immédiatement après les attaques et n'est point permanent dans leur intervalle, comme dans l'hystérie, jamais il n'est aussi prononcé que dans cette névrose et jamais non plus on n'y trouve de scotome central ni d'hémi-anopsie, non plus que de l'inversion des couleurs.

Les tabétiques ont une dyschromatopsie particulière portant sur le rouge et le vert; leur champ visuel peut être rétréci, mais il présente des échancrures, de véritables secteurs dont le sommet aboutit, non à la macula, mais à la papille (2). Enfin, l'examen du fond de l'œil dénote toujours, dans ces cas, des troubles physiques, révélant, à un degré plus ou moins avancé, l'atrophie de papille du nerf optique.

De l'étude que nous venons de faire, nous pouvons donc tirer les conclusions suivantes : Il est un certain nombre de symptômes oculaires qui peuvent révéler la névrose hystérique, ce sont les troubles musculaires et les manifestations amblyopiques qui, isolées et se présentant avec les caractères que nous avons indiqués, peuvent suffire dans les cas difficiles à porter le diagnostic, mais qui, associés, ce qui est le cas le plus fréquent, permettent d'affirmer hautement l'hystérie, et inversement, lors de simulation, serviront à nier sa présence. Les troubles pupillaires, la polyopie monoculaire et les autres manifestations oculaires, n'ont une réelle valeur que lorsqu'ils sont accompagnés des précédents.

(1) Pichon. Thèse de Paris, 1885.

(2) Delecluze. *Troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice*, Thèse de Paris, 1890.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATION

Hystérectomie vaginale. — M. TERRILLON achève la communication qu'il a commencée dans la dernière séance. Il relate une quatrième observation, dans laquelle il s'agit d'une femme de trente-trois ans, qui depuis fort longtemps était atteinte de suppuration pelvienne avec fistule rectale, par laquelle elle rendait parfois de grandes quantités de pus. Après une consultation avec M. Tarnier, il fut décidé que M. Terrillon pratiquerait chez cette malade l'hystérectomie vaginale. Il ouvrit plusieurs poches purulentes. L'opération présenta quelques difficultés, mais les suites en furent simples; cette malade, qui était dans un état fort grave, ne souffre plus, engraisse et jouit actuellement d'une bonne santé. Sa fistule rectale ne rend presque plus rien et, d'ici à très peu de temps, se fermera complètement.

M. RICHELOT communique une observation analogue dans laquelle il fit d'abord la laparotomie, s'aperçut que, par cette voie, il n'arriverait pas à enlever sans danger toutes les parties malades, et pratiqua, séance tenante, l'hystérectomie vaginale, qui lui donna un très bon résultat et ne fut suivie d'aucun accident.

M. RECLUS a également opéré une malade, d'abord par la laparotomie, qu'il reconnut impuissante à amener la guérison, puis par l'hystérectomie vaginale, qui lui donna un très heureux résultat.

M. BAZY fait observer que les accidents consécutifs à l'hystérectomie vaginale ne sont pas aussi rares qu'on a bien voulu le dire. Il en a vu chez ses propres opérées et aussi chez les malades qui avaient été entre les mains des plus habiles et des promoteurs de la méthode. D'abord, suivant lui, l'hystérectomie vaginale, dans beaucoup de cas, est insuffisante pour ouvrir tous les abcès. L'auteur de la méthode dit lui-même qu'il se tient toujours aussi près que possible de l'utérus ; il peut donc lui arriver de laisser ainsi les poches sans les vider. En outre, il recommande bien qu'on examine les opérées pendant deux ou trois mois consécutifs, ce qui laisserait à penser qu'il a vu se produire des accidents longtemps encore après l'opération et qu'il s'assure s'il ne survient pas de tuméfactions consécutives. M. Bazy, ayant récemment remplacé M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, dit avoir appris ces choses de ses internes.

M. ROUTIER a pratiqué l'hystérectomie vaginale chez une jeune femme atteinte depuis longtemps de pelvi-péritonite avec suppuration par le rectum. Il se trouva en présence d'un utérus dégénéré, qui se déchirait sous la traction des pinces; il lui fut impossible d'en faire l'ablation totale. Il se contenta de l'enlever partiellement, bourra la cavité restante de gaze iodoformée. Les suites immédiates de l'opération furent bonnes. Mais, quelque temps après, cette malade rendit des garde-robes par le vagin. M. Routier se contenta de tamponner avec de la gaze iodoformée et peu à peu cette fistule recto-vaginale se boucha, et aujourd'hui cette malade est complètement guérie. Dans ce cas, donc, il a suffi d'une intervention partielle pour amener la guérison.

M. TERRILLON croit, en résumé, qu'il faut réserver l'opération de Péan aux cas où il s'agit de suppurations anciennes, fistuleuses, cas dans lesquels la laparotomie devient trop dangereuse.

Quant aux accidents consécutifs à l'hystérectomie vaginale, il est hors de doute qu'il s'en produit, et qu'il faut rabattre de la prétendue bénignité de cette opération. Il faut surveiller les malades pendant assez longtemps. Il est juste d'ajouter aussi que, dans un grand nombre de cas, la guérison s'obtient rapidement et sans encombre.

RAPPORT

Statistique. — M. BERGER fait un rapport sur la statistique des opérations pratiquées par M. Calot à l'hôpital de Berck-sur-

Mer. Cette statistique porte sur 100 opérations graves, sur lesquelles il n'y a eu qu'un décès à la suite d'une résection du coude, chez un enfant grièvement malade. Sur ces 100 opérations, il y a eu 31 résections, 3 amputations de cuisse, 15 arthrotomies avec grattage ou arthrectomies, 7 ostéotomies, 7 ablations de séquestres avec ou sans grattage, 7 ablations de tumeurs et le reste comprenant des opérations diverses. Beaucoup de ces enfants étaient dans un état très grave. Toutes ces opérations ont été des opérations de nécessité. Il n'y a eu qu'un seul décès post-opératoire.

M. Berger ajoute qu'il serait bien intéressant de connaître plus tard les résultats définitifs de ces opérations.

COMMUNICATION

Hystérectomie vaginale contre le cancer utérin. — **M. RICHELOT** fait une communication sur ce sujet. Depuis trois ans, dit-il, l'hystérectomie vaginale, comme traitement du cancer utérin, ne faisait plus parler d'elle. M. Verneuil, dans la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, en 1888, lui avait porté le dernier coup. En condamnant cette opération, M. Verneuil préconisait l'amputation sous-vaginale par la chaîne de l'écraseur. Il faisait connaître les bons résultats qu'il avait obtenus de cette méthode et, les comparant à ceux de l'hystérectomie totale, il arrivait à démontrer que la première donnait une moyenne de survie plus considérable que la seconde. En outre, M. Verneuil insistait sur la gravité excessive de cette ablation totale, et alors même qu'il savait laisser, par l'amputation sous-vaginale, du cancer dans la plaie, il préférait cette conduite en raison du précepte : *actum minoris periculi*. L'attaque de M. Verneuil venait trop tôt; le débat était prématuré; M. Bouilly défendit l'hystérectomie totale en raison de ce principe fondamental en matière d'affections cancéreuses, que l'opération la plus large est toujours la meilleure. De son côté, M. Richelot la défendait également, en espérant plus de guérisons définitives. Malheureusement, son plaidoyer fut submergé sous le flot des effets désastreux apportés par plusieurs de ses collègues, entre autres par MM. Kirmisson, Polaillon, Marchand, Monod, Berger. M. Verneuil réunissant les éléments de ce sombre tableau, n'eut pas de peine à faire sombrer l'hystérectomie vaginale totale.

Aujourd'hui, ajoute M. Richelot, il est intéressant de voir ceux qui furent, à cette époque, les détracteurs de cette opération, venir la préconiser pour le traitement des suppurations pelviennes. C'est ainsi que nous avons vu M. Reclus, par exemple, se joindre à M. Segond.

Continuant sa démonstration, M. Richelot examine ce que valait, en 1888, l'hystérectomie vaginale totale, appliquée au traitement du cancer utérin. Il rappelle les statistiques de MM. Bouilly, Terrier et la sienne propre, qui était la moins favorable. Ces faits ont été publiés à cette époque. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888.)

M. Richelot examine aujourd'hui les résultats éloignés de l'opération. Ces résultats sont loin d'être nuls. Des malades qu'il avait opérées, il en restait 7 qui avaient survécu à l'opération, sur ces 7, il y en a actuellement 4 de mortes et 3 qui sont encore bien vivantes. De ces trois dernières, l'une est opérée depuis cinq ans et un mois, la seconde depuis quatre ans et onze mois, la troisième depuis quatre ans et cinq mois. Aucune de ces trois malades ne porte aujourd'hui de traces de récidives. Ces résultats ne sont pas nuls et sont relativement heureux.

Ayant voulu s'éclairer complètement sur cette question, M. Richelot a étudié comparativement les résultats de l'amputation partielle et ceux de l'amputation totale. Dans un cas où il fit l'amputation partielle, un mois après apparaissait la récidive; cette malade a vécu deux ans. Dans un second cas, où il s'agissait d'un épithéliome limité, paraissant justiciable de l'amputation partielle, cette opération fut pratiquée et fut suivie d'un mauvais résultat. En même temps que ces deux malades, M. Richelot en opéra deux autres par l'hystérectomie totale, et ces deux malades, opérées depuis deux ans, sont actuellement encore en parfaite santé. Depuis lors, il est revenu systématiquement à l'hystérectomie vaginale totale, et il compte aujourd'hui 80 de ces opérations.

Sur ces 80 hystérectomies, il y en eut 22 pour cancer. Sur ces 22 cas, il n'a eu à déplorer qu'un seul décès post-opératoire. Les 21 autres cas sont guéris de l'opération. Il y a déjà sur ce nombre 4 récidives. Chez l'une il y avait un noyau cancéreux dans le ligament large, qui a continué à évoluer. Chez une autre, le ligament large était pris également et elle est morte quatre mois après. La troisième, qui avait engraissé, repris ses forces et perdu sa teinte jaune paille, a eu également une récidive qui l'a emportée un an après. Enfin, le quatrième cas est analogue. A ces quatre faits dans lesquels la récidive était prévue, inévitable, M. Richelot ajoute un cinquième fait malheureux. Il s'agit d'une malade chez laquelle il a fait une perforation de la vessie avec le doigt. Il dut s'y reprendre à deux fois, pour fermer cette ouverture vésicale ; après la seconde tentative, la malade fut prise de péritonite et succomba. Il faut laisser, dans ces cas, la plaie vésico-vaginale se combler elle-même peu à peu. D'ailleurs, aujourd'hui, M. Richelot évite ces ouvertures vésicales, en rasant de plus près l'utérus qu'il ne le faisait dans ses premières opérations.

Sur les 21 malades opérées, il en reste donc encore actuellement 16 de bien portantes, 5 du 2 mai au 10 octobre 1891, les 11 autres datant déjà de huit mois à un an. La plupart de ces opérées s'annoncent bien. Sur ce nombre il y en avait cinq atteintes d'un cancer propagé au corps et 11 atteintes de cancer limité au col. On peut donc dire, ajoute en terminant M. Richelot, que l'hystérectomie vaginale se réhabilite. M. Verneuil, qui a si bien montré les côtés difficiles de la question, ne désapprouvera pas nos efforts.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Lipome de l'index. — **M. BERGER** présente, de la part de M. Dubar (de Lille), un lipome du volume d'un petit œuf de poule, qu'il a enlevé sur la face palmaire de l'index de la main gauche.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 octobre 1891, M. Mathieu, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 15e corps d'armée, a été promu au grade de médecin inspecteur, en remplacement de M. le médecin inspecteur Papillon, placé dans la section de réserve. M. Mathieu est maintenu dans ses fonctions actuelles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs P. Colombe (de Lisieux), Nicolle (de Bayeux), Ripoll (de Toulouse).

— M. le docteur Audhoui reprendra son enseignement clinique à l'hôpital de la Pitié, dans la seconde quinzaine de novembre. — Le mercredi sera plus spécialement consacré à l'étude de l'hydrologie médicale.

— M. le professeur G. Pouchet commencera son cours d'anatomie comparée, au Muséum, le mardi 3 novembre 1891, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique du docteur Burq, reprendra ses conférences cliniques sur le traitement des maladies nerveuses et du diabète, par la métallothérapie, le dimanche 8 novembre, de neuf heures à dix heures, à sa clinique, 9, rue de Chanaleilles, et les continuera tous les dimanches à la même heure.

— M. le docteur Paul Cornet commencera son cours de chimie médicale et biologique, le lundi 9 novembre, à trois heures, et le

continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. Ce cours essentiellement pratique sera complet en deux mois. — S'inscrire au secrétariat de la clinique française, 76, rue de Vaugirard et, 30, rue d'Assas.

— M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques de gynécologie, le lundi 16 novembre, à deux heures, à sa clinique, 9, rue de Savoie, près du Pont-Neuf, et les continuera les lundis suivants à la même heure. — Les élèves sont admis à l'examen des malades.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et des tissus, avec des aperçus physiologiques et pathologiques et 1 276 figures intercalées dans le texte. Cinquième édition entièrement refondue, par le docteur J.-A. Fort, ancien professeur libre d'anatomie. — Prix : 30 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital des Enfants-Malades. La pleurésie du médiastin. — L'opération de Phleps. — Revue de la Presse. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 2 novembre 1891.

Nos lecteurs ont pu lire, dans nos derniers numéros (1), les propositions faites, au Conseil municipal de Paris, par M. Strauss, d'une part, par M. Navarre, d'autre part, en vue d'« organiser l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux ». Une troisième proposition de M. Vaillant, visant le même but, vient d'être également envoyée à la cinquième commission du Conseil.

De ces propositions naîtra quelque chose de nouveau et d'utile, cela ne fait doute pour personne, et l'on peut dire que l'enseignement municipal est, dès maintenant, créé.

Il est difficile de savoir en faveur de quel projet se prononcera le Conseil municipal ; sera-ce celui de M. Navarre, celui de M. Strauss, ou bien celui de M. Vaillant? Le doute n'est pas permis à ceux de la profession médicale qu'un parti pris ou qu'un intérêt trop direct n'entraînent pas vers une solution personnellement désirée. Ceux qui veulent réellement réorganiser ou mieux organiser l'enseignement clinique se rallieront aux propositions de M. Strauss. Voici pourquoi : le projet de M. Vaillant, trop vague, trop général, dit que « tous les services médicaux et chirurgicaux seront, suivant une progression aussi rapide que possible, ouverts à l'enseignement clinique ». M. Vaillant semble ignorer que tous les services hospitaliers sont largement ouverts à qui veut les suivre, et que la proposition qu'il fait ne vise rien moins qu'à *imposer* au chef de service l'enseignement de la clinique. Or, il ne peut entrer dans l'esprit de personne de rendre les chirurgiens et les médecins professeurs malgré eux. C'est ce qu'ont bien compris MM. Navarre et Strauss, aussi pour le corps médical des hôpitaux, ce sont les propositions de ces deux conseillers qui sont seules actuellement discutables.

Toutefois, nous n'adopterons pas volontiers la proposition de M. Navarre. Cette proposition ne tend, en effet, qu'à créer *trois* professeurs de clinique. Ce projet satisfera sans doute quelques ambitions personnelles, et flattera les trois heureux titulaires. Il y aura, en notre bonne ville de Paris, trois fonctionnaires de plus et ce n'est pas parce que leur programme « renfermera la pathologie, le diagnostic et la séméiologie », que les choses seront modifiées. Il y aura, nous ne craignons pas de le répéter, car telle est la vérité, trois satisfaits de plus, et rien ne sera changé quant au fond de l'enseignement, que le professeur soit un professeur d'État ou un professeur municipal. Le reproche que l'on peut faire à l'enseignement de la Faculté, est de ne point s'adresser au futur praticien ; nous l'avons maintes fois démontré dans ce journal. Or, toute réforme consistant à ajouter à ce qui existe déjà, sans modifier les anciens errements, est une réforme absolument sans valeur. Le projet de M. Navarre créera un semblant de Faculté municipale à côté de la Faculté d'État, et ce sera tout.

M. Strauss est beaucoup plus pratique et plus précis dans la proposition qu'il soumet au Conseil. Comme il le dit très judicieusement « l'organisation très simple qu'il propose ne fait que développer un enseignement déjà prospère ». Il rend officiel un enseignement jusqu'ici dû à la simple initiative privée. Il le consacre par une subvention, et par conséquent l'encourage, le développe, lui fait prendre corps. Il ouvre les laboratoires, les amphithéâtres, multiplie les moyens d'étude, s'adresse aux aînés comme aux jeunes, réunit à la fois, dans une même sollicitude, l'intérêt des malades et celui des études médicales.

Pour le moment, nous nous bornons à cette appréciation générale des trois projets soumis au Conseil, nous réservant d'y revenir plus tard et de discuter en détail le rapport de la Commission, dès que celui-ci sera publié.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1137 et 1171.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Grancher.

La pleurésie du médiastin.

Le petit malade que je désire vous faire examiner aujourd'hui est âgé de onze ans. Il est entré, il y a un mois, dans notre service. C'est un jeune garçon assez bien portant, ne présentant aucune trace ni de lymphatisme, ni de scrofule. Ses antécédents héréditaires n'offrent rien de spécial. Son père, toutefois, est mort à quarante-neuf ans, d'une fluxion de poitrine. Un mois avant son entrée, cet enfant serait tombé d'un trapèze et se serait contusionné le côté, mais je ne crois pas qu'il faille attacher à cette contusion une grande importance. C'est seulement trois semaines et demie plus tard, quatre jours avant d'entrer à l'hôpital, qu'il fut pris de frissons, de fièvre, de quintes de

toux sèches et douloureuses, d'un point de côté. Les crachats auraient alors été striés de sang. Le jour de l'entrée, on trouvait tous les signes d'une pleurésie gauche, matité en arrière remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate, diminution des vibrations thoraciques, suppression du murmure vésiculaire et souffle un peu aigu vers la partie moyenne, en avant, sous la clavicule, sonorité tympanique. Une ponction exploratrice à la seringue de Pravaz amena, d'ailleurs, très facilement du liquide séreux. Mais, à côté de ces symptômes, il en existait d'autres plus singuliers, intéressants au point de vue du mode de répartition de l'épanchement.

Tout d'abord, il n'existait pas de dilatation du côté gauche du thorax. Cette dilatation, si marquée d'ordinaire chez l'enfant qu'elle constitue un des principaux signes de la pleurésie, manquait absolument. C'est vainement qu'on la cherchait, soit par l'amplexion avec les deux mains, soit par la mensuration. De plus, les espaces intercostaux n'étaient pas élargis. Ce second signe qui, comme le précédent, est un des plus importants de la pathologie infantile, faisait donc également défaut. Malgré un épanchement abondant, le côté gauche du thorax ne présentait aucune ampliation. Ce fait était d'autant plus paradoxal, que l'élasticité des côtes, la flexibilité de la paroi thoracique chez l'enfant permet d'ordinaire à cette ampliation d'atteindre son maximum.

Les données fournies par la percussion n'étaient pas moins singulières. Immédiatement au-dessous de la sonorité tympanique sous-claviculaire, on retrouvait, en effet, la matité, cette matité se prolongeait sous le sternum; elle empiétait même sur le bord droit du sternum jusqu'à 1 à 2 centimètres à droite de ce bord.

Les battements de la pointe du cœur n'étaient pas perçus à la palpation. Mais en cherchant par l'auscultation leur maximum, on constatait que ce maximum était très déplacé, reporté sur le côté droit du sternum.

Ce déplacement ne laissait pas d'avoir entraîné quelques troubles circulatoires. A la partie antérieure de la poitrine, le réseau veineux était très développé; il n'y avait d'ailleurs ni œdème, ni dilatation des jugulaires. Les lèvres avaient une teinte violacée; il existait bien un peu de dyspnée, mais cette dyspnée n'était pas suffisante pour expliquer l'intensité de cette coloration bleuâtre des lèvres.

Comment donc interpréter ces différents symptômes? En admettant que l'épanchement avait son siège maximum vers le médiastin, leur explication devenait des plus faciles. Par suite de ce siège, c'est en effet le médiastin qui s'était trouvé refoulé en masse, tandis que ni la paroi thoracique, ni les espaces intercostaux n'étaient modifiés. Ce refoulement avait amené un déplacement considérable du cœur et aussi, par suite du déplacement du gros tronc veineux de la base, la gêne de la circulation. La matité de la région sternale s'expliquait d'elle-même par le fait de l'épanchement.

Dans quelques cas, rien n'est plus difficile, par suite de ces différents symptômes, de distinguer une pleurésie médiastine d'une péricardite. Chez notre petit malade, la difficulté, par suite des symptômes perçus en arrière à la percussion et à l'auscultation, n'était pas très grande. Mais chez un autre petit enfant de sept ans, que j'ai vu dernièrement avec M. le docteur Havage, cette difficulté existait à son maximum. La matité étendue à toute la région précordiale, la voussure, la suppression complète des battements à la palpation paraissaient des signes bien évidents de péricardite. Mais là encore la sonorité tympanique sous la clavicule, l'auscultation qui permit de constater qu'il y avait refoulement à droite et non éloignement de la pointe du cœur, permirent d'établir le diagnostic. Les signes d'asphyxie étaient bien plus marqués chez ce deuxième enfant; il était complètement étouffant et cyanosé. Une ponction faite au lieu d'élection sur la ligne axillaire, là où il existait encore de la matité, évacua 950 grammes de liquide. Le soulagement fut immédiat et merveilleux. La guérison était complète quinze jours après.

Chez notre malade de la salle, nous avons fait également une ponction et retiré 850 grammes de liquide. La guérison, chez lui aussi, paraît complète. Il n'a plus de fièvre, mange bien, boit bien, court bien, dort bien. Il ne tousse plus. Il demande à quitter l'hôpital. Avant de le lui permettre, auscultons-le de nouveau.

Du côté droit, dans tout le côté droit, la respiration est un peu exagérée; au sommet, elle est même rude; les vibrations thoraciques, la sonorité sont également exagérées.

Du côté gauche, en avant, au sommet, on retrouve encore le tympanisme sous-claviculaire, les vibrations sont diminuées, la respiration est basse et sourde. En arrière; il y a de la matité à la base, de la submatité à la partie supérieure du thorax; les vibrations sont diminuées; elles sont même abolies dans toute la moitié inférieure; le murmure vésiculaire est beaucoup plus faible qu'à l'état physiologique chez l'enfant. Il faut donc que la plèvre soit restée épaissie; il y a peut-être aussi encore une certaine congestion, une certaine induration pulmonaire, j'ajoute que la matité sous-sternale persiste encore en partie.

Voici donc un enfant ayant eu une pleurésie, en apparence tout à fait bénigne, à début grave, à évolution rapide, sans aucune complication. La ponction paraît avoir amené une guérison complète. On ne peut rêver une pleurésie à marche plus simple, plus satisfaisante. Eh bien! alors que la guérison semble complète, que tous les troubles fonctionnels ont disparu, la perturbation dans le fonctionnement des poumons est encore énorme. Il n'y a pas, ni dans le poumon gauche, ni dans le poumon droit, un seul point qui respire physiologiquement.

Cette perturbation profonde après la pleurésie est la règle. Vous la retrouverez même après d'autres maladies respiratoires, plus passagères et plus légères encore. J'ai vu de simples bronchites, n'ayant duré qu'une quinzaine de jours, laisser pendant des mois, des années, des modifications stéthoscopiques, fines, légères, mais indiscutables. La nécessité d'un examen minutieux n'a donc pas le seul intérêt d'un diagnostic délicat. Il y a, dans ces modifications du fonctionnement pulmonaire, après la pleurésie, un point de pronostic des plus importants pour la pratique. Que cet enfant rentre chez lui sans prendre maintenant de soins spéciaux, dans six mois, dans un an, avant peut-être, il aura sans doute une rechute de cette pleurésie, mais cette fois, cette rechute sera singulièrement plus grave. Je ne crois pas que la pleurésie que nous venons de traiter soit en rien tuberculeuse. Je suis, cependant, certain que des précautions toutes particulières sont nécessaires pour que cet enfant, dans un avenir plus ou moins lointain, ne devienne pas tuberculeux.

Nous n'allons pas, néanmoins, garder cet enfant à l'hôpital. Le grand air est actuellement la première des précau-

tions qu'il doit prendre. Il devra se préserver avec soin du froid, l'usage de la flanelle et d'une flanelle recouvrant bien toute la poitrine, les épaules et les bras, est chez lui indispensable. En dehors d'une bonne alimentation, il prendra, chaque jour, à titre de suralimentation, trois à quatre cuillerées de poudre de viande. Toutes les semaines, il reviendra se faire ausculter et nous aurons soin de profiter de ces visites pour entretenir, chez lui, une certaine révulsion. La révulsion, si difficile qu'il soit d'expliquer la façon dont elle agit, est, en pareil cas, d'une grande efficacité. Quel que soit le mode de révulsion, sinapismes, cataplasmes sinapisés, teinture d'iode, pointes de feu, petits vésicatoires même, l'essentiel est de l'employer avec assez d'énergie pour entretenir une circulation supplémentaire active dans toute la peau du thorax du côté gauche, avec assez de douceur pour ne déterminer ni douleurs trop vives ni complications inflammatoires. Tous ces moyens seront nécessaires pour amener une guérison durable; il est, en effet, peu d'affections qui exigent, après la guérison apparente, une surveillance aussi minutieuse et aussi prolongée que ne l'exige la pleurésie.

L'OPÉRATION DE PHLEPS

Par G. Phocas,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

I

Deux méthodes rivales se partagent la faveur des chirurgiens dans le traitement du pied-bot varus congénital. L'une est basée sur des faits anatomo-pathologiques et s'attaque au squelette pour corriger la difformité. M. Lucas-Championnière s'est fait le défenseur de la méthode dans une récente discussion à la Société de chirurgie. M. Nélaton a cherché à enlever les portions d'os qui s'opposent à la réduction et il a proposé une opération économique et rationnelle. Enfin M. Gross, dans un récent article (1), préconise de nouveau la tarsectomie postérieure, selon le procédé qu'il mit en pratique depuis 1885.

D'autres chirurgiens cherchent, d'une façon détournée, à restituer au pied sa conformation normale sans extirper les os, ils incisent pour cela les parties molles.

Personne ne conteste les déformations osseuses dans le pied-bot congénital, mais certains faits cliniques démontrent la possibilité de corriger la difformité sans recourir à une résection osseuse.

Il existe d'abord une catégorie de pieds-bots congénitaux qui sont justiciables des manœuvres manuelles. Chez les enfants jeunes on arrive, dans les cas de ce genre, à donner au pied une direction normale, sans recourir à une opération.

Une seconde catégorie de pieds-bots est celle où les manipulations ne sont plus suffisantes pour restituer la forme normale. Le tendon d'Achille rétracté empêche la flexion du pied et l'aponévrose plantaire fait saillie sous le doigt. Ces obstacles une fois levés par de simples ténotomies sous-cutanées, rien ne s'oppose plus à la restitution des formes.

Enfin, dans une troisième catégorie, on range les pieds-bots congénitaux, dont le bord interne reste enroulé, malgré les ténotomies et les manipulations. Dans ces cas, l'opération de Phleps peut être d'un grand secours.

Un cas de ce genre fut présenté à Phleps, en 1881. L'histoire fut publiée dans les Transactions de la Société médicale de New-York. « L'enfant, âgé de six ans et demi, avait un double pied-bot varus très prononcé. Les ténotomies sous-cutanées avaient totalement échoué. Par une incision à ciel ouvert, Phleps a pu rendre au pied sa conformation normale. »

En 1884, lors du Congrès de Copenhague, Phleps relatait l'histoire de 12 cas opérés par lui, il en mentionnait 4 autres opérés par Post et Hingston. Sigfried Lévy (de Copenhague) parle de 9 cas opérés par lui avec de bons résultats chez des enfants de deux ans et demi à onze ans (1886). Dernièrement encore, au Congrès de Berlin, le même chirurgien dit avoir opéré souvent, dans les cinq dernières années, des pieds-bots varus à l'aide de cette méthode. Au quinzième Congrès de la Société allemande de chirurgie, Schede (1886) donne une statistique de 18 pieds-bots congénitaux opérés par lui à l'aide de la même méthode.

En 1887, paraît le travail de Philippson, où l'on trouvera la description de l'opération et 3 nouvelles observations.

En 1888, paraît la thèse de Noyon, où sont relatées 20 observations de Tilanus (d'Amsterdam). En mai 1889, M. Rochard relate les 4 cas opérés par M. Kirmisson. Au Congrès de chirurgie de 1889, M. Kirmisson donne une statistique de 7 cas opérés par lui avec les meilleurs résultats. Lors de la discussion à la Société de chirurgie, le même chirurgien revient sur l'opération de Phleps. Ce sont là les premiers travaux français sur la question. En juin 1889, Bünzner publie les résultats de 21 opérations de Phleps pratiquées à la Clinique de Volkmann. Le 9 août 1890, on trouve une intéressante discussion au Congrès de Berlin, discussion à laquelle ont pris part Wolf, Phleps, Br[illegible]ffort, Béclard, Bilhaut, Bridlon, M. Kirmisson, Lévy, Bessel-Hayen et Kapteyn. La même année paraît, en Italie, le travail de Mario Motta, travail basé sur 7 cas inédits.

L'opération est favorablement accueillie à l'étranger.

Lorenz, Hoffa, München, Webel, Screiber se déclarent partisans de l'opération. Wolf (de Berlin), seulement, trouve cette opération superflue. Dans une récente critique des ténotomies à ciel ouvert, M. Sabatier (de Lyon) trouve des inconvénients à l'opération.

M. Kirmisson l'a, le premier, pratiquée en France. M. Ricard a obtenu également un très bon résultat chez un enfant de quatre ans. Nous-même, dans un cas qui nous est commun avec M. le docteur Folet, nous l'avons mise en usage au mois de mai dernier, chez un enfant de six mois, atteint d'un double pied-bot varus congénital du troisième degré.

La correction immédiate fut parfaite et c'est avec la plus grande facilité que nous avons pu remettre les pieds dans leur position normale et les maintenir dans un appareil plâtré. Les plaies se sont normalement cicatrisées au bout de trois semaines. La correction était parfaite dans l'appareil plâtré. C'est tout ce qu'on est en droit de demander à cette opération. Car, ainsi que nous le verrons, le traitement orthopédique consécutif est absolument nécessaire pour empêcher la récidive.

II

Le manuel opératoire est très simple. Le malade est endormi. La région est lavée. Une ténotomie sous-cutanée

(1) Gross. *Semaine méd.*, 1891, nº 29.

du tendon d'Achille est pratiquée d'abord. Cette opération préliminaire corrige l'équinisme. On procède ensuite à l'opération de Phleps. L'incision de la peau est pratiquée au niveau du bord interne du pied, elle est perpendiculaire à la plante qu'elle intéresse dans l'étendue de 1 centimètre environ. La ligne opératoire est la suivante : Au milieu de l'espace qui sépare la pointe de la malléole interne de la tubérosité du scaphoïde, on commence une incision à la peau. Cette incision est perpendiculaire au pied et fait, avec l'axe de la jambe, un angle plus ou moins ouvert en haut selon le degré d'équinisme. L'incision intéresse le bord interne du pied et arrive sous la plante où elle s'arrête, au niveau du bord saillant de l'aponévrose plantaire. Elle mesure ainsi 3 ou 4 centimètres.

Les bords de la plaie sont alors écartés et laissent apercevoir facilement le large tendon du muscle jambier postérieur, qui est sectionné. Plus bas, se trouve le muscle court abducteur du gros orteil qui est sectionné. Profondément, on recherche et on coupe le tendon fléchisseur propre du gros orteil. En somme, on incise le tendon du tibial postérieur et les parties molles qui sont contenues dans la loge latérale interne de la plante du pied, en se rappelant, toutefois, que l'artère plantaire interne siège au niveau de la cloison inter-musculaire et qu'il faut l'éviter autant que possible. Quant au tendon du long fléchisseur des orteils, il nous semble assez difficile à atteindre sans produire de grands dégâts. Pour voir clair, on peut se servir de la bande d'Esmarch. Dans le cas personnel, j'avoue n'avoir pu bien marquer toutes les étapes de l'opération.

La plaie est recouverte de gaze iodoformée et on procède au redressement manuel qui est alors très facile. Une gouttière plâtrée maintient la position acquise.

La gouttière est enlevée quinze jours plus tard ; les plaies sont alors en voie de cicatrisation, si elles ne sont pas complètement cicatrisées. Il faudra continuer l'immobilisation dans l'appareil pendant six à douze semaines.

A partir de ce moment, on peut se contenter d'un des nombreux appareils orthopédiques qu'on a proposés dans le traitement du pied-bot, en insistant tout particulièrement sur les soins consécutifs, le massage et les manipulations.

III

Les indications de cette opération sont très nettement données par les auteurs qui l'ont pratiquée. Il faut y recourir quand le pied-bot varus ne cède pas à la ténotomie du tendon d'Achille et à l'aponévrotomie sous-cutanée de l'aponévrose plantaire. L'opération doit donc être réservée pour les pieds-bots varus du troisième degré.

Certains chirurgiens l'ont cependant mise en usage pour corriger des pieds-bots moins avancés, c'est-à-dire ceux qui ne cèdent pas aux simples manipulations. Ils ont alors modifié l'opération et ils ont pratiqué une incision de la peau qui cerne en avant le bord antérieur de la malléole interne et arrive jusqu'à la pointe de cet os. Cette incision permet de diviser le tendon du jambier postérieur, ainsi que les ligaments péronéo-astragalien antérieur et péronéo-calcanéen. On pratique ainsi une véritable arthrotomie de l'articulation tibio-tarsienne.

L'opération de Phleps est-elle applicable à la cure des pieds-bots invétérés chez l'adulte ? A juger par certaines observations publiées, la chose ne serait pas douteuse.

Cependant le pied-bot varus invétéré de l'adulte est, en général, justiciable d'une opération sur l'astragale (extirpation totale ou partielle de Nélaton). Malgré cette résection souvent l'enroulement du pied persiste. C'est alors que l'opération de Phleps pourrait être d'une certaine utilité. Mais pour qu'elle soit efficace, il faudrait reporter l'incision plus en avant et pénétrer dans l'articulation médio-tarsienne. Sur un pied-bot rencontré à l'autopsie d'une femme, cette opération m'a permis de donner au pied une forme très convenable.

IV

On le voit, sous le nom d'opération de Phleps, on entend bien des choses, et pour juger cette opération dans ses résultats, il faudrait bien spécifier chaque fois le procédé suivi.

Les uns ont fait une ténotomie à ciel ouvert de quelques tendons ; d'autres ont pratiqué de véritables arthrotomies. Il est évident que ces actes opératoires ne sont pas comparables dans leurs résultats.

L'arthrotomie qui porte dans l'articulation tibio-tarsienne doit avoir pour effet de corriger l'équinisme ; celle qui ouvre l'articulation de Choppart doit porter son action sur le varus.

En résumé, sous le nom d'*opération de Phleps*, on a décrit et pratiqué :

1° La ténotomie à ciel ouvert du tibia postérieur, du fléchisseur du gros orteil et de l'abducteur du gros orteil ;

2° L'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne ;

3° L'ouverture de l'articulation médio-tarsienne.

Je crois que ces procédés opératoires ont chacun leurs indications spéciales, mais faute d'observations détaillées, je ne saurais les donner. Toujours est-il que les dangers inhérents à ces opérations sont nuls. On n'a jamais signalé d'accidents sérieux à leur suite.

V

En terminant, je désire passer en revue les principaux reproches faits à ces opérations.

Je ne dirai rien de l'objection qui consiste à rejeter l'opération, parce qu'elle attaque les tendons à ciel ouvert. Les ténotomies à ciel ouvert sont aujourd'hui reconnues absolument inoffensives, pourvu qu'elles soient pratiquées sous le couvert de l'antisepsie.

L'hémorrhagie pourrait être invoquée contre l'opération. Nous ferons remarquer que la blessure de l'artère plantaire interne n'est pas dans le programme de l'opération et que cette faute opératoire n'a, cependant, entraîné aucun danger, dans les cas où elle fut commise. La compression et la forcipressure arrivent facilement à maîtriser l'hémorrhagie.

Un argument plus sérieux est celui de *la cicatrice*. On s'est demandé si la présence d'une grande cicatrice, au niveau de la plante du pied, n'était pas susceptible d'entraîner quelques inconvénients. Aussi Bessel-Hayen a proposé de faire l'incision de la peau parallèlement au bord interne du pied et M. Sabatier, dans un article paru récemment, rejetait l'opération pour des raisons analogues.

Je ferai remarquer que le pied n'appuie pas sur le sol au niveau de cette cicatrice. Quant à la crainte de la réouverture de la cicatrice à la suite du massage, c'est un accident

qui s'est quelquefois produit quand la correction immédiate n'a pas été parfaite. En effet, pour faire un massage capable de rompre la cicatrice, il est de toute évidence qu'on a reconnu au pied une position vicieuse.

Certains orthopédistes, tout en reconnaissant l'innocuité de l'opération, la rejettent comme étant superflue. De ce nombre sont Wolf (de Berlin), Jones (de Liverpool), etc. Si l'on entend par là que l'opération de Phleps est, par elle-même, insuffisante à guérir radicalement le pied-bot, nous ne pouvons que souscrire à cette opinion. En effet, il ne faudrait pas se faire des illusions sur les résultats d'une pareille opération. Elle permet, en allongeant le bord interne du pied, d'obtenir une correction facile du varus, mais la difformité reparaissait comme avant, si on négligeait de maintenir le pied dans sa nouvelle position par les moyens orthopédiques usuels. Toute la question se résume, en somme, dans ces termes : est-il préférable de donner au pied sa conformation normale en déployant une grande force, au risque de violenter les parties, ou n'est-il pas plus avantageux d'arriver au même résultat par des procédés moins violents et plus chirurgicaux ? Et quand la nécessité d'opérer est reconnue, n'est-il pas préférable, au lieu de recourir à une large ablation osseuse, de se contenter d'une opération beaucoup plus simple qui n'avarie en rien le squelette ?

On a remarqué que l'atrophie rapide du membre était une conséquence fréquente du redressement brusque. Lévy a, dernièrement, insisté sur ce point. Quant aux vastes résections osseuses, elles sont presque universellement condamnées quand il s'agit de redresser un pied-bot chez l'enfant.

VI

Pour nous résumer, nous croyons que l'opération de Phleps est inoffensive, qu'elle facilite le traitement de certaines variétés de pied-bot et qu'elle mérite d'attirer sérieusement l'attention.

Pour juger la valeur de cette opération, nous croyons nécessaire de la subdiviser en trois procédés opératoires, selon qu'il s'agit d'une ténotomie à ciel ouvert ou d'une ténotomie associée à une arthrotomie de l'articulation tibio-tarsienne ou médio-tarsienne.

La valeur de chacun de ces procédés et leurs indications restent à déterminer.

REVUE DE LA PRESSE

Notes sur un cas de tétanos. — Bien que son observation, communiquée à la Société clinique de Paris, se soit terminée par un insuccès, M. Boucher a tenu à la publier à cause des particularités intéressantes qu'elle présente.

1° D'abord l'état névropathique du sujet paraît constituer, dans ce cas, une prédisposition morbide importante, qui expliquerait peut-être la rareté du tétanos par rapport à la quantité de gens qui travaillent et manipulent la terre et les fumiers. Cette indication n'est qu'exceptionnellement signalée dans les nombreuses observations de tétanos parcourues.

2° Le mode de contagion par le terreau de jardin venant infecter une plaie légère.

3° La courte durée de l'incubation peut être en rapport avec la gravité du mal. En faisant le relevé des 46 cas analysés dans les mémoires de M. le professeur Verneuil, M. Bouchet trouve 7 décès sur 10 quand l'incubation a été inférieure à sept jours et 15 décès sur 36 quand elle a dépassé huit jours.

4° Au point de vue du traitement, le bain tempéré (36 degrés) n'a produit aucun résultat, les spasmes auraient plutôt augmenté par le fait du changement de position et des mouvements qu'il fallait imprimer à la malade.

L'enveloppement dans le coton a été très mal toléré, et il n'est pas probable qu'il eût été mieux supporté, si on l'avait pratiqué dès le début.

La nécessité de donner le chloral en lavement a sans doute contribué à produire une éruption chloralique, accident bien rarement observé et qui, dans le cas particulier, par suite des démangeaisons provoquées, a forcé d'interrompre l'administration de ce précieux agent.

L'opium, à la dose de 20 centigrammes d'extrait, donnés en quelques heures, a seulement déterminé un peu de calme momentané, mais son action est restée bien au-dessous de celle du chloral.

En résumé, en présence de cette insuffisance de l'opium, le médecin reste absolument désarmé quand, par suite d'une éruption due au chloral, il doit cesser l'emploi de ce médicament. (*France médicale.*)

Traitement des entérites paludéennes chez l'enfant, par Moncorvo. — L'impaludisme constitue une cause fréquente d'entérite dans l'enfance. D'après Moncorvo, le salol constituerait alors un agent précieux d'antisepsie intestinale, atténuant rapidement et faisant bientôt disparaître la diarrhée, le météorisme, les coliques, les vomissements. L'action désodorante sur les selles est, en particulier, presque immédiate.

Les doses ont varié de 15 centigrammes à 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Le salol, dont la saveur est plutôt agréable, est très facilement pris en suspension dans un julep gommeux, par les enfants même très jeunes et très difficiles. Chez les nouveau-nés (le plus jeune des malades traités n'avait qu'un mois), les doses ont été de 15 à 25 centigrammes; avant deux ans, elles ont été de 25 à 50 centigrammes; après deux ans, elles ont varié de 1 à 2 grammes.

En même temps que le salol, Moncorvo donne d'ordinaire la quinine (50 centigr. de bichlorhydrate, en général). Le calomel administré à une ou deux reprises est souvent utile. Les autres agents d'antisepsie intestinale et, en particulier, le naphtol sont souvent un peu irritants et difficilement acceptés par les enfants.

Le lavage du gros intestin par des lavements à l'acide borique (30 p. 1000), au naphtol (50 centigr. à 1 gramme p. 1000), constitue un bon adjuvant de l'antisepsie interne. Ces lavages pour être efficaces doivent être faits au moyen d'une sonde molle introduite aussi loin que possible dans le rectum. Ces tentatives pour réaliser l'antisepsie intestinale dans l'enfance sont d'un grand intérêt pratique. Les moyens employés méritent d'être retenus même dans les entérites non palustres. Droinbe a, d'ailleurs, donné le salol avec succès dans quatre cas de choléra infantile. (*Rev. des mal. de l'enf.*)

Emploi continu du sulfonal dans les affections psychiques. — La valeur du sulfonal comme hypnotique et comme calmant dans les affections psychiques semble réel. Vorster, qui l'a employé chez soixante-six aliénés, le regarde comme un très bon moyen d'assurer le sommeil pendant la nuit, l'absence d'excitation pendant la journée. Des malades atteints de manie aiguë ou chronique, de démence sénile, de paralysie progressive, d'idiotie et même d'épilepsie grave, ont été très améliorés par cet agent. La dose quotidienne nécessaire a été ordinairement de 2 à 3 grammes, exceptionnellement de 4 grammes. Parfois, on voit à la longue survenir des troubles que l'auteur désigne sous le nom de sulfonalisme. A une première période, on observe des troubles moteurs et une parésie frappant, tout d'abord, les membres inférieurs, puis la langue, enfin les bras. A un degré plus avancé survient une dépression marquée, de la somnolence, de l'apathie,

une diminution de la sensibilité. Les troubles purement moteurs n'offrent aucune gravité; la dépression constitue un avertissement plus sérieux surtout s'il y a affaiblissement du cœur; il faut alors suspendre le sulfonal. On n'observe pas aux moments de l'interruption du médicament de troubles analogues à ceux qui surviennent, lors de la cessation d'autres hypnotiques et, en particulier, de la morphine. On peut donc suspendre sans inconvénient le sulfonal, alors même qu'il a été donné pendant des semaines et des mois. (*Allg. Zeit. f. Psychiatrie.*)

L'aérophagie hystérique. — Sous ce nom, M. Bouveret décrit, dans la *Revue de médecine*, un symptôme consistant dans un spasme clonique des muscles du pharynx, spasme qui produit des mouvements de déglutition et introduit dans l'estomac une certaine quantité d'air. L'hystérique qui présentait ce symptôme avait ainsi une série de déglutitions et d'éructations gazeuses. Chaque crise spasmodique durait deux à trois minutes et il y avait de quarante à soixante mouvements par minute. Après un certain nombre de déglutitions, se produisait une éructation de gaz entièrement inodore. L'auscultation permettait, pendant le spasme, de constater un bruit de glouglou dans l'œsophage et des bruits amphoriques au niveau de l'estomac; l'épigastre était distendu et la sonorité stomacale perceptible en une large surface.

Ce spasme semblait dû à l'hyperesthésie de la muqueuse pharyngée. Cette hyperesthésie était extrême. Le moindre attouchement des piliers du voile du palais ou de la paroi postérieure du pharynx provoquait immédiatement les contractions. Une autre zone hyperesthésique existait au niveau du larynx. Les excitations un peu prolongées, en ce point, amenaient même un malaise général : nausée, oppression, tendance syncopale. La déglutition normale s'effectuait bien; le spasme semblait disparaître dans les mouvements volontaires; il n'y avait jamais eu ni vomissements, ni régurgitations alimentaires. L'état de la malade était néanmoins assez pénible; elle éprouvait des douleurs d'oreilles, une sensation de corps étrangers dans la gorge, une sensation de plénitude épigastrique jusqu'à ce que fussent survenues les éructations. Les indications thérapeutiques paraissent dans un cas de ce genre être de deux ordres : indications générales pour lutter contre l'hystérie; indications locales pour combattre l'hyperesthésie pharyngée.

Cirrhoses hépatiques dans l'enfance. — Les cirrhoses hépatiques sont rares dans l'enfance. Elles ont quelquefois pour cause l'alcoolisme précoce, mais l'origine infectieuse (syphilis, tuberculose, impaludisme, rougeole, scarlatine, coqueluche, fièvre typhoïde, septicémie) est beaucoup plus commune. Les cirrhoses surviennent enfin parfois au cours d'affections cardiaques.

Les cirrhoses infectieuses s'annoncent, dans quelques cas, par une poussée congestive plus ou moins intense. Cette poussée nous paraît importante à connaître ; il faut vérifier avec soin le volume du foie dès que surviennent des troubles gastriques, de l'ictère, des hémorrhagies. Peut-être le traitement institué à cette période pourrait-il enrayer l'évolution.

La maladie, une fois confirmée, est de pronostic très grave. La mort est survenue dans presque tous les cas par cachexie, parfois par accidents nerveux, dans le délai de deux à trois ans, c'est-à-dire plus rapidement que chez l'adulte.

Le traitement semble bien incertain. Nous avons vu souvent, à l'hôpital des Enfants, notre maître, M. Simon, obtenir, dans diverses congestions hépatiques, de bons résultats du régime lacté intégral avec addition d'eau de Vichy ou de bicarbonate de soude et du calomel à faibles doses.

L'infection palustre, si fréquente chez l'enfant, doit toujours être recherchée et réclamerait l'emploi de la quinine. (Revue de Mlle Bl. Edwards, *Progr. méd.*)

L'acétonurie dans les troubles digestifs, par Lorenz. — L'acétonurie serait si constante dans les troubles digestifs de diverse nature que Lorenz n'hésite pas à proposer d'admettre une forme spéciale d'acétonurie : « l'acétonurie par troubles digestifs. » L'acétonurie est souvent, en pareil cas, associée à la diacéturie; elle peut aussi alterner avec la diacéturie; cliniquement, il est donc impossible de séparer ces deux ordres d'accidents pathologiques. La coexistence de l'albuminurie est également fréquente.

Lorenz a constaté la présence de l'acétone non seulement dans l'urine, mais dans le contenu de l'estomac et dans celui de l'intestin. L'analyse du contenu stomacal et du contenu intestinal établit une différence presque constante et fort remarquable entre les affections organiques et les affections purement nerveuses de l'estomac et de l'intestin. La présence de l'acétone, exceptionnelle dans les secondes, est presque constante dans les premières. (*Zeit. f. Klin. Med.*)

Fièvre des foins (rhinobronchite spasmodique); traitement de la fièvre des foins. — Philpots recommande de faire, contre la fièvre des foins, des insufflations dans les fosses nasales avec la poudre composée suivante :

Acide borique	2 grammes.
Salicylate de soude.	2gr50
Chlorhydrate de cocaïne	12 centigr.

Pulvériser finement.

Contre les manifestations oculaires, il recommande les collyres au sulfate de cuivre ou au sulfate de zinc. Au début des crises d'éternuement ou de suffocation, l'inhalation de dix gouttes d'iodure d'éthyle ou de trois à cinq gouttes de nitrite d'amyle respirées sur un mouchoir feraient souvent avorter la crise. Le malade doit être éloigné de l'endroit où s'est déclarée l'affection. (*Union médicale.*)

Laparotomie chez un enfant âgé de dix heures pour une hernie ombilicale congénitale; guérison. — Hinkson n'hésita pas à pratiquer la laparotomie chez une petite fille venant de naître et offrant une hernie ombilicale n'ayant pas moins de 6 centimètres de large sur 12 de haut, occupant presque toute la paroi abdominale antérieure, renfermant, outre l'intestin grêle, une partie du foie reconnaissable à la palpation. Après anesthésie à l'éther et incision de la partie supérieure de la hernie, il put libérer les adhérences hépatiques, refouler l'intestin et suturer les parois abdominales. Drainage et pansement à l'iodoforme et au sublimé. Au premier pansement, les sutures, extrêmement tendues, lâchèrent et il fallut, pour les refaire, endormir de nouveau l'enfant. On employa, cette fois, le chloroforme, qui fut moins bien toléré que l'éther. Pourtant l'enfant guérit, malgré cette double intervention. (*New-York Med. Journ.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 30 octobre 1891, les médecins militaires dont les noms suivent ont été nommés à l'emploi de professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce et affectés aux chaires d'enseignement ci-après indiquées, savoir :

M. Catrin, médecin-major de première classe, répétiteur à l'École du service de santé militaire. — Législation, administration, service de santé militaire et médecine légale militaire.

MM. Mignon et Cahier, médecins-majors de deuxième classe, répétiteurs à l'École du service de santé militaire. — Anatomie chirurgicale (opérations et appareils).

— Par décision ministérielle, en date du 30 octobre 1891, le ministre de la Guerre a fixé au lundi 7 décembre 1891 l'ouverture, à l'École du Val-de-Grâce, d'un concours pour trois emplois de répétiteur à l'École du service de santé militaire.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées : 1° anatomie normale et physiologique; 2° physiologie et histologie; 3° médecine opératoire et accouchements.

Le concours aura lieu dans les formes et les conditions prévues

par les notes ministérielles du 26 décembre 1888 et du 28 février 1890 (voir la partie réglementaire du *Bulletin officiel du ministère de la Guerre*, 1888, p. 1363, et 1890, p. 333).

Les médecins-majors de deuxième classe qui désireraient concourir pour ces emplois en feront la demande par la voie hiérarchique au ministère de la Guerre (7e direction). Ces demandes devront parvenir au ministère avant le 20 novembre prochain, terme de rigueur; elles seront accompagnées de l'avis motivé de tous les chefs hiérarchiques des candidats, y compris celui du directeur du service de santé du corps d'armée auquel ils appartiennent.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Aunis, Rocaz, Breffeil, Riffé, Labrunie, Donadieu, Jonchères, Chavanaz, Lafarelle, Jaulin.

11. Vitrac, Brunet, Levraud, Frèche, Fieux, Vergely, Brindel, Dubourg, Castets et Roy.

Externes : MM. Teynac, Beille, Chaminade, Crozet, Grimard, Viguier, Baudry, de Lavigne, Lalanne, Verdelet.

11. Massiou, Cabanne, Gourdon, Faugère, Parrain, Antoine, Jourdran, Jolis, Mille, Bartet.

21. Bousquet, Vanchangel, Pelletier, Quinson, de Boucaud, Houillon, Mourie, Detchard, Liffran, Vergez.

31. Balhadère, Jurquet, Dubourdieu, Tocheport, Bourlaux, Castaing, Laroche de Féline, Mahon, Baradat, Barailhaud.

41. Ziégler, Carrére, Labat, Verliac, Oudard, Saint-Pé, de Manny, Ginestous, Lizé et Gamaury.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Collet, Martel, Barjon, Pauly, Tuja, Roux (Jean), Paviot, Dumarest, Deydier, Durbesson, Pétouraud, Garcin, Regaud, Cotsos.

Internes proviroires : MM. Aurand, Gayet, Coche, Alex, Allemand, Thévenon, Choupin, Mathian, Lépine, Philippon, Perdu, Chapuis, La Bonnardière, Bourdin, Bonne, Lestra, Molle, Brunon et Gillet.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Fleury, Lecoq et Lecomte.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le docteur Bataille est nommé chef des travaux anatomiques.

— M. le docteur du Mesnil est nommé secrétaire du Conseil du Bureau central météréologique de France.

— M. le professeur Peter commencera ses leçons de clinique médicale, le mercredi 11 novembre 1891, à neuf heures et demie, à l'hôpital Necker, amphithéâtre de la clinique médicale, et les continuera les vendredis et mercredis suivants.

— La prochaine réunion amicale des médecins de réserve des armées de terre et de mer et de l'armée territoriale aura lieu le lundi 9 novembre, à neuf heures du soir, au Cercle militaire.

Conférence par M. le docteur Billot, médecin-major de première classe au 46e de ligne. « Le rôle du médecin régimentaire. »

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, directeur Jules Rochard. Tome IV, 1er fasc. « Hygiène urbaine » chap. Ier « Établissements publics », par MM. les docteurs Rochard, Vallin et Gariel. In-8° avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. La torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. — Le cornet à chloroforme en usage dans la marine. — Académie de Médecine. — Variétés. Le fil de la vierge. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

En 1861, M. Richet, au nom d'une commission composée de MM. Robert, Richet et Gosselin, lisait à la Société de chirurgie un rapport sur un excellent travail de M. le docteur Berchon, alors chef des travaux anatomiques à l'École de médecine navale de Rochefort. Dans ce travail sur le mode d'administration des agents anesthésiques, l'auteur, après avoir fait connaître le « cornet » de M. Reynaud, en montrait tous les avantages et déclarait qu'on ne citait alors aucun cas de mort survenu par le fait des anesthésiques dans les hôpitaux de la marine, ou à bord des bâtiments pendant les expéditions lointaines (1).

La question des accidents produits par le chloroforme revenait à l'ordre du jour, il y a quelques mois, et M. Le Roy de Méricourt (2) déclarait, à son tour, qu'il n'avait connaissance d'aucun accident mortel dans la marine, où l'anesthésie est pratiquée depuis trente-cinq ans avec le cornet-Reynaud, qui y est devenu réglementaire. Il ajoutait qu'il serait facile, d'ailleurs, de faire une enquête à ce sujet. C'est le résultat de cette enquête qu'est venu faire connaître aujourd'hui M. Bérenger-Féraud. On trouvera plus loin son intéressante communication.

M. Verneuil a présenté à l'Académie deux intéressantes observations dans lesquelles des injections sous-cutanées d'antipyrine ont été suivies d'accidents gangréneux assez graves qui, toutefois, ont pu être heureusement conjurés par des pulvérisations phéniquées. Ainsi que l'a justement fait observer M. Dujardin-Beaumetz, il ne faudrait pas, dans ces cas, incriminer l'antipyrine. Toute autre substance aurait probablement déterminé les mêmes accidents sur les sujets dont il s'agit. Dans ces cas, en effet, le danger réside non dans la substance injectée, mais bien dans la méthode elle-même.

Il n'en est pas moins vrai que les faits communiqués par M. Verneuil comportent un enseignement précieux ; aujourd'hui surtout que la voie sous-cutanée est de plus en plus fréquemment choisie pour l'introduction d'un grand nombre de médicaments, il faut savoir se tenir en garde contre certains terrains peu favorables à cette voie, et surtout se soumettre rigoureusement aux règles de l'antisepsie, même pour les injections hypodermiques les plus vulgaires.

Une grande partie de la séance a été consacrée à des rapports de fin d'année.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Weber sur les candidats au titre de correspondant étranger. La liste de présentation porte : en première ligne, M. Degive (de Bruxelles) ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Bagge (de Copenhague), Fleming (de Londres) et Wirtz (d'Utrecht).

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Duplay.

La torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire.

Vous m'avez vu pratiquer hier l'ovariotomie chez une femme de quarante-six ans, atteinte d'un kyste très volumineux de l'ovaire. Le diagnostic était, chez elle, évident. Mais son histoire clinique offrait deux particularités sur lesquelles j'avais attiré votre attention. Le kyste avait très notablement augmenté de volume dans les trois derniers mois, et cette augmentation s'était accompagnée de douleurs assez vives. L'état de la malade était resté trop satisfaisant pour qu'on eût beaucoup à craindre une transformation maligne du kyste; mais ces deux particularités pouvaient faire soupçonner, soit des hémorrhagies intra-kystiques, soit une torsion du pédicule. De fait, en opérant, après avoir détruit des adhérences assez solides, je trouvai le pédicule tordu sur lui-même, d'un tour et demi environ. Le liquide kystique était noirâtre, hémorrhagique. L'opération fut d'ailleurs facile. Toutefois, par suite de la minceur extrême de la paroi à droite, l'orifice fait par la ponction du trocart amena une déchirure assez étendue. Mais ce ne fut là qu'un simple incident, sans relation d'ailleurs avec la torsion du pédicule.

Cette torsion du pédicule est assez rare. D'après l'ensemble des statistiques publiées, sa fréquence serait de 6 p. 100 environ sur l'ensemble des kystes de l'ovaire; ce chiffre correspond à peu près au résultat de ma pratique personnelle. Cette complication, signalée par Rokitanski dès 1840, a surtout été étudiée, depuis l'ovariotomie, en Angleterre par Lawson Tait et Spencer Wells, en Allemagne par Frænkel. J'ai moi-même, il y a une douzaine d'années,

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1861, p. 394.
(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 660.

signalé à la Société de chirurgie le premier fait qui ait été, je crois, étudié en France.

Assez facile à comprendre pour les petits kystes à pédicule mince et long, le mécanisme de la torsion est plus difficile à concevoir pour les gros kystes. On a invoqué, sans trop de raisons, les efforts, les chocs, les alternatives de vacuité et de réplétion des organes de l'abdomen, en particulier du rectum et de la vessie. Le développement inégal des diverses loges du kyste paraît, surtout quand il existe une sorte de point d'appui fourni par des adhérences, plus susceptible de déterminer le mouvement de spire.

Chez notre malade, cette explication semble plausible. La tumeur avait deux lobes énormes d'inégale résistance, communiquant ensemble. Le lobe gauche avait des parois d'une minceur extrême, le lobe droit des parois très épaisses. Ce lobe était maintenu par des adhérences très fortes, organisées, fibreuses, certainement anciennes. De plus, ces adhérences semblaient s'être allongées, avoir été tiraillées. La distension du lobe gauche indiquant un développement plus rapide, les adhérences rentrent donc dans les conditions invoquées.

Cette torsion se rencontre, quoi qu'on en ait dit, soit à droite, soit à gauche. Pourtant, dans la statistique de M. Terrillon, portant sur 119 cas, la torsion a été deux fois plus fréquente pour les kystes du côté droit. Mais rien ne peut justifier l'assertion de certains auteurs, qui regardent la torsion comme ayant lieu uniquement pour les kystes du côté droit.

Les conséquences sont variables, suivant que la torsion se produit d'une façon lente ou brusque.

Dans la torsion rapide, la circulation est subitement entravée et modifiée; les veines volumineuses, à parois minces, à situation plus extérieure, sont particulièrement atteintes. Par suite de l'entrave de la circulation en retour, les parois veineuses se rompent; les hémorrhagies peuvent être très abondantes; dans quelques cas exceptionnels, ces hémorrhagies ont même amené la mort. Mais les complications les plus fréquentes sont l'inflammation et la gangrène. Parfois, cette inflammation entraîne à sa suite la rupture du kyste et peut déterminer des accidents de péritonite mortelle. Souvent aussi, l'inflammation se limite; elle entraîne des adhérences protectrices qui empêchent, sinon la rupture, au moins l'effusion du liquide dans le péritoine. Dans une terminaison plus rare et plus curieuse encore, la torsion rapide, serrée, arrive à rompre le pédicule. Le kyste est mobile et libre, séparé de son point d'implantation. Cette liberté peut être suivie soit de la gangrène totale du kyste avec péritonite septique, soit de la formation d'adhérences pariétales intestinales ou épiploïques, qui suffisent à assurer la nutrition et même l'accroissement. Dans les ovariotomies, on a quelquefois signalé ces kystes sans pédicules, vivant uniquement par leurs adhérences nouvelles. Parfois aussi, l'absence de nutrition n'amène pas le sphacèle, mais aboutit à l'atrophie, à la régression, à l'infiltration calcaire. Ces faits de guérison spontanée sont bien établis; le mécanisme de l'atrophie a été comparé à la transformation calcaire que subit le fœtus dans certaines grossesses extra-utérines (lithopœdion).

Quand le pédicule se tord lentement, les conséquences sont à peu près les mêmes, avec une acuité moindre : arrêt de la circulation, surtout veineuse, d'où congestion, hémorrhagie, inflammation, phénomènes de péritonite ; plus rarement, rupture et gangrène.

Chez notre malade, la torsion avait été lente, progressive; la constriction semble être toujours restée peu serrée; les spires faisaient un tour et demi, et les phénomènes de congestion et d'inflammation avaient été très limités.

Ces torsions lentes sont néanmoins susceptibles, plus susceptibles peut-être que les torsions brusques, d'entraîner, elles aussi, l'atrophie lente, et finalement la guérison spontanée. Le peu d'acuité de l'inflammation semble mieux favoriser, dans quelques cas, le travail de régression.

Le sens de la torsion est variable, le nombre de spires très variable également. J'ai, dans un cas, trouvé cinq tours de spire; c'est à peu près le maximum observé. Chez notre malade, il n'y avait qu'un tour et demi ; c'est le cas le plus communément observé.

Cliniquement, la torsion du pédicule peut être soupçonnée; il est bien difficile, impossible même, de l'affirmer d'une façon absolue. Les principaux symptômes, dans le cas de torsion brusque, sont la douleur violente, subite, l'augmentation considérable de volume. Parfois même, la malade est défaillante, syncopale, tant est grande l'abondance de l'hémorrhagie. Dans le cas de torsion lente, on retrouve les mêmes symptômes, mais moins bruyants, plus atténués. Parfois, l'évolution se produit par poussées végétatives successives, séparées par des alternatives d'amélioration.

Les terminaisons et le pronostic sont, vous l'avez vu, singulièrement variables. La mort peut survenir par hémorrhagie ou par péritonite; la torsion du pédicule peut avoir, au contraire, comme conséquence la guérison spontanée par atrophie. Ordinairement, la complication n'aboutit ni à l'une ni à l'autre de ces terminaisons extrêmes, l'intervention étant faite sans laisser courir à la malade tous les dangers auxquels l'exposerait, si on l'abandonnait à lui-même, cet accident de la torsion.

Le diagnostic est assez difficile. En réalité, il se borne plutôt à un diagnostic d'indications thérapeutiques qu'à un diagnostic précis de l'accident même. Les symptômes dus à la torsion peuvent être, en effet, donnés soit par une hémorrhagie dans l'intérieur du kyste, soit par une rupture spontanée. Dans le second cas, le changement de forme de l'abdomen, la disparition des bosselures, permettent de différencier la rupture de la torsion, en supposant bien entendu que cette torsion ne s'accompagne pas elle-même de rupture. Mais, dans le premier, le diagnostic reste assez hésitant. La transformation d'un kyste ovarique peut aussi donner quelques symptômes se rapprochant de ceux que produit la torsion du pédicule. Là encore, le diagnostic exact n'est souvent établi qu'au moment de l'ovariotomie.

L'indication thérapeutique, dans la torsion brusque, est très nette. Il faut faire l'ovariotomie aussi tôt que possible, d'autant plus tôt que les accidents sont plus menaçants; parfois même, l'ovariotomie devient une véritable opération d'urgence. Dans les torsions lentes, le mieux est encore une intervention. Comme cette règle de conduite convient également dans le cas d'hémorrhagies, de rupture, de transformation maligne du kyste, vous voyez que, malgré les incertitudes de diagnostic, les difficultés pratiques se trouvent assez facilement résolues. Le pronostic opératoire de l'ovariotomie, après la torsion, n'est pas sensiblement aggravé. Les difficultés ne sont pas d'ordinaire beaucoup plus grandes. Les adhérences de nouvelle formation sont d'ordinaire faibles; il est facile de les rompre avec le doigt.

Dans un cas où la torsion avait produit des adhérences totales, j'ai pu ainsi décortiquer complètement le kyste. Chez notre malade, vous avez vu hier que la torsion n'a en rien gêné notre opération ; son état est aussi satisfaisant que possible, et sa guérison semble dès maintenant certaine.

LE CORNET A CHLOROFORME EN USAGE DANS LA MARINE

Par M. Bérenger-Féraud.

Dans la séance du 16 juin dernier, à l'occasion de la communication de mon ami M. Laborde, touchant les accidents de la chloroformisation, mon savant collègue M. Le Roy de Méricourt a pris la parole pour dire que dans la marine française, où l'anesthésie est pratiquée à l'aide d'un cornet spécial devenu réglementaire depuis trente-cinq ans, les accidents mortels sont extrêmement rares; si rares même qu'il n'en connaissait aucune mention.

M. Le Roy de Méricourt a invoqué mon opinion sur ce point et a manifesté le désir qu'une enquête fût ouverte auprès des médecins de la marine et des colonies, pour fixer l'opinion sur la rareté des accidents chloroformiques dans la flotte et les hôpitaux maritimes.

Déjà, dans cette séance, je corroborai son affirmation ; depuis j'ai consulté mes camarades par la voie des *Archives de médecine navale et coloniale* qui sont publiées, sous ma surveillance, au ministère de la Marine ; d'autre part, M. Le Roy de Méricourt et moi avons demandé à plusieurs de nos camarades des renseignements sur cette question ; et c'est le résultat de notre enquête que je viens apporter aujourd'hui à l'Académie.

Le cornet à chloroforme de la marine est assez connu pour que je n'aie pas besoin de le décrire. On sait, d'après la *Revue médico-chirurgicale*, de Malgaigne (t. III, p. 116, 1848), que Raimbert (de Châteaudun) en eut l'idée première : il se servait d'une simple feuille de papier fort, qu'il transformait en cornet, dans lequel il plaçait une compresse froissée en boule destinée à recevoir le chloroforme. Vingtrinier (de Lyon) modifia l'appareil en étendant un morceau de flanelle sur le papier afin que la face interne du cornet pût retenir le liquide anesthésique. Reynaud (de Toulon), alors chirurgien en chef, plus tard inspecteur général du service de santé de la marine, arriva au résultat cherché en mettant dans un cornet tronqué, en carton, un diaphragme de flanelle sur lequel le chloroforme doit être versé. Cet appareil, très simple, a été rendu réglementaire dans la marine depuis 1856.

Dans mon enquête, je devais d'abord m'adresser à mon vénérable maître Marcellin Duval, qui a laissé dans le corps de santé de la marine une si grande réputation de savoir et de rectitude de jugement. M. Duval me répondit : « Je n'ai pas vu un seul cas de mort par le chloroforme lorsque je me suis servi du cornet réglementaire. »

De son côté, M. Le Roy de Méricourt a consulté notre éminent collègue, M. Rochard, qui a dirigé le service à Lorient, à Brest, et qui, enfin, dans ses hautes fonctions d'inspecteur général du service de santé de la marine, a été à même d'être bien renseigné; la réponse de M. Rochard a été semblable à celle de M. Duval.

L'appel des *Archives de médecine navale* et mes propres investigations, soit auprès de mes camarades, soit dans les rapports médicaux, qui sont centralisés au ministère de la Marine, m'ont fourni l'indication de quatre accidents mortels.

Le premier, qui m'a été fourni par mon affectionné maître, M. Arlaud, un des plus brillants chirurgiens de la marine, de 1850 à 1886, porte sur un soldat atteint de paraphimosis, qui fut sidéré presque au début des inhalations après une période d'excitation violente; sa santé paraissait bonne par ailleurs, et on n'avait noté qu'une grande frayeur de l'opération qu'il croyait avoir à subir.

Le second cas porte sur une femme qu'on opérait d'un cancer du sein, et qui succomba au cours de l'ablation.

Le troisième, qui m'a été indiqué par mon ami M. Rey, chef du service de santé pendant la campagne du Tonkin, sous l'amiral Courbet, a pour sujet un vieil Annamite, fumeur d'opium, ayant perdu beaucoup de sang à la suite d'un coup de feu à l'avant-bras, et qui mourut sans convulsions, pendant qu'on pratiquait l'amputation.

Le quatrième, qui m'a été signalé par M. Cogniard, médecin de première classe de la marine, répétiteur à l'École de médecine navale de Bordeaux, a eu pour sujet un vieillard atteint de hernie étranglée depuis dix jours, qui fut comme sidéré aux premières inspirations, alors qu'on n'avait versé qu'une douzaine de gouttes de chloroforme dans le cornet.

En revanche, M. Duplouy qui, depuis trente ans, est le chirurgien le plus occupé de Rochefort ; M. Barthélemy, directeur du service de santé au port de Toulon ; M. Lucas, directeur du service de santé au port de Brest ; M. Dugé de Bernonville, directeur au port de Cherbourg ; M. Martialis, directeur à Lorient ; M. Gourrier, qui a dirigé le service à la Guyane, au Sénégal, à la Guadeloupe, à Lorient, n'ont jamais vu d'accident mortel. M. Gourrier m'a dit, en outre, que son frère, qui dirigea le service de santé aux batteries de la marine à Sébastopol, n'avait jamais vu non plus mourir un opéré chloroformisé par le cornet. D'autre part, M. Laure, médecin principal en retraite de la marine, qui a été chef de clinique de Reynaud, de J. Roux, de Duval, qui a été chef du service de santé de l'escadre Bouet-Villaumez, pendant la campagne d'Italie en 1859, et de l'escadre Rigault de Genouilly, en Chine, de 1860 à 1864, qui a été, enfin, chirurgien en chef de l'hôpital civil à Toulon, n'a jamais vu non plus d'accident mortel survenu quand on se servait du cornet à chloroforme.

Pour ne pas donner à cette énumération une trop grande longueur, qu'il me suffise d'ajouter entre cent autres noms que je pourrais citer, que MM. Auffret, Allanic, Aubin, Bacquié, Bonnafy, Brassac, Beaumanoir, Baissade, Bestion, Breton, Barnier, Coquiard, Cerf-Mayer, Chevalier, Cotte, Cassieu, Doué, Déchamp, Dupont, de Fornel, Forné, Geoffroy, Gayet, Gazeau, Galliot, Hyades, Jacquemin, Jobard, Kermorgant, Kermorvant, Le Dantec, Merlin, Monin, Michel, Moursou, Nègre, Rouvier, Romain, Roux, Rangé, Roussel, Richaud, Poitou-Duplessy, Talairach, Vaillant, Veillon, etc., etc., ont été unanimes en faveur du cornet à chloroforme de la marine.

Après avoir fourni l'opinion de mes prédécesseurs et de mes camarades, qu'il me soit permis de parler de celle qui résulte de ma carrière chirurgicale, commencée en 1850, et comptant, par conséquent, une quarantaine d'années de pratique, dans des conditions où j'ai eu l'occasion de voir employer, et d'employer moi-même, le cornet à chloroforme assez de fois pour être bien fixé sur son compte.

En 1851, presque au début de mes études, étant interne à l'hôpital Saint-Esprit de Toulon, j'ai vu un cas de mort par le chloroforme; mais on n'avait pas employé le cornet qui m'occupe ici. Le fait mérite de nous arrêter un instant : il s'agissait d'une femme âgée, obèse, ayant probablement une affection du cœur, ou au moins emphysémateuse, qu'on opérait d'une tumeur de mauvaise nature au sein. Le chloroforme était administré à l'aide du sac de G. Roux. L'opération allait finir, quand, l'opérée donnant quelques signes de douleur, celui qui assurait l'anesthésie versa du chloroforme par l'ouverture destinée au passage de l'air. Le résultat funeste fut presque immédiat : la patiente produisit ce bruit laryngo-trachéal caractéristique, qu'a si bien signalé M. Léon Labbé, et la mort survint aussitôt.

En 1857 et 1858, j'ai été en service auprès de J. Roux, et lui ai vu pratiquer un grand nombre d'opérations, sans avoir jamais constaté un accident sérieux de chloroforme. J. Roux, qui avait inventé, cependant, un sac pour pratiquer l'anesthésie, l'avait déjà abandonné à cette époque pour faire usage du cornet.

En 1860, j'ai suivi, à Cherbourg, la pratique de Dufour, qui a laissé une belle réputation de chirurgien. On creusait à cette

époque un bassin à flot dans le granit; les accidents étaient fréquents, Dufour endormait ses opérés avec le cornet, et je n'ai jamais vu, ni entendu parler d'un accident mortel.

Pendant notre malheureuse guerre, j'ai été, à mon tour, chargé de grands services de chirurgie : à l'ambulance du grand quartier général, pendant les batailles de Mouzon, Bazeilles et Sedan; au Val-de-Grâce, pendant le siège de Paris. De 1871 à 1889, j'ai fait de la chirurgie au Sénégal, à la Martinique, à Saint-Mandrier, dans l'escadre d'évolutions pendant la campagne de Tunisie; à Cherbourg, à Lorient, à Toulon, je me suis toujours servi du cornet de la marine, et n'ai jamais vu un seul cas de mort.

Une fois, cependant, je me suis trouvé en présence d'accidents très inquiétants, et le fait suivant me paraît mériter d'être rapporté, car il corrobore l'opinion de M. Léon Labbé qui disait à cette tribune : que les accidents surviennent souvent au moment où la personne qui administre le chloroforme a quelque distraction, qui lui fait oublier un instant sa mission; que le bruit laryngo-trachéal que fait l'opéré est caractéristique.

C'était le jour du combat de Sfax, un sous-officier de marine avait reçu un coup de feu dans l'épaule droite : une seule ouverture pénétrant dans l'articulation où l'on sentait des esquilles peu volumineuses; pas d'hémorrhagie. Je me demandai si la résection ne suffirait pas, et je pratiquai les incisions en conséquence. Je commençais à scier l'os avec la scie à chaîne, lorsque sentant tout à coup une mobilité extrême, je constatai une fracture longitudinale de la diaphyse. Il y eut un moment d'étonnement et de curiosité; l'aide qui tenait le cornet n'y échappa point. Or, pendant que je considérais la longue esquille que je venais de tirer de la plaie, j'entendis le bruit rauque qui m'avait déjà frappé, en 1851. A trente ans de distance je le reconnus. Nous fûmes assez heureux pour rappeler l'opéré à la vie. Et, détail curieux, il se réveilla tout à fait, de sorte qu'il fallut le chloroformiser de nouveau pour terminer l'opération. Cette fois l'anesthésie ne fut pas pratiquée sans quelque émotion, mais ma confiance dans le cornet était telle, que c'est lui que j'employai encore.

Il résulte donc d'une enquête, faite, je crois, dans de bonnes conditions pour fournir des renseignements exacts : que de 1855 à aujourd'hui, les chirurgiens de la marine ne se souviennent que de quatre cas de mort par le chloroforme. Et je rappelle que, dans les hôpitaux de nos cinq ports de guerre, on reçoit environ 30000 malades par an, chiffre qu'il faut doubler, si on compte ce qui se passe dans les hôpitaux coloniaux, et sur les navires de la flotte. On sait, d'ailleurs, que la marine a figuré dans toutes nos grandes guerres et bien plus, que, dans certaines colonies les hostilités sont perpétuelles; de sorte que les médecins de la marine ont de très fréquentes occasions d'employer le chloroforme. Mettons que quelques cas de mort aient échappé à mes investigations; qu'au lieu de quatre il faille en admettre dix. On conviendra que nous serions encore extraordinairement loin de ce qui s'observe dans les centres chirurgicaux, où la chloroformisation est pratiquée à l'aide de la compresse ordinaire.

Lorsque, le 16 juin, M. Le Roy de Méricourt et moi avons parlé en faveur du cornet à chloroforme, notre éminent président, M. Tarnier, et M. Charpentier ont bien voulu nous prêter leur assentiment. Cet appoint est d'autant plus précieux, qu'il répond en partie à une objection qui m'a été faite. A savoir que, dans les hôpitaux maritimes et dans la flotte, les opérations étant nécessitées, en général, par des traumatismes, l'action chirurgicale est de courte durée, par conséquent que les chances d'accidents chloroformiques sont moindres. MM. Tarnier et Charpentier ont eu assurément à pratiquer des anesthésies prolongées. De mon côté, j'ai fait quelques opérations longues : une désarticulation du bras avec ablation de l'omoplate; l'enlèvement d'un éléphantiasis du scrotum, pesant 31 kilogrammes, qui dura deux heures un quart. Le docteur Kermorgant m'a signalé une ovariotomie ayant duré plus de trois heures. On voit donc que le cornet a servi parfois dans de très longues opérations.

On m'a objecté aussi que les chirurgiens de la marine opèrent généralement des hommes jeunes et vigoureux, ce qui explique le peu d'accidents chloroformiques qu'ils observent. Cependant, je ferai observer que dans les hôpitaux maritimes on est aussi fréquemment en présence de l'alcoolisme que dans les autres hôpitaux. Plus souvent qu'ailleurs, je crois, on y a affaire à des individus profondément anémiés par les climats tropicaux, ou usés prématurément par les fatigues de la mer.

J'ai entendu faire, au cornet de la marine, un reproche que je dois signaler : on sait que les sujets qu'on anesthésie crachent souvent et vomissent parfois. Quelques chirurgiens répugnent à mettre sur la bouche d'un malade un cornet qui a pu être souillé par un précédent opéré. Il me suffit de répondre que le prix du cornet à chloroforme est de 2 francs. Par conséquent, fallût-il en acheter un nouveau chaque fois, la dépense ne serait pas bien élevée. Bien plus, se servir exclusivement d'un cornet neuf ne peut avoir que des avantages. Quant à la question de surcharge de l'arsenal chirurgical, on me passera que ce cornet est peu compliqué, facile à manier; et que si, réellement, il est prouvé qu'il soit utile par ailleurs, son adoption serait largement justifiée.

Pour ne pas abuser de l'attention de l'Académie, je n'entrerai pas dans l'étude des précautions à prendre pendant la chloroformisation. Je ne ferai point la comparaison entre le cornet et les autres appareils qui ont été proposés. Je ne parlerai pas, non plus, des modifications qui ont été apportées à ce cornet, celle entre autres d'un médecin en chef de la marine, M. Poitou-Duplessy, pour lui faire répondre à telle ou telle indication. Qu'il me suffise de proclamer sa supériorité sur la compresse employée ordinairement dans certains pays.

Le cornet permet de surveiller la figure du patient pendant l'anesthésie; il n'expose pas l'opéré à recevoir le contact direct du chloroforme dans les narines, puisque ce chloroforme est versé sur le diaphragme en flanelle distant de 5 à 6 centimètres du nez. Il assure l'arrivée simultanée de l'air et des vapeurs anesthésiques d'une manière incomparablement meilleure que la compresse. Ce sont là des avantages qui méritent considération.

Aussi dirai-je en terminant et à titre de conclusion : voilà un appareil peu compliqué, facile à fabriquer extemporanément au besoin. Il a fait ses preuves déjà à la Maternité de Paris entre les mains d'autorités gynécologiques incontestées. Les chirurgiens de la marine apportent en sa faveur une expérience de trente-cinq années pendant lesquelles ils n'ont enregistré qu'un chiffre insignifiant d'accidents pour un chiffre considérable d'opérations.

Ces faits semblent donc de nature à provoquer son expérience dans les grands centres chirurgicaux de Paris et de la province; car quelque rares que soient, d'une manière générale, les accidents mortels imputables au chloroforme, ils semblent être infiniment plus nombreux avec la compresse ordinaire appliquée sur la figure de l'opéré qu'elle cache en partie, en même temps qu'elle gêne la respiration, qu'avec le cornet employé dans la marine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une note adressée par M. Desnos sur une observation de lipomes nombreux;

2° Un pli cacheté déposé par M. Lafage (de Neuilly).

COMMUNICATION

Gangrène produite par les injections d'antipyrine. — **M. Verneuil** a eu l'occasion d'observer deux cas dans lesquels des injections sous-cutanées d'antipyrine, faites au pied, ont dé-

terminé des gangrènes débutant au niveau du point où s'est faite l'injection.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 39 ans, d'une bonne santé, sans antécédents d'alcoolisme, de diabète ni de paludisme, qui fait un faux pas et éprouve une vive douleur dans la fesse gauche. Cette douleur persiste les jours suivants, descend vers la partie inférieure du membre, et se localise aux orteils où elle devient intolérable.

La douleur ayant résisté aux moyens ordinaires et devant être attribuée à une névrite traumatique, on fit, *loco dolenti*, une injection avec une solution d'antipyrine. Peu après les orteils se sphacèlent et ce sphacèle tend à gagner la face plantaire du pied. L'état général du malade devint bientôt particulièrement grave, et les douleurs intolérables persistèrent.

Grâce à l'emploi des pulvérisations phéniquées, on put cependant arrêter la gangrène et le malade est en voie de guérison, après la chute des escharres.

Dans le second cas il s'agit d'un névropathe, sujet à la gangrène des extrémités. Ce malade éprouvant un jour de très violentes douleurs au niveau du gros orteil, on fit une injection d'antipyrine. Le lendemain, il y avait une plaque de gangrène au niveau du point injecté. Le malade guérit, quoique difficilement, à la suite de pulvérisations phéniquées.

Il convient d'ajouter que, l'année suivante, cette fois sans injection d'antipyrine, le malade vit trois doigt de pieds, du côté opposé, se gangréner, puis, quelque temps après, apparut une plaque de gangrène au niveau du mollet.

On dut faire une amputation de la cuisse dont le malade guérit.

Ces deux cas prouvent que les injections d'antipyrine peuvent déterminer de la gangrène au niveau de l'injection. Il convient d'ajouter que, pour que cette gangrène se produise, il faut une prédisposition provoquée par une lésion nutritive, d'origine circulatoire ou nerveuse, des tissus où se fait l'injection.

M. Verneuil rapproche de ces faits un cas observé par Gley, sur un chien qu'il avait rendu diabétique. Sur ce chien, une injection d'antipyrine détermina une gangrène de la peau au niveau du point où on avait fait l'injection.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ croit que les accidents dont vient de parler M. Verneuil ne sont pas spéciaux à l'emploi de l'antipyrine. Toute autre injection, en pareille circonstance, aurait pu déterminer ces mêmes accidents.

Ce qu'il faut retenir de ces faits, c'est que, toutes les fois que la nutrition des tissus est troublée par une cause quelconque, l'injection d'une substance irritante au sein de ces tissus peut en provoquer la gangrène. Ce qui prouve bien l'influence prépondérante de l'état des tissus sur le développement de ces gangrènes, c'est la seconde observation de M. Verneuil. Une première gangrène est consécutive, il est vrai, à une injection d'antipyrine, mais une seconde se développe spontanément, sans injection d'aucune sorte.

Le cornet à chloroforme en usage dans la marine. — M. BÉRENGER-FÉRAUD fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1191.)

Gaz du rein. — M. LE DENTU rappelle avoir, dans une précédente communication, montré un rein qu'il avait enlevé le matin même et qui contenait des gaz.

Voici le résultat de l'analyse de ces gaz :

Le volume des gaz recueillis a été de 8 centimètres cubes 16; ils se composent de :

Oxygène et azote	92,16 p. 100
Acide carbonique	7,84 —

M. Le Dentu ignore d'où provenaient ces gaz, il peut affirmer, toutefois, qu'ils ne proviennent pas de l'air. Il fait, en outre, remarquer que la proportion d'azote est beaucoup plus forte que celle qu'on observe dans les gaz du sang, tandis que l'acide carbonique est en proportion beaucoup plus faible.

RAPPORTS

Épidémies. — M. WORMS lit un rapport sur les conclusions de la Commission des épidémies.

Prix Desportes. — M. C. PAUL lit un rapport sur les conclude la Commission.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Le fil de la Vierge

Par M. BADOUR, médecin principal de première classe.

Lorsque, par un bel après-midi d'automne, vous allez par les champs que dore le soleil, dirigez-vous vers ceux où le blé vient de naître et, tournés du côté où l'horizon s'empourpre, rasez de vos regards la plaine verdoyante.

Une éclatante lumière, telle que l'œil la soutient avec peine, s'étale sur les terres en une longue bande, et le miroitement est intense à ce point qu'on dirait d'un étang réfléchissant le ciel.

C'est à la Saint-Martin, après que les labours, en remuant le sol, ont favorisé les éclosions dernières, que ce brillant phénomène est surtout remarquable.

Alors, en effet, si un vent tiède du Sud a chassé les vapeurs et donné un regain de vitalité à la petite bête, les herbes se recouvrent d'une toile immobile dont chaque élément tient au sommet d'une pousse.

Et cette toile resplendit sous les rayons obliques qui l'effleurent et poursuivent leur trajet lumineux vers vos yeux étonnés.

Avancez et regardez de près.

A vos pieds, d'une brindille à l'autre et dans tous les sens, des fils ténus sont tendus et constituent des mailles entre lesquelles s'égayent de petits moucherons, moucherons si petits qu'ils ne laissent aucune trace entre les doigts qui les froissent.

Regardez mieux encore : car ce n'est pas facile.

Au point où il s'attache, chaque fil est gardé par un insecte minuscule, que l'on devine plutôt qu'on ne le voit. Et quand on l'aperçoit, cela paraît blotti sous la crainte évidente d'un danger imminent. Ne vous sent-elle pas et ne vous voit-elle pas aussi, la petite araignée dont l'abdomen renflé est l'être tout entier en son blottissement?

Elle est grosse comme un grain de mil, un peu plus, un peu moins; elle est brune ou vert-jaune et ça n'a l'air de rien.

Étalez une main au-dessous de son fil, de l'autre secouez la brindille et tâchez de saisir la bestiole qui tombe.

Elle s'enfuie si vite qu'il semble qu'elle vole. Elle court, tourne, retourne autour de votre main et, malgré tous vos soins, bientôt elle s'échappe, disparaissant dans l'air.

Elle vient de mettre en jeu ses huit petites pattes, attachées à un corselet si fin, qu'il ne peut être vu qu'au moyen d'une loupe, s'unissant intimement à une tête microscopique qui a des mandibules, des mâchoires, des yeux, un noyau cérébral.

Et elle se laisse choir, en restant suspendue à l'invisible soie que l'attention fixée finit par découvrir.

Dans son ventre globuleux et relativement énorme, si on le compare à la délicatesse de la machine qui le meut, un fluide s'élabore.

Et ce fluide, excrété à travers des filières, se condense et s'étire en tous ces filaments que vous voyez briller au soleil qui décline, en ces fils déliés qui, courant d'arbre en arbre, surprennent le passant et, quand le vent les heurte et soude par milliers, en ces flocons blancs qui, aux jours d'automne, se balancent dans l'air lors des premiers brouillards.

Au résumé, c'est le *fil de la Vierge*, dont la signification légendaire échappe à mes recherches ; à propos de quoi pourtant je pose deux questions sans en résoudre aucune.

Quelque voile léger se serait-il détaché de la traditionnelle

Assomption, et ses éléments dissociés et miraculeusement perpétués tomberaient-ils du ciel sous cette forme étrange?

Ou encore, le tissu précieux des langes du berceau de Bethléem eut-il d'autre origine?

Mystère!

Et j'en resterais là si l'on savait se taire.

Qu'est-ce, en effet, qu'une imperceptible araignée, et qu'est son piège où un impalpable moucheron se prend en se jouant?

Ce que c'est, dans nos temps positifs?

C'est une des innombrables manifestations de l'émiettement infini de la matière animée, ou pour mieux dire de la vie : cette force universelle qui, dans l'ordre terrestre, assemble les cristaux, organise la fleur, fait vibrer l'animal et permet à nos fibres de sentir, de comprendre et surtout d'admirer!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er novembre 1891, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Ducelliez, en remplacement de M. Krug-Basse, retraité; désigné pour l'hôpital militaire de Nice (médecin-chef). — Vanmerris, en remplacement de M. Arnaud décédé; désigné pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains (médecin-chef). — Gentit, en remplacement de M. Frilley, retraité; désigné pour les salles mixtes militaires de Besançon (médecin-chef). — Laëderich, en remplacement de M. Mathieu, promu; désigné pour la direction du service de santé de la brigade d'occupation de Tunisie.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Blaise, en remplacement de M. Ducelliez, promu; désigné pour l'hôpital militaire du Gros-Caillou. — Zaepfell, en remplacement de M. Vanmerris, promu; désigné pour l'hôpital militaire de Versailles. — Delorme, en remplacement de M. Gentit, promu; maintenu à son poste de professeur au Val-de-Grâce. — Boppe, en remplacement de M. Laëderich, promu; désigné pour la place et les salles militaires de l'hospice mixte de Verdun (médecin-chef).

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Loillier, en remplacement de M. Hahn, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 21e d'infanterie. — Buisson, en remplacement de M. Sedan, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 29e d'artillerie. — Darde, en remplacement de M. Battarel, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au 1er d'infanterie. — Grandgury, en remplacement de M. Apté, retraité; maintenu au 60e d'infanterie. — Letellier, en remplacement de M. Blaise, promu; désigné pour le 27e d'artillerie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Bruncher, en remplacement de M. Gaye, démissionnaire; désigné pour le 3e zouaves. — Chêne, en remplacement de M. Boyer, mis en non-activité; désigné pour le 140e d'infanterie. — Trilhe, en remplacement de M. Baylac, mis en non-activité pour infirmités temporaires; désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Bilouet, en remplacement de M. Chenu, mis en non-activité; désigné pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique. — Barreau, en remplacement de M. Loillier, promu; désigné pour le 65e d'infanterie. — Bich, en remplacement de M. Buisson, promu; maintenu au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique. — Murie, en remplacement de M. Darde, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie. — Fasquelle, en remplacement de M. Grandgury, promu; désigné pour le 119e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 1er novembre 1891, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins-principaux de première classe Renard, pour l'hôpital du Gros-Caillou (médecin-chef). — Morisson, pour la place et l'hôpital militaire de Lille (médecin-chef). — Breton, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. — Demmler, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Tours (médecin-chef).

MM. les médecins-majors de première classe Bar, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne (médecin-chef). — Foch, pour le 80e d'infanterie. — Desprez (E.-P.), pour le recrutement de la Seine et les prisons militaires de Paris. — Bressy, pour l'hôpital militaire de Bastia (médecin-chef). — André, pour la garde républicaine à Paris. — Lœwel, pour l'hôpital militaire de Bordeaux. — Nicaud, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — Dionis du Séjour, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris. — Cluzan, pour l'hôpital militaire de Rennes. — Margantin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — Michaud, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Granjux, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Vernon (médecin-chef). — Eude, pour la place et les salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel (médecin-chef). — Blanc (H.-J.), pour l'hôpital militaire de Versailles. — Mestrude, pour le 95e d'infanterie. — Alban, pour le 74e d'infanterie. — Hussenet, pour le 3e zouaves.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Veillon, pour le 16e chasseurs. — Augé, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Paulin, pour l'école militaire de Montreuil-sur-Mer. — Laurent (M.-J.-A.), pour le 48e d'infanterie. — Lejeune (A.-H.-J.), pour le 21e dragons. — Bayvel, pour le 7e chasseurs. — Namin, pour le 3e cuirassiers. — Labanowski, pour le 4e d'infanterie. — Beylier, pour le 5e chasseurs d'Afrique. — Béchard, pour le 1er spahis. — Clavelin, pour le 60e d'infanterie. — Tisserant, pour le 45e d'infanterie. — Pesme, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique. — Astier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. — Knoll, pour le 5e d'artillerie. — Jacquin, pour le 20e d'infanterie. — Fargin, pour le 46e d'infanterie. — Alvernhe, pour l'artillerie de la division de Saint-Mihiel. — Courcenet, pour le 41e d'infanterie. — Cot, pour le 7e bataillon de chasseurs à pied. — Delahousse, pour le 29e dragons. — Messerel, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Chéreau, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — Gontier, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie. — Blanc (J.-H.-R.), pour le 3e spahis. — Dormand et Loustalot, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran. — De Guénin, pour le 6e chasseurs d'Afrique. — Albert (M.-L.-E.), pour le 13e d'artillerie.

— M. le docteur Guillot vient d'être élu membre du Conseil général de l'Yonne, pour le canton d'Ancy-le-Franc.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J. Daugaron (de Saint-Martin-Lacaussade).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. R. Blanchard commencera ses conférences d'histoire naturelle médicale, le vendredi 6 novembre, à deux heures (grand amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Objet du cours : 1° Maladies parasitaires. — Étude spéciale des végétaux parasites de l'homme; — 2° Intoxications par les substances alimentaires.

— M. le professeur Ch. Richet commencera son cours de physiologie, le vendredi 6 novembre, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Tillaux commencera son cours de médecine opératoire, le vendredi 6 novembre, à cinq heures (grand amphithéâtre), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. Chantemesse commencera ses conférences de pathologie interne, le vendredi 6 novembre, à six heures (petit amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. Gilbert Ballet commencera ses conférences de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, le samedi 7 novembre 1891, à quatre heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Gautier commencera son cours de chimie médicale, le samedi 7 novembre 1891, à une heure (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Mathias-Duval commencera son cours d'histologie, le samedi 7 novembre 1891, à quatre heures (grand amphitheâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Le système nerveux et les organes des sens ; la peau ; les tissus conjonctifs, cartilagineux et osseux ; le système musculaire.

— M. Bar commencera ses conférences d'obstétrique, le samedi 7 novembre 1891, à cinq heures (petit amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Guyon reprendra ses leçons de clinique des voies urinaires, à l'hôpital Necker, le mercredi 18 novembre 1891, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

L'enseignement du professeur sera complété par des cours pratiques : une première série commencera le 23 novembre et finira le 15 janvier 1892.

Ces cours comprendront :

1° La clinique et la médecine opératoire des voies urinaires par M. Albarran : lundi, mercredi et vendredi de cinq heures et demie à sept heures du soir, à partir du lundi 23 novembre;

2° L'examen histo-bactériologique des urines et l'anatomie pathologique des voies urinaires, par M. Hallé : mardi et jeudi deux heures à quatre heures, à partir du mardi 24 novembre;

3° L'examen clinique des urines au point de vue clinique, par Chabrié : mardi, jeudi et samedi de cinq heures et demie à sept heures, à partir du mardi 24 novembre ;

4° L'examen endoscopique et le traitement topique de l'urètre et de la vessie, par M. Janet : mardi, jeudi et samedi de cinq heures et demie à sept heures, à partir du jeudi 10 décembre.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Duclaux commencera le cours de chimie biologique, 25, rue Dutot, le mardi 10 novembre à deux heures et demie, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. — Il continuera l'étude de l'hygiène de l'alimentation, il s'occupera surtout des aliments albuminoïdes (pain et viande).

— M. le professeur Lacaze-Duthiers ouvrira le cours de zoologie, d'anatomie et physiologie comparée, le mardi 10 novembre, à trois heures et demie, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — Il traitera des fonctions de reproduction de l'embryogénie et de l'évolution des animaux.

— M. le professeur Dastre commencera le cours de physiologie, 18, rue de l'Estrapade, le lundi 9 novembre à trois heures et demie, et le continuera les jeudis et lundis suivants, à la même heure. — Il traitera de la digestion et des fonctions de relation.

— M. le professeur Bonnier commencera le cours de botanique, à l'amphithéâtre de physique, le mercredi 11 novembre, à trois heures et demie, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. — Il traitera des principaux groupes de plantes cryptogames.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

55

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

79

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

Dose : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

64

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

Dose : Un verre à Madère après les repas, Mariani, ph[ien], 41, Boul. Haussmann, et t[tes] ph[ies].

99

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE D[r] COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

34

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales ph[ies].

92

ELIXIR LUCAS ALIMENTAIRE FERRUGINEUX

VIANDE — FER — VIEUX COGNAC

Anémies, — Convalescences

Même élixir sans fer. Nombreux éloges des Méd[ins].

33

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — **Exiger toujours la signature ci-contre.**

Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

HYTÉRIE

Le **BROMIDIA,** en excellent produit qu'il est, a tenu, chez la plupart de mes clients qui ont été soumis à son action, ses principales promesses, et je le recommande d'autant plus volontiers qu'il se recommande parfaitement lui-même.

Je l'ai essayé chez quatre clients des deux sexes pris d'insomnie sans cause appréciable, et j'ai constaté chez chacun d'eux une efficacité hypnotique incontestable. J'ai également obtenu un plein succès dans deux cas de gastralgie intense, et dans différentes névroses généralisées ou localisées, aiguës ou chroniques.

Le résultat le plus précieux dû au **BROMIDIA,** dans le cours de mes expériences, est l'arrêt définitif de deux crises hystériques, chez une jeune fille, à quatre mois d'intervalle. L'hystérie affectant simultanément l'intelligence, la sensibilité et la motilité, le médicament a donc cumulé une triple puissance d'action que l'on demanderait en vain à n'importe quel autre médicament éprouvé.

En somme, je ne crains pas d'affirmer que l'avenir de votre produit est assuré par la satisfaction qu'il fait éprouver à la plupart de ceux qui en usent.

Je demeure auprès du malade aussi longtemps que l'expérience l'exige, et j'ai toujours employé le médicament largement sans avoir constaté une seule menace d'accident.

Permettez-moi de vous offrir l'expression de mes sentiments les plus distingués.

D[r] Ruffieur.

Villers-Forlay, Jura (France), 7 juin 1887.

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON

DE

BROMIDIA

seront envoyés franco sur demande

aux Médecins

DÉPOT GÉNÉRAL

Pour la France et ses Colonies :

ROBERTS & C[o],

PHARMACIENS-DROGUISTES

5, RUE DE LA PAIX, 5

PARIS

Prix au public : 5 francs.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

43

L'HUILE DE FOIE DE MORUE DE BERTHÉ

est la seule qui soit préparée par des procédés approuvés par l'Académie de médecine de Paris.

« Dans différents mémoires présentés à l'Académie, M. Berthé a fourni la démonstration que, pour obtenir une huile d'une composition constante et aussi riche que possible en principes actifs, il était impossible que sa couleur ne fût pas foncée.

L'huile de foie de morue, préparée par les procédés de M. Berthé, contient une proportion considérable d'iode, de phosphore, de principes biliaires et de phosphate de chaux, quantité au moins double de celle qui se rencontre dans les huiles préparées autrement. » (Conclusions adoptées par une Commission de l'Académie de médecine de Paris après visite à la fabrique et examen des procédés.)

« C'est l'huile brune que l'on doit employer en médecine à l'exclusion des deux autres. » (*Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux.)

Les enfants acceptent facilement l'**Huile de Berthé** et ne tardent pas à la demander, car elle n'est pas « repoussante ». (Bouchardat.)

L'**Huile de Berthé** est l'huile de morue naturelle préparée avec des foies frais, directement importés par les soins de la maison L. Frère, A. Champigny et C[ie], succes., 19, rue Jacob, Paris. Elle ne se vend qu'en flacons du prix de 2 fr. 50.

HUILE DE BERTHÉ CRÉOSOTÉE

(5 centigr. de créosote pure par grande cuillerée)
2 fr. 50 le flacon.

CAPSULES DE BERTHÉ CRÉOSOTÉES

(2 centigr. 1/2 de créosote pure par capsule)
2 fr. 50 le flacon de 60 capsules.

190

EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR

Récompenses obtenues par R. Voiry, pharmacien de 1[re] classe, pour ses travaux sur **l'Eucalyptol:**

Médaille d'OR, Société de pharmacie de Paris
Prix LAROZE, Ecole supér. de pharm. de Paris.

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

Adopté d[s] les HÔPITAUX DE LA MARINE ET DE L'ÉTAT

Médicament présentant à MM. les Médecins toute garantie de pureté. — Prescrit toujours avec SUCCÈS DANS LE TRAITEMENT DES **affections des voies respiratoires,** *Catarrhes pulmonaires, Bronchites chroniques, Tuberculoses, etc.*

5, boulev. de Courcelles Paris, et t[tes] ph[ies].

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital du Val-de-Grace. Sur un cas d'hystérie par fulguration. — Revue de la Presse. — Société de Chirurgie. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 9 novembre 1891.

Un de nos confrères de Paris vient d'être poursuivi pour homicide par imprudence, sur la personne d'un enfant de deux ans. Voici en quels termes la prévention était formulée :

Le vendredi, 3 avril 1891, Mme D..., ayant un enfant malade, le conduisit au dispensaire de la rue des Cendriers et le présenta à l'examen du docteur M... qui prescrivit l'application d'huile camphrée sur le ventre et, le lendemain, une médecine à l'huile de ricin. L'enfant étant atteint de rachitisme et la mère s'en étant plainte, le docteur M... le traita avec de l'huile de foie de morue phosphorée et les 6, 7, 8, 9 et 10 avril, Fernand D..., âgé de deux ans, but, chaque jour, une cuillerée de cette huile. Le 11, il a été pris de vomissements, et le docteur cessa d'administrer l'huile de foie de morue phosphorée, qu'il remplaça par de l'huile de foie de morue ordinaire, mais l'intoxication par le phosphore avait produit son effet. L'enfant, après de cruelles souffrances, est mort le 15 avril, à trois heures et demie du matin, à l'hôpital Trousseau, où il avait été transporté dans la soirée du 14.

Le 20 avril 1891, après autopsie et examen des viscères de l'enfant, le docteur Legroux rédigeait un rapport qui se termine ainsi :

« Il résulte des observations cliniques, des lésions anatomiques et des recherches chimiques, que l'enfant D... a dû succomber à un empoisonnement accidentel par le phosphore. »

Au cours de l'information suivie contre le pharmacien qui avait préparé l'huile phosphorée administrée à D..., il a été établi qu'aucune faute n'était imputable au pharmacien, la quantité de phosphore contenue dans l'huile de foie de morue étant inférieure à celle portée dans l'ordonnance du médecin. Quant à celui-ci, sa responsabilité pénale est engagée; il a employé un remède dangereux sans avoir étudié les matières et la constitution de son malade, et continué, pendant cinq jours, à donner ce remède sans interruption et sans prendre le temps d'en juger les effets. Et, cependant, l'inculpé était plus édifié qu'aucun autre médecin sur le caractère dangereux du remède qu'il avait prescrit, puisque deux de ses malades avaient été pris de vomissements après avoir bu de l'huile phosphorée, et le sieur M... aurait dû arrêter le traitement.

Il y a lieu d'ajouter que le remède préparé par le pharmacien ne contenait pas le dosage de phosphore indiqué dans l'ordonnance, le remède prescrit était encore plus dangereux que le remède administré.

L'imprudence du médecin est manifeste.

Notre confrère, après avoir vivement regretté l'accident funeste qui était survenu, s'est défendu en ces termes :

Je reconnais que, dès les premiers jours, j'ai donné à l'enfant une cuillerée d'huile de foie de morue phosphorée. On me l'a ramené jusqu'au 10 avril et j'ai donné le même médicament. Le 11, on m'a dit que l'enfant avait la diarrhée. J'ai suspendu le traitement et lui ai donné de l'huile de foie de morue pure. J'ai appliqué un cataplasme sur le ventre et je n'ai revu l'enfant qu'une fois.

Je repousse la prévention d'imprudence, je n'ai donné que la dose du Codex et recommandée par les plus éminents docteurs. Les accidents signalés n'ont pu survenir qu'à la suite d'accumulation et sans que le médecin puisse prévoir que le malade n'a pu s'assimiler ce médicament. Depuis un an, je traite les enfants par le phosphore, d'après les auteurs et non de mon invention; je n'ai jamais eu de cas d'intoxication, bien que des enfants aient suivi ce traitement pendant assez longtemps. Je pense que la dose de phosphore administrée n'était pas excessive, d'abord parce que nombre d'enfants ont suivi ce traitement pendant vingt jours sans accidents et que, d'autre part, la dose est indiquée au Codex et recommandée par les plus grands médecins de notre époque.

M. le docteur Legroux, dans le service duquel l'enfant a succombé, à l'hôpital Trousseau, fait connaître les résultats de son examen nécroscopique. Il n'a pu voir l'enfant de son vivant, la mort étant survenue quelques heures après l'entrée du jeune malade dans son service. Pour M. Legroux, il ne saurait exister aucun doute sur la cause de la mort. L'enfant a bien nettement succombé à une intoxication phosphorée. D'autre part, après s'être fait présenter les ordonnances et avoir examiné les doses prescrites, M. Legroux conclut que la dose formulée était conforme aux prescriptions du Codex. C'est aussi l'avis de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté, appelé à titre d'expert.

Dans ces conditions, le tribunal, ne pouvant relever à la charge du prévenu aucun fait d'imprudence, aucun défaut de précaution pouvant engager la responsabilité pénale, acquitte le docteur M... et le renvoie des fins de la plainte et sans dépens.

Nous ne pouvons qu'applaudir à ce jugement. Autant le législateur a le droit de se montrer sévère vis-à-vis de ceux d'entre nous qui, par une négligence coupable ou une faute lourde, ont causé la mort de leurs clients, autant le législateur a le devoir de garantir et de protéger les médecins qui, malgré la stricte observance des règles établies, a vu un de ses malades succomber du fait de la thérapeutique employée.

S'il en était autrement, il n'y aurait plus d'opération chirurgicale possible, plus de chloroformisation et même plus de thérapeutique médicale active; le praticien, rendu craintif, se cantonnerait dans les tisanes et les onguents.

Il faut donc féliciter la sixième chambre correctionnelle du jugement qu'elle vient de rendre. Mais, d'autre part, différents cas récents d'intoxication par les alcaloïdes, joints à ce cas d'empoisonnement par le phosphore, doivent rendre les praticiens très prudents vis-à-vis de ces médicaments, dont l'emploi est si difficile et si souvent dangereux.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Laveran.

Sur un cas d'hystérie par fulguration.

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.)

Dans une de ses belles leçons du mardi à la Salpêtrière (leçon du 28 mai 1889), M. le professeur Charcot a étudié les accidents nerveux provoqués par la foudre et il a établi que ces accidents sont de deux espèces. La fulguration peut produire directement des accidents nerveux, notamment des paralysies, ou bien elle provoque l'apparition de troubles nerveux qui rentrent dans le cadre de l'hystérie. Les paralysies qui relèvent de l'action directe de la foudre sont passagères, tandis que l'hystérie consécutive à la fulguration peut donner naissance à des troubles nerveux très variés et très persistants.

Les exemples d'hystérie produite par l'action de la foudre ne sont pas communs dans la science, probablement parce qu'ils ont été méconnus jusqu'ici et confondus avec les accidents directs de la fulguration. M. le professeur Charcot, outre le fait très remarquable qui lui est personnel, n'a trouvé dans les auteurs que trois observations pouvant rentrer dans ce cadre. J'ai pensé qu'il serait intéressant de rapprocher de ces faits l'observation d'un malade qui est actuellement au Val-de-Grâce en traitement dans mon service.

Il s'agit d'un militaire qui, le 29 juin 1889, traversait la cour de la caserne Vauban, à Auxerre, lorsqu'il fut frappé par la foudre; le malade fut renversé et perdit connaissance; il n'avait rien vu, rien entendu. Il est à noter que ce militaire n'a pas vu la foudre en globe comme le malade de M. Charcot, et que la frayeur n'a pas pu jouer de rôle dans l'éclosion des accidents. Plusieurs camarades de V..., qui se trouvaient, comme lui, dans la cour de la caserne, furent également renversés, mais ils se relevèrent, tandis que V... restait étendu sur le sol : il fallut le transporter à l'infirmerie; le malade reprit connaissance au bout d'une demi-heure, mais sans pouvoir parler. Des mouvements choréiques d'une grande violence se produisirent alors, surtout dans les membres supérieurs, et persistèrent pendant quatre jours. Lorsque le malade voulut quitter son lit, il s'aperçut que les membres du côté droit étaient très faibles, et le médecin du régiment constata une hémi-anesthésie du même côté.

Depuis le mois de juin 1889, ces accidents ont persisté et même se sont aggravés; l'hémiplégie du côté droit est devenue plus forte au mois de décembre 1890; l'hémi-anesthésie persiste, elle porte sur les organes des sens comme sur la sensibilité générale.

Depuis son accident, V... est sujet à des crises caractérisées par une sensation d'étouffement et de la chorée rythmique des membres supérieurs; il n'y a pas de convulsions générales, ni de perte de connaissance; dans une de ces crises plus forte que les autres, il y a eu de l'aphasie. Ces crises se produisent surtout au moment des orages, fait à rapprocher de l'observation de M. Gibier de Savigny (monoplégie brachiale, suite de fulguration qui se dissipa au bout de six mois, mais qui reparaissait toutes les fois qu'il y avait de l'orage).

Il est à noter que, chez notre malade, comme chez celui de M. le professeur Charcot, il n'y avait pas de prédisposition à l'hystérie; une enquête faite pour rechercher s'il y avait eu des maladies nerveuses dans la famille du malade, ou si lui-même avait eu des accidents nerveux avant son entrée au service, a été complètement négative.

Le diagnostic d'hystérie suite de fulguration ne me paraît pas douteux, le début de la maladie, les caractères de la paralysie et de l'hémi-anesthésie, les crises accompagnées de chorée rythmique et parfois d'aphasie transitoire ne peuvent, ce me semble, laisser aucun doute à cet égard.

Observation. — V..., âgé de vingt-quatre ans, soldat au 4e régiment d'infanterie, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 3 octobre 1891.

Le père de V... est âgé de cinquante-quatre ans, il se porte bien et n'a jamais eu de maladies nerveuses; sa mère est morte a l'âge de trente-neuf ans d'une bronchite probablement tuberculeuse. V... a perdu un frère qui est mort à l'âge de six ans d'une maladie indéterminée; il a encore une sœur dont la santé est excellente.

V... n'a jamais présenté de symptômes d'hystérie avant d'être frappé par la foudre; un médecin, qui l'a soigné à plusieurs reprises pour de légères bronchites, atteste qu'il n'avait jamais constaté de signes d'hystérie.

V... était vannier de son état avant son entrée au service militaire.

Le 29 juin 1889, à huit heures quarante-cinq du soir, V... traversait la cour de la caserne Vauban, à Auxerre, pour se rendre à l'appel; il était arrivé au milieu de la cour, lorsque tout à coup il sentit un choc; il fut renversé et perdit connaissance; il n'avait pas vu d'éclair, ni de globe électrique, ni entendu le tonnerre.

Le journal l'*Yonne*, du 1er juillet 1889, nous fournit sur ce coup de foudre des renseignements qui corroborent de tous points ceux que donne le malade.

Le 29 juin 1889, à huit heures quarante-cinq minutes du soir, à Auxerre, le ciel était un peu couvert, mais rien ne faisait prévoir un orage, lorsque tout à coup une violente détonation se fit entendre.

A la caserne Vauban, une quinzaine de militaires qui se trouvaient dans la cour sont jetés à terre, tous se relèvent à l'exception du malade qui fait l'objet de cette observation.

En vingt autres endroits, dit le journal l'*Yonne*, des personnes sont renversées ou frappées d'immobilité passagère d'un membre.

Dans une maison située près de la caserne Vauban, la foudre défonce un plafond et traverse deux maisons voisines en occasionnant quelques dégâts.

Ce coup de foudre a donc présenté une force exceptionnelle; mais revenons à V... que nous avons laissé étendu sans connaissance dans la cour de la caserne.

Le malade fut transporté à l'infirmerie: au bout d'une demi-heure il reprit connaissance sans pouvoir parler distinctement, à cause, dit-il, de l'embarras de la langue; il éprouvait, en outre, une sensation d'étouffement et ses membres, surtout les membres supérieurs, étaient agités de mouvements choréiformes si violents que le lit était secoué et déplacé; ces mouvements choréiques ne disparaissaient que la nuit, pendant quelques heures; pendant quatre jours, on dut donner au malade ses aliments; au bout de ce temps, les mouvements choréiques se calmèrent. V...

essaya de se lever, mais il s'aperçut que la jambe droite fléchissait sous lui; la marche était possible, mais le malade boitait; le bras droit était faible et engourdi; le médecin du régiment constatait en même temps qu'il y avait de l'anesthésie du côté droit.

A la face interne de la jambe droite, on trouvait une tache noirâtre de la grandeur d'une pièce de vingt centimes qui persista pendant assez longtemps et qui paraît avoir été une escharre superficielle produite par la foudre.

Depuis lors, l'hémiplégie incomplète du côté droit a persisté, elle s'est même aggravée au mois de décembre 1890; depuis cette époque la paralysie est stationnaire.

Pas d'atrophie, ni de contracture des membres paralysés.

Le malade est sujet, depuis son accident, à des *crises* qui se produisent principalement au moment des orages; ces crises, très communes d'abord (le malade en a eu jusqu'à trois par semaine), sont devenues de plus en plus rares; elles disparaissent presque complètement l'hiver.

Ces crises sont caractérisées ainsi qu'il suit : le malade éprouve de la lourdeur de tête, une sensation d'étouffement (il n'a pas la sensation nette de la boule hystérique), des fourmillements dans les extrémités, enfin les membres, les membres supérieurs surtout, sont agités de mouvements involontaires qui, d'après la description du malade, se rapportent à la chorée rythmique.

Ces crises ont une durée de une heure à quatre heures; elles ne s'accompagnent jamais de perte de connaissance.

Au mois de juillet 1890, et au commencement du mois d'octobre 1891, le malade a eu deux crises très fortes, semblables aux précédentes, à l'intensité près. Pendant la crise du mois de juillet 1890, V... ne pouvait pas parler, il comprenait ce qu'on lui disait, mais il lui était impossible de répondre.

État actuel (15 octobre 1891). V..., est un homme d'une bonne constitution, de force moyenne. Taille, $1^{m}60$, périmètre thoracique, $0^{m}86$. La face est un peu pâle, mais les muqueuses ne sont pas décolorées, les muscles sont bien développés.

L'hémiplégie du côté droit est très prononcée, sans être complète ; au dynamomètre, la pression de la main droite ne donne que 20 kilogrammes, tandis que la pression de la main gauche en donne 80. Lorsqu'on fait marcher le malade, on constate qu'il boite fortement, il frappe le sol avec le talon du côté malade sans faucher aussi manifestement que les hémiplégiques ordinaires.

Lorsqu'on dit au malade de raidir ses jambes, on constate facilement que la force de résistance est beaucoup moindre dans le membre inférieur droit que dans le gauche. Pas de tremblement des membres. Pas d'hémiplégie faciale.

L'hémi-anesthésie constatée quatre jours après l'accident persiste, elle est très marquée aux extrémités, incomplète au niveau du tronc, du cou et de la face.

L'anesthésie porte sur les différents modes de sensibilité. mais principalement sur la sensibilité à la douleur ; on peut traverser de part en part la peau du bras ou de la jambe du côté droit avec une épingle, sans provoquer de douleur.

On ne trouve nulle part de zone hystérogène.

Le réflexe pharyngien est diminué, mais non aboli.

Le malade accuse des douleurs, peu vives d'ailleurs, dans les membres du côté droit, ces douleurs augmentent sous l'influence de la fatigue et se font surtout sentir alors dans le genou droit.

L'examen des yeux a été fait avec beaucoup de soin par M. Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce. L'acuité visuelle normale à gauche est diminuée d'un tiers à droite, sans lésion du fond de l'œil.

Le champ visuel est notablement rétréci du côté droit.

On trouve également une diminution marquée des sens de l'ouïe et de l'odorat du côté droit.

Lorsqu'on prend alternativement la main droite et la main gauche du malade, on constate d'ordinaire que la main droite est plus froide que la gauche; le thermomètre indique souvent une différence de 3 ou 4 degrés au profit de la main gauche ; mais ce résultat n'est pas constant; lorsque le malade laisse pendre sa main droite pendant quelque temps, elle s'engorge, suivant l'expression du malade, et on constate alors que sa température est égale ou même supérieure de quelques dixièmes de degré à celle de la main gauche.

L'examen de l'appareil circulatoire ne révèle aucune autre anomalie.

Rien à noter du côté de l'appareil respiratoire, ni du côté des organes abdominaux ou génito-urinaires.

REVUE DE LA PRESSE

Pyoctanine dans les affections oculaires, par Galezowsky. — Le pouvoir antiseptique de la pyoctanine en fait, dans les ulcères de la cornée, dans les kératites suppuratives, un agent précieux. On doit l'employer très largement soit en lavages, soit en applications au pinceau en faisant usage de la solution à 1 p. 100. La guérison des ulcères semi-circulaires du bord de la cornée ulcérée, si réfractaires à tous les traitements, s'obtient en quatre à cinq semaines. Les kératites suppuratives ulcérées s'améliorent aussi rapidement. (*Société de biologie.*)

Accidents réflexes par injections vaginales mal faites. — M. Roullin a rapporté, à la Société de médecine pratique, trois observations d'accidents réflexes (douleurs violentes dans le ventre et les reins, frissons, étouffements), survenus brusquement pendant des injections vaginales. Ces injections étaient faites avec la solution boriquée, liquide aussi inoffensif que possible. Mais, dans les trois cas, les canules employées étaient très longues. Il y a, sans doute, eu contusion du col utérin par le jet de liquide.

M. Delthil croit à la pénétration possible du liquide dans l'utérus.

M. Baudouin, dans une note parue dans le *Progrès médical*, se demande s'il n'y a pas eu plutôt, dans ces cas, quelque auto-inoculation traumatique.

Quoi qu'il en soit de l'origine de ces accidents, la règle pratique de n'employer que des canules courtes et perforées latéralement, paraît utile à rappeler.

Du zona diabétique. — M. Vergely rapporte deux observations établissant, d'une façon indiscutable, le rapport du zona et du diabète. Il est probable qu'une fois l'attention appelée sur ce rapport clinique, les observations se multiplieront, les névrites diabétiques étant fréquentes, et le zona étant une des manifestations cutanées les plus ordinaires de la névrite. Le zona, dans les observations de M. Vergely, s'est montré dans des diabètes de moyenne intensité chronique. La marche a été celle du zona, qui apparaît dans toutes les formes de névrite. Il s'est accompagné d'anesthésie et d'hyperesthésie permanente de la région atteinte par l'éruption, et de macules cicatricielles profondes. Ses rapports avec les variations du sucre et des divers produits excrémentitiels de l'urine, sont encore indéterminés. (*Progrès médical.*)

Variétés cliniques des lymphangites. — M. Morel-Lavallée étudie, dans l'*Union médicale*, les variétés cliniques et étiologiques des lymphangites. Il montre qu'à côté des types ordinaires de lymphangites tronculaires, réticulaires, en placards (érysipèle), il existe une variété de lymphangite segmentaire constituée par une série de dilatations étagées sur le trajet des troncs lymphatiques, sans interposition obligée entre elles d'un cordon dur, plus ou moins interrompu, appréciable. On peut lui donner le nom de lymphangite ampullaire. M. Morel-Lavallée montre, de plus, que les voies lymphatiques peuvent être le siège d'altérations ou inflammations de divers ordres et de nature différente, et conserver, cependant, tout ou partie de leur perméabilité. Le

fait a été observé par Ricord pour le chancre simple, par M. Fournier pour le chancre induré, par MM. Verneuil et Clado pour l'angioleucite à streptocoques, par lui-même pour l'angioleucite tuberculeuse, par M. Félizet pour les adénopathies tuberculo-caséeuses. Cette persistance possible, même relative, de la perméabilité des voies lymphatiques altérées, fait comprendre que l'infection de l'économie puisse continuer au moyen du transport des matières virulentes par des vaisseaux lymphatiques déjà violemment enflammés, mais non pour cela forcément oblitérés.

Cette persistance peut être utilisée dans un but thérapeutique, pour la diffusion d'un agent curateur dans ces mêmes voies lymphathiques altérées, ainsi qu'elle l'a été depuis 1887, par M. Félizet, pour le traitement de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse. Ayant fait plusieurs fois, dans des ganglions hypertrophiés du cou, pour en obtenir la résolution, des injections interstitielles de teinture d'iode, il avait été frappé de ce fait que chaque fois la douleur se montrait, du moins à son maximum, non au niveau du ganglion injecté, mais à un point situé plus bas et plus profondément à la racine du cou. L'effet curatif visé n'en était pas moins obtenu. M. Félizet avait inféré de là que l'iode avait dû pénétrer beaucoup plus loin dans la chaîne ganglionnaire, et que le point douloureux correspondait sans doute à un ganglion en aval qui avait réagi plus que ceux qui le précédaient. Cette remarque fut le point de départ de tentatives thérapeutiques intéressantes. Dans deux observations, des injections de trente gouttes de teinture d'iode, faites à six jours d'intervalle, dans le ganglion cervical le plus élevé, amenèrent — après des crises passagères : 1° de gonflement et d'endolorissement des ganglions en aval le jour même de l'injection ; 2° d'aggravation de la dyspnée, correspondant aux injections et vraisemblablement en rapport avec une tuméfaction des ganglions bronchiques — l'amélioration et même la guérison des accidents dus à l'adénopathie trachéo-bronchique. La respiration est considérablement améliorée, bientôt même la dyspnée disparaît complètement. Il n'y a plus de raucité de la voix.

Les troubles trophiques dans l'hystérie. — Jusque dans ces dernières années, l'opinion à peu près unanime des cliniciens était que l'hystérie ne déterminait pas de troubles trophiques. Au point de vue du diagnostic, il suffisait même qu'on constatât une modification notable de la nutrition locale, pour qu'on éliminat l'hypothèse de l'hystérie. Cette opinion était certainement trop exclusive. Bien qu'il soit encore impossible de tracer une étude didactique complète des troubles trophiques dépendant de l'hystérie, M. Pitres, à titre de documents, rapporte cinq observations fort curieuses de cet ordre d'accidents :

I. Œdème des membres inférieurs, simulant une phlegmatia alba dolens, survenu chez une hystérique à la suite de contrariétés et modifié par l'aimantation.

II. Réfrigération permanente des jambes, dans un cas de paraplégie hystérique flaccide. Abolition des réactions vasculaires provoquées par les sinapismes ; guérison par la faradisation.

III. Atrophie musculaire hystéro-traumatique, sans paralysie ni contractures préalables du membre supérieur gauche.

IV. Paralysie faciale hystéro-traumatique, avec affaiblissement rapide de l'excitabilité électrique des muscles du visage ; guérison.

V. La cinquième observation est de beaucoup la plus remarquable : paralysie hystérique des quatre membres. Chute spontanée des dents de la mâchoire supérieure gauche. Escharre fessière. M. Pitres croit même que, l'attention des observateurs une fois éveillée, on trouvera dans l'hystérie des troubles trophiques encore plus graves. (*Progrès médical.*)

Emploi de la pilocarpine dans les affections de l'oreille. — Les injections sous-cutanées de pilocarpine sont surtout utiles, d'après Politzer, dans les affections récentes du labyrinthe, syphilitiques ou non syphilitiques. Dans les affections plus anciennes, elles peuvent encore être essayées, mais il est inutile de les continuer si l'on n'obtient pas d'amélioration après dix ou quinze injections. Leur emploi est parfois utile dans les otites moyennes aiguës, dans les otites infectieuses, quand la caisse du tympan est remplie d'exsudats se résorbant mal. Dans la sclérose sèche de l'oreille moyenne, l'emploi de la pilocarpine est tout à fait contre-indiqué.

Comme doses, Politzer injecte au début deux gouttes de la solution à 2 p. 100. Il augmente graduellement d'une goutte chaque jour, jusqu'à huit gouttes. Il prolonge, en général, les injections aussi longtemps que chacune d'elles paraît déterminer un accroissement, même léger, du pouvoir auditif, et les suspend lorsque le gain cesse.

Dans quelques cas de catarrhes de l'oreille moyenne avec sécrétion et gonflement, les injections de quelques gouttes de cette solution, faites directement par la trompe d'Eustache et continuées pendant une à trois semaines (en alternant avec les insufflations d'air), lui ont donné de bons résultats.

Telles seraient, à peu près, les seules indications de ce médicament dont la valeur en otologie a été quelque peu exagérée. (*The Lancet.*)

Traitement du trichiasis et de l'ectropion par les greffes palpébrales. — Le procédé suivant de A. Benson, où les greffes sont empruntées à la muqueuse buccale, aurait donné, à St-Mark hospital, de très nombreux succès dans le trichiasis et l'ectropion. Le premier temps opératoire consiste à dédoubler la paupière malade par une incision faite tout le long de son bord libre. Cette incision, qui constitue la seule partie délicate de l'opération, doit être dirigée de telle sorte que tous les cils, aussi bien ceux dont l'implantation est régulière, que ceux dont l'implantation est anormale, restent compris dans la lèvre antérieure; la conjonctive, au contraire, reste dans la lèvre postérieure de l'incision. L'incision doit se diriger obliquement et assez profondément, pour pénétrer à travers le tarse jusqu'au tissu cellulaire de la paupière. Sans cette précaution, les lèvres de l'incision ne s'écartent que difficilement pour faire place à la greffe.

Le second temps consiste à disséquer sur la lèvre un lambeau de muqueuse de longueur et de largeur convenables, ce lambeau étant formé par la muqueuse sans tissu sous-muqueux.

Dans le troisième temps, le lambeau disséqué est placé entre les lèvres de la paupière dédoublée et fixé par des sutures. Il est, à ce moment, nécessaire pour opérer sans être gêné par le sang, d'appliquer sur la paupière un compresseur, qu'on n'enlève qu'une fois les sutures terminées. Pansement avec une pommade à l'iodoforme.

Pendant les premières vingt-quatre heures, le lambeau transplanté reste blanc et exsangue, un peu plus tard il devient noirâtre, pour prendre finalement la couleur rosée et brillante, qu'il gardera par la suite. Les résultats seraient aussi parfaits au point de vue esthétique qu'au point de vue fonctionnel. (*Brit. Med. Journ.*)

Luxations du cartilage semi-lunaire, leur traitement opératoire. — Dans un cas de luxation du cartilage, Keetley a pratiqué, avec un très bon résultat fonctionnel, l'arthrotomie, en enlevant ce cartilage luxé. Allengham a pu réunir trente-trois faits d'intervention pour des luxations de ce genre. Dans vingt, le cartilage fut suturé à la tête du tibia ; dans dix, il fut enlevé. L'incision verticale est, pour ces opérations, préférable aux incisions transverses ou semi-circulaires, qui affaiblissent l'articulation. La suture de la synoviale est très utile comme temps complémentaire de l'opération. (*The Lancet.*)

Lavement nutritif, par WATKINS.

Jus de viande	30 grammes.
Œuf	n° 1.
Eau-de-vie vieille	20 grammes.
Thé de bœuf salé	q. s.

pour un lavement de 150 grammes. (*Semaine médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 novembre 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATION

Traitement des suppurations pelviennes par l'opération de Péan. — M. **QUÉNU** rappelle que, lorsque M. Segond fit sa communication sur ce sujet (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 238), la discussion ne s'est appuyée que sur des arguments théoriques; depuis, les interventions se sont multipliées; et il est possible d'apprécier maintenant la valeur de cette opération. M. Quénu communique 11 observations d'hystérectomie vaginale qu'il a pratiquées pour des salpingites purulentes ou catarrhales. Les premières, au nombre de 6, peuvent ainsi se résumer :

Première observation. — Il s'agit d'une femme de quarante-quatre ans, qui, en 1874, eut de fréquentes poussées de pelvi-péritonite, avec écoulements purulents abondants, métrorrhagies, douleurs abdominales. L'opération fut longue et difficile; après l'extirpation de l'utérus, M. Quénu ouvrit une poche purulente. Il ne fait pas l'ablation des annexes; quinze jours après l'opération, accidents de rétention de pus, qui disparaissent après l'ouverture d'une nouvelle poche. Guérison.

Deuxième observation. — Femme de vingt-sept ans, atteinte de métrite depuis cinq ans, qui résista à des cautérisations diverses, y compris le chlorure de zinc; après une amélioration de quelques mois, nouveaux accidents de salpingites, ablation de l'utérus et des annexes. Guérison.

Troisième observation. — Femme de vingt-neuf ans. Tuméfaction pelvienne considérable, qui présente une saillie dans le rectum, vives douleurs, amaigrissement et symptômes menaçants de fièvre hectique. Hystérectomie longue et difficile, ouverture de plusieurs poches; après l'opération, chute des accidents; huit jours plus tard, formation dans le vagin d'une fistule stercorale, qui persiste encore.

Quatrième observation. — Femme de trente ans, atteinte, depuis 1880, d'accidents de suppuration pelvienne, se faisant jour de temps en temps par le vagin. Même opération, sans ablation des annexes. Guérison.

Cinquième observation. — Femme de trente ans. Pyo-salpinx ancien, ouvert dans le rectum. Ouverture d'une poche considérable après morcellement de l'utérus sans ablation des annexes. Dans la suite, fistule vaginale stercorale de courte durée. Guérison.

Sixième observation. — Cette observation est analogue à la précédente. Opération toute récente. En voie de guérison.

Sur ces 6 malades, 2 présentaient de volumineuses collections fermées, 2 autres un abcès ouvert dans le rectum et les 2 dernières un abcès ouvert dans le vagin; 5 d'entre elles sont complètement guéries, 1 seule a conservé une fistule stercorale.

Quant aux 5 autres hystérectomies, 4 d'entre elles ont été pratiquées pour des salpingites catarrhales ou des accidents d'ovarite ou de trompe kystique; 3 fois le succès a été complet, mais dans le quatrième cas, l'opérée a succombé à une perforation de la vessie.

La cinquième opération a été pratiquée sur une malade âgée de vingt-neuf ans, multipare, qui avait été prise, à la suite de son dernier accouchement, en 1889, de vives douleurs abdominales, revenant par crises et s'accompagnant de ballonnement du ventre.

Ces accidents disparurent au bout de quelques semaines, les règles se supprimaient en même temps, et il se développait une tumeur volumineuse offrant les caractères d'un kyste multiloculaire. L'hystérectomie vaginale a fait découvrir, entre la vessie et l'utérus, une première poche, contenant un liquide clair et quelques grumeaux blanchâtres, et dans son voisinage une autre poche semblable. L'opération a été suivie de guérison.

Ces 11 hystérectomies ont donné 1 mort et 10 succès, dont 9 complets et définitifs. Dans les deux premières opérations, M. Quénu a suivi le manuel opératoire décrit par M. Segond, en suivant exactement les règles qu'il avait indiquées; mais, dans les autres cas, toutes les fois que l'utérus ne s'est pas trouvé enclavé de telle sorte que le morcellement n'est plus soumis à aucune règle, il a fait une section médiane antéro-postérieure de l'utérus, le partageant ainsi en deux segments, l'un droit et l'autre gauche.

Cette modification opératoire présente les avantages suivants : elle expose moins aux hémorrhagies, puisque la section porte sur des points où il y a moins de vaisseaux, et elle permet de fendre l'utérus dans toute sa longueur, ce qui facilite l'accès et l'ouverture des poches purulentes.

En outre, M. Quénu trouve préférable, dans le premier temps de l'opération, de substituer des ligatures aux deux premières pinces que l'on applique de chaque côté du col, ces pinces sont gênantes pour la suite de l'opération.

Enfin M. Quénu croit prudent de ne pas abuser des injections. Si elles sont inoffensives dans les cas où les collections purulentes sont séparées de la cavité péritonéale par une nappe indurée et résistante, il en est tout autrement lorsque la cavité péritonéale est ouverte; on peut toujours craindre d'envoyer avec le liquide quelques parcelles de pus, aussi semble-t-il préférable de substituer aux lavages le tamponnement antiseptique.

Une dernière question est relative aux indications de l'opération. Parmi les salpingites suppurées, il est un premier groupe constitué par des collections bien circonscrites et facilement énucléables, qui peuvent être, sans danger et avec avantage, opérées par la voie abdominale. Quelques-unes d'entre elles sont justiciables aussi bien de la laparotomie que de l'hystérectomie; c'est affaire de tempérament opératoire.

Dans un second groupe, se trouvent les salpingites suppurées ouvertes dans l'une des cavités voisines, la laparotomie, dans ces cas, expose à divers accidents graves; dans ces faits, l'hystérectomie paraît préférable.

Enfin la même opération convient aux cas anciens, dans lesquels les poches très épaissies et adhérentes ne pourraient être facilement et totalement décortiquées par la voie abdominale.

Les salpingites catarrhales et kystiques doivent être attaquées par la laparotomie, parce que l'hémostase est plus facile à obtenir et qu'on est moins exposé à blesser la vessie. Pour les autres variétés de salpingites, salpingite sèche avec pelvi-péritonite et loges kystiques et salpingites tuberculeuses, il vaut peut-être mieux recourir à l'hystérectomie qu'à la laparotomie.

M. **TERRIER** dit que, lors de la première discussion sur l'application de l'hystérectomie vaginale au traitement des collections pelviennes, son expérience pratique était nulle et il avait pris la parole moins pour combattre une opération qu'il n'avait pas expérimentée, que pour défendre la laparotomie et relater les succès qu'il en avait obtenus dans les cas de salpingite et de pelvi-péritonites suppurées.

Tout en ne se déclarant pas hostile à l'hystérectomie dans certains cas déterminés, M. Terrier avait fait des réserves au sujet de l'opportunité de sa généralisation et, aujourd'hui encore, il maintient cette opinion.

M. Terrier s'est efforcé de rechercher les cas vraiment justiciables de l'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire les cas de vieilles pelvi-péritonites avec immobilité de l'utérus et existence d'une nappe indurée, au-dessous de laquelle se trouvent des poches purulentes. Or, il n'en a rencontré que deux exemples, dans lesquels l'opération par la voie vaginale était formellement indiquée.

Voici le résumé de ces deux observations :

La première a trait à une femme de quarante-cinq ans, malade depuis quinze ans et présentant une inflammation péri-utérine, qui avait donné lieu à la formation de nombreux abcès. La tuméfaction était volumineuse, l'utérus entièrement immobilisé et les urines contenaient de l'albumine. L'hystérectomie a été longue et difficile à cause des nombreuses adhérences et de la vascularisation considérable, bien que la section utérine ait porté

sur la ligne médiane; la cavité abdominale avait été ouverte durant l'opération qui a été suivie d'accidents septiques et de mort rapide.

La seconde malade présentait une double pelvi-péritonite suppurée avec adhérences multiples. L'opération, dans ce cas, a été beaucoup plus simple et plus facile et a permis d'évacuer deux poches remplies de pus; il n'y a pas eu ablation des annexes, ni ouverture de la cavité péritonéale; la guérison a été parfaite.

De ces faits et de la comparaison entre les deux opérations, M. Terrier conclut que, dans beaucoup de circonstances, on doit se dispenser d'avoir recours à l'hystérectomie; c'est non une opération de choix, mais une opération de nécessité, qui trouve principalement sa raison d'être alors que l'on a affaire à des malades chez lesquelles l'utérus est immobilisé, les lésions anciennes, les adhérences épaisses et multiples. D'ailleurs, il faut compter avec la gravité de l'opération.

M. SEGOND fait observer que l'hystérectomie vaginale peut être jugée à deux points de vue différents : d'abord au point de vue de sa valeur; or, il paraît difficile de la contester, en présence du nombre chaque jour croissant de ses partisans; c'est la meilleure preuve que ceux qui en ont pris les premiers la défense étaient dans la bonne voie.

En second lieu, au point de vue de ses indications : si l'on accepte que l'hystérectomie est seulement indiquée lorsque la laparotomie est trop dangereuse, il ne faudrait la regarder que comme une opération d'exception. C'est, pour M. Segond, une erreur d'appréciation, que l'on doit combattre. Pour les collections purulentes, pour les salpingites kystiques, pour tous les cas où l'on juge l'ablation de l'utérus nécessaire, l'intervention par la voie vaginale est préférable.

M. Segond ne conteste pas les succès que donne la laparotomie, mais est-ce là une raison pour en déduire que l'hystérectomie est une opération plus grave? Nullement. Les faits démontrent que l'opération est supérieure à la laparotomie. L'application en deviendra de plus en plus fréquente. C'est là un fait évident.

M. Segond a pratiqué 64 hystérectomies, parmi lesquelles il compte 56 succès et 8 morts, ces dernières toutes survenues dans des cas très graves. Cette intervention n'est donc pas plus dangereuse que la laparotomie.

En ce qui concerne le manuel opératoire, il ne faut pas s'exagérer les difficultés de l'opération, car plus on la pratique, plus on reconnaît qu'elles s'aplanissent et mieux on se conforme aux deux préceptes suivants : voir toujours ce que l'on fait et bien assurer l'hémostase. A ce dernier point de vue, M. Terrillon a fait une très juste remarque, c'est que, dans beaucoup de cas, l'hémorrhagie est fort minime, ce qui tient à ce que l'on déchire plutôt que l'on ne sectionne; toutefois, il est prudent de se servir des pinces à mesure que l'on avance dans les sections latérales nécessaires, de préférence à l'emploi des fils. D'ailleurs, il s'écoule parfois au début une certaine quantité de sang, qui ne doit ni effrayer, ni arrêter, car l'hémorrhagie s'arrête ordinairement lorsqu'on est plus avancé dans l'opération.

Y a-t-il avantage, comme le conseille M. Quénu, à faire la section utérine d'avant en arrière? Si l'utérus est abaissable, cela est possible; d'ailleurs, n'importe quel procédé est applicable; mais, dans le cas contraire, le mieux est de s'adresser au morcellement par étages, qui permer d'écarter plus sûrement la vessie et le rectum.

Quant aux accidents consécutifs à l'opération, ils sont en réalité très rares; M. Segond n'en a vu qu'un seul exemple.

M. RICHELOT dit que, d'après son expérience, l'hystérectomie semble une opération bénigne, puisque, sur 81 interventions pratiquées soit pour salpingites, soit pour cancer, il n'a eu que 4 morts post-opératoires.

M. BAZY croit qu'il importe d'établir une distinction entre l'hystérectomie pour cancer ou l'hystérectomie pour inflammation des annexes; les complications sont variables suivant l'un ou l'autre de ces cas.

M. SEGOND ajoute que la remarque de M. Bazy est fort juste. Au point de vue du pronostic, il y a une différence très nette à établir selon que l'on a affaire à l'une ou à l'autre des trois catégories suivantes : hystérectomie pour cancer, hystérectomie pour fibrome, hystérectomie pour lésion des annexes.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Calculs du rein. — M. MOTY présente un rein contenant des calculs provenant d'un sujet mort de tuberculose vertébrale.

Grossesse extra-utérine. — M. REYNIER présente une grossesse extra-utérine, variété tubo-abdominale, qu'il a opérée il y a cinq jours; la malade va bien.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Springer est nommé chef du laboratoire de pathologie physiologique dans le service de clinique médicale de M. le professeur Potain, à l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. le docteur Vaquez, appelé à d'autres fonctions.

M. Critzman, interne des hôpitaux, est nommé préparateur d'anatomie pathologique, à l'École pratique de la Faculté, en remplacement de M. Hudelo, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1890-1891, les élèves en médecine dont les noms suivent :

PRIX DE LA FACULTÉ : première année, prix, M. Verger; mentions honorables, MM. Peyroux, Vergez, Carrière. — Deuxième année : prix, M. J.-M. Crozet; mentions honorables, MM. Crozet (J.O.F.M.) et Lanne. — Troisième année : prix, M. Brunet. — Quatrième année : prix, M. Béguin; mention honorable, M. Riffé.

PRIX DU CONSEIL GÉNÉRAL : M. Lamarcq.

PRIX GINTRAC : M. Sigalas.

PRIX GODARD : non décerné.

PRIX DES THÈSES : Médaille d'or, M. Woolonghan; médailles d'argent, MM. Barret de Nazaris et Jeanty; médailles de bronze, MM. Bourrus, Collin, Daraignez, Margouty et Raulin.

— M. Rondot, agrégé libre, est rappelé à l'exercice pendant l'année scolaire 1891-1892.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Les prix des thèses, pour l'année scolaire 1891, ont été décernés de la manière suivante :

MÉDECINE : *Médailles d'argent.* — MM. Adenot, Audry, Barral, Lucy, Rossigneux.

Médailles de bronze. — MM. Brico, Busquet, Givre, Michon, Mollard, Sigaud.

Mentions honorables. — MM. Baissas, Frenkel, Guillermet, Monin, Payerne, Vacher.

PHARMACIE : M. Monavon; mention honorable, M. Rey.

— *Hôpitaux de Nancy.* — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Stroup et Wilhelm.

Internes proviroires : MM. Thiéry et Blaise.

— Le concours pour deux places de médecin titulaire près le dispensaire général de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Chaumier et Bouchet, anciens internes provisoires des hôpitaux de Lyon et de Saint-Étienne.

— Le lundi 30 novembre 1891, à une heure précise, il sera ouvert à l'asile clinique, rue Cabanis, n° 1, un concours pour la nomination à trois places d'internes titulaires en pharmacie, dans les asiles d'aliénés du département de la Seine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur G. Alphandéry (d'Alais).

— M. le docteur Jules Simon recommencera, à l'hôpital des Enfants-Malades, ses cliniques de thérapeutiqne infantile le mer-

credi 18 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Consultation clinique les samedis.

— Les conférences cliniques ont recommencé, à la Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts, aujourd'hui lundi 9 novembre, à deux heures. Comme les années précédentes toute l'ophthalmologie sera passée en revue au point de vue théorique et au point de vue pratique, dans le courant du semestre d'hiver. Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant :

Lundi, M. le docteur Kalt : Maladies des paupières, des voies lacrymales, des muscles de l'œil, de l'orbite.

Jeudi, M. le docteur Valude : maladies du cristallin et des membranes internes de l'œil, glaucome.

Vendredi, M. le docteur Trousseau : Maladies de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique et de l'iris.

Samedi, M. le docteur Chevallereau : Réfraction, lunettes, examen fonctionnel de l'œil.

Mardi, M. le docteur Dubief : démonstration de pièces anatomo-pathologiques.

Mercredi : Présentation et discussion de malades par les médecins de la clinique.

Tous les jours à midi et demi, consultation et opérations.

— M. le docteur Lavaux, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours sur les affections des voies urinaires, à l'École pratique (amphithéâtre Cruveilhier), le mardi 10 novembre, à deux heures, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le docteur Degoix commencera son cours de thérapeutique le mercredi 11 novembre, à cinq heures du soir, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — Ce cours essentiellement pratique sera complet en deux mois. — S'inscrire au secrétariat de la Clinique française, 76, rue de Vaugirard et, 30, rue d'Assas.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. Un cas d'hémoglobinurie. — De l'ostéomyélite chronique prolongée à distance. — Hôtel-Dieu de Chartres. Laparotomie chez un enfant âgé d'un jour pour une volumineuse éventration congénitale; guérison. — Médecine pratique. — Académie de Médecine. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été entièrement occupée par des rapports officiels. M. Albert Robin a lu la première partie du rapport sur les eaux minérales, M. Léon Colin celui de la Commission des épidémies et M. Blanche celui de la Commission du prix Civrieux.

L'Académie s'est adjoint un nouveau membre correspondant étranger dans la troisième section; son choix s'est porté sur M. Degive (de Bruxelles).

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Un cas d'hémoglobinurie.

Au lit n° 7 de la salle Bouillaud est un malade qui vous offre un exemple d'une affection peu commune, au moins en France, l'hémoglobinurie. Ce malade paraît avoir contracté son affection sous l'influence de refroidissements répétés. Depuis son entrée à l'hôpital, il n'avait eu que quelques petits accès légers et mal caractérisés. Mais il a suffi qu'il descende un matin pendant une demi-heure seulement dans la cour de l'hôpital, quittant la température chaude de la salle pour une température plus rigoureuse, et ce léger refroidissement a provoqué chez lui un accès type et d'une certaine intensité.

Vous avez pu observer ce malade au moment de l'accès. Il a été pris d'un frisson violent semblable à celui de la fièvre intermittente, ses dents claquaient, tous ses membres tremblaient; il éprouvait une constriction épigastrique, une pesanteur rénale des plus pénibles. Il était en proie à une angoisse ou plutôt à un accablement excessif. La soif était vive. Le pouls, petit, serré, battait 84 fois par minute, malgré sa petitesse la tension était très augmentée; elle dépassait de beaucoup celle des jours précédents. La température, qui avait jusque-là oscillé entre 37°5 et 38 degrés, atteignait 40°1, le soir de l'accès. La respiration était fréquente, pénible, difficile. Le foie était tuméfié; la matité hépatique mesurait 15 centimètres sur la ligne mammaire, 10 centimètres sur la ligne sternale; la rate était également très tuméfiée. Tous ces phénomènes se sont prolongés pendant quatre heures, puis ils se sont graduellement dissipés et le malade est revenu à son état normal.

Ce qui a dû surtout attirer votre attention, c'est la coloration de l'urine émise pendant l'accès et quelque temps après l'accès. Cette urine était, vous l'avez vu, d'une coloration rouge vineux rappelant manifestement la coloration du sang. L'acide azotique donnait un précipité abondant d'albumine. Au microscope, on ne trouvait ni globules rouges, ni parcelles ou débris de ces globules. On n'apercevait que quelques cylindres, que quelques globules blancs, un certain nombre de granulations pigmentées. Il n'y avait donc pas hématurie, mais hémoglobinurie.

La coloration de l'urine a disparu peu à peu; au bout de quatre jours environ, la disparition de la teinte rouge vineux était complète. Pendant tout ce temps, on a pu, par les réactifs appropriés, constater la présence de l'indican.

Le sang examiné, lui aussi, était très appauvri en globules rouges. Il n'en contient plus que 3680000 par millimètre cube. Le malade est donc très anémique.

Les troubles de l'urine ne sont pas dus à une hématurie, je dois encore vous le répéter. A défaut de globules rouges dans l'urine, on trouverait tout au moins des débris de ces globules. Les urines hématuriques, avec destruction des globules, sont, d'ailleurs, le plus ordinairement, ammoniacales, ce qui n'est pas non plus notre cas.

Cette hémoglobinurie, ce passage de la matière colorante du sang dans l'urine ont été parfois observés à la suite d'intoxication, d'empoisonnement, par l'ammoniaque par exemple. M. Hayem a vu également l'hémoglobinurie au cours du rhumatisme articulaire aigu. Mais les causes les plus ordinaires sont, d'une part, les refroidissements, de l'autre, la fatigue et, en particulier, la marche forcée. Cette influence des causes occasionnelles et, en particulier, du froid, a fait souvent donner à l'affection le nom de paroxystique, bien qu'ici il s'agisse moins d'un paroxysme vrai au cours d'une affection suivant son évolution, que d'une nouvelle apparition des accidents sous l'influence d'une même cause. Fait intéressant à remarquer, le degré de l'hémoglobinurie est proportionné au degré du refroidissement; des refroidissements minimes peuvent même déterminer des accès très légers, presque inaperçus par le malade, mais caractérisés par de petites modifications des urines. Les exercices forcés peuvent agir comme cause provocatrice,

soit isolément, soit en même temps que le refroidissement.

Les sujets atteints d'hémoglobinurie ont assez souvent des antécédents morbides de syphilis ou d'impaludisme. L'impaludisme a été surtout incriminé par les médecins anglais qui ont observé assez fréquemment l'hémoglobinurie chez des malades venant des Indes. En France, cette influence a été moins souvent notée ; les paludéens d'Algérie ne semblent pas, en particulier, présenter consécutivement d'hémoglobinurie. Pour la syphilis comme pour l'impaludisme, s'agit-il d'ailleurs d'une simple association morbide ou d'une action causale réelle ? On peut se le demander, la médication spécifique et le sulfate de quinine étant restés dans plusieurs cas sans action. Dans notre cas particulier, nous n'avons pu relever aucune trace soit d'impaludisme, soit de syphilis acquise ou héréditaire. Le point le plus important dans l'histoire de notre malade est qu'il a eu de fréquents accès de coliques hépatiques survenant tous les six mois au moins. Ces coliques sont classiques, accompagnées d'ictère, de décoloration des matières. Il y a deux mois, cet homme a eu de plus un embarras gastrique assez intense. Actuellement encore, ses conjonctives sont le siège d'une coloration jaunâtre très manifeste. La coexistence d'accidents hémoglobinuriques et d'un mauvais état du foie est d'autant plus intéressante à retenir au point de vue pathogénique, que, dans aucune des observations connues, elle n'a encore, que je sache, été signalée.

Comment se produit l'hémoglobinurie ? L'hémoglobine se retrouvant dans les urines, sans qu'il y ait, en même temps, de globules rouges, cette hémoglobine, d'autre part, ne pouvant provenir que des globules rouges, il est certain que l'hémoglobinurie doit être tout d'abord précédée de la destruction des globules. Une preuve indirecte de cette destruction nous est d'ailleurs fournie par l'examen du sang avant et après l'accès. Le sang est généralement pauvre en hématies, mais après un accès violent, cette pauvreté s'accentue dans des proportions considérables ; dans une observation, la diminution des globules était telle après chaque accès, que le nombre des globules tombait à la moitié du nombre précédemment observé.

Où se fait cette destruction des globules ? Est-ce dans les urines ? Est-ce dans les tissus ?

La destruction dans les urines est impossible à admettre. Il n'y a dans les urines des hémoglobinuriques aucun élément particulier capable de détruire les globules et surtout de les détruire au point que le microscope n'en retrouve plus aucun débris. Ces urines ne sont pas ammoniacales ; on ne saurait donc invoquer l'action qu'exerce l'ammoniaque dans les urines fermentées; on ne saurait non plus admettre l'action de l'oxalate de chaux invoquée par quelques auteurs. Rien dans les urines ne vient expliquer ou motiver cette destruction.

La destruction a-t-elle lieu dans le sang même comme cela se passe dans certaines intoxications? Mais, en ce cas, le sérum du sang devrait être coloré, les globules détruits lui cédant leur hémoglobine. Cette coloration du sérum a été parfois notée. Était-elle toujours, même en ce cas, bien certaine, et n'était-elle pas due à une coloration artificielle aux dépens du coagulum altéré ? Les observations négatives sont d'ailleurs plus nombreuses que les observations positives.

Une autre hypothèse est la destruction dans les tissus. Pendant l'accès, il y a un spasme, une contracture des vaisseaux périphériques, spasme qui se traduit objectivement par le refroidissement cutané. Par suite de cet arrêt de la circulation périphérique, le sang refluerait dans les viscères et c'est là qu'aurait lieu la destruction. Elle se ferait en particulier dans les reins, d'où l'hémoglobinurie. On peut toutefois objecter que des stases sanguines, beaucoup plus intenses, des asphyxies très marquées ne s'accompagnent pas d'hémoglobinurie. On devrait donc invoquer, en dehors de la stase sanguine, une vulnérabilité spéciale des globules, une sorte d'altération préalable des globules. Cette altération paraît d'autant plus probable qu'elle a été constatée en pathologie comparée dans quelques cas d'hémoglobinurie, chez les animaux. Dans quelques contrées, en particulier en Roumanie, l'hémoglobinurie semble assez fréquente chez diverses espèces animales. Babès aurait trouvé dans les globules rouges du sang un micro-organisme spécial qui en expliquerait la vulnérabilité et la destruction. Pareille constatation n'ayant pas encore été faite chez l'homme, on ne peut émettre d'explication pathogénique entièrement affirmative.

Le pronostic n'offre pas autant de gravité que pourrait le faire craindre la violence des accès et les altérations du sang qu'ils indiquent. Sur une statistique de 70 malades, on n'a noté que 5 décès. Encore ces décès n'étaient-ils pas le résultat direct des accès eux-mêmes, mais étaient-ils survenus par des affections surajoutées, en particulier la tuberculose. Un malade, observé par M. Robin, est mort de pneumonie. Un certain nombre de malades continuent à avoir, tout en les tolérant relativement bien, leurs accès à intervalles plus ou moins distants. Chez quelques-uns, les intervalles finirent par être assez longs pour équivaloir presque à la guérison. La disparition complète des accès a été même observée.

La première des indications thérapeutiques est évidemment de soustraire le malade aux causes, refroidissement, fatigue exagérée, qui provoquent chez lui l'accès. Faire disparaître la tendance aux accès serait chose certainement préférable à ces précautions excessives, mais c'est chose assez difficile. L'hydrothérapie, qui constitue le meilleur moyen d'endurcissement au froid, ne saurait être appliquée qu'avec une prudence extrême. On débutera par des douches tièdes qui seront graduellement, très graduellement, refroidies. Quand le sang est très appauvri, comme chez notre malade, les toniques et le fer sont tout naturellement indiqués. Pendant l'accès lui-même, on s'attachera surtout à réchauffer le malade. Les médicaments essayés, perchlorure de fer, acide gallique, ont donné peu de résultats. Le régime lacté est d'une grande utilité, tant pendant l'accès lui-même que pendant la période d'élimination de l'hémoglobine qui le suit. Dans le cas de syphilis ou d'impaludisme, le traitement spécifique ou le sulfate de quinine doivent être évidemment essayés.

DE L'OSTÉOMYÉLITE CHRONIQUE PROLONGÉE A DISTANCE

Par le docteur Léjars, chirurgien des hôpitaux.

Au cours de l'attaque aiguë d'ostéomyélite, il est assez fréquent que le processus ne reste pas cantonné à son foyer d'origine, qu'il s'étende à l'apophyse voisine, ou même à d'autres os, *à distance*. On conçoit bien que l'infection générale se localise en des points multiples d'emblée ou que la lésion primitive devienne une source de pullulations emboliques.

Plus fixe, plus stable, la forme chronique prête moins à ces divisions lointaines, et, au point de vue pathologique, elle ne représente qu'une survivance ou une reproduction *sur place* des agents pathogènes.

Pourtant on aurait tort de croire qu'il en soit toujours ainsi; alors même que la période aiguë est, depuis longues années, éteinte, il peut se créer, à distance, silencieusement, de nouveaux foyers, de nouvelles colonies de staphylocoques : c'est là ce qu'on pourrait appeler l'*ostéomyélite chronique prolongée à distance*.

En voici un exemple :

Il s'agit d'un grand jeune homme de vingt-trois ans qui, depuis l'âge de seize ans, est en proie à l'ostéomyélite. Une chute sur la jambe servit de signal aux accidents : un premier abcès se développe et s'ouvre à la région malléolaire externe, le gonflement gagne la moitié inférieure de la jambe, une seconde collection purulente paraît à la face interne du tibia, la cuisse droite se prend à son tour; enfin le malade entre à la Pitié, dans le service de M. le professeur Verneuil.

Il y resta deux ans et demi. Reprendre une à une toutes les phases de sa maladie serait inutile, l'histoire en est faite tout au long dans les *Mémoires de chirurgie* de M. Verneuil. Il fallut, à plusieurs reprises, trépaner le fémur droit, gratter et évider le tibia gauche; et ce double foyer ostéomyélique suppura longtemps. Ce qui compliquait la situation, c'est que chaque séance de chloroforme était suivie d'une albuminurie abondante, qui durait plusieurs jours. Le tibia finit par guérir, la fistule se cicatrisa; mais, malgré une seconde opération pratiquée en 1886, le malade quitta l'hôpital en 1887, avec un trajet fistuleux transpoplité, dans lequel on avait laissé un mince fil de caoutchouc. Bien que son genou ait gardé une raideur très marquée, il pouvait marcher et reprit son travail.

A l'heure actuelle, nous trouvons, à la face interne de la jambe gauche, une large cicatrice adhérente, et, sur la cuisse droite, au-dessous des condyles, deux orifices fistuleux, qui se correspondent et conduisent à une plaque osseuse dénudée. Mais, depuis, un autre accident s'est produit.

Il y a trois mois, sans aucune cause appréciable, notre malade ressentit quelques douleurs dans la région sacrée : un léger gonflement s'y développa et peu à peu acquit de l'extension. Aujourd'hui, c'est une collection arrondie, du volume d'une grosse orange, mais un peu étalée et aplatie, qui occupe la partie médiane de la région sacrée; rouge de surface, très nettement fluctuante, encerclée, surtout à sa partie inférieure, d'une sorte de rebord osseux, abrupt et irrégulier, elle a toutes les apparences d'un abcès froid. J'ajoute que la pression sur le sacrum n'était que fort peu douloureuse, et seulement sur une étroite zone, autour de l'abcès. Enfin, le toucher rectal ne révélait aucune lésion de la face antérieure de l'os.

De quelle nature était cet abcès, dont l'origine ostéo-périostique semblait évidente? L'examen bactériologique du pus devait nous le dire.

Notre collègue, M. le docteur Caussade, voulut bien se charger de cet examen. Une petite quantité de pus fut prélevée à l'aide d'une seringue de Pravaz stérilisée, et mise en culture. Ce pus était chargé de staphylocoques blancs et dorés. Deux tubes de gélatine inclinée, après ensemencement, fournissent, l'un une culture très pure et magnifique de « staphylococcus aureus », l'autre une culture mixte, très riche aussi, de « staphylococcus aureus » et « albus ».

On retrouvait donc là les agents pathogènes de l'ostéomyélite : c'était un *abcès ostéomyélitique*. On l'incisa; il sortit une certaine quantité d'un pus légèrement séreux, et, au fond de la cavité, on tomba sur l'os à nu; on dut pratiquer un léger évidement de ses couches superficielles et frotter aussi la coque de l'abcès, fortement épaissie et indurée. Sutures, drain. Quinze jours après, le malade nous quittait, conservant encore une petite fistule à la région sacrée.

A la preuve bactériologique s'ajoutaient donc les résultats de l'examen direct des lésions au cours de l'opération : l'abcès sacré relevait de la même cause que la fistule de la cuisse, c'était de l'ostéomyélite chronique prolongée, *à distance*. Et voilà une preuve de plus de la longue vitalité des virus. L'ostéomyélite ne diffère pas de toutes les grandes affections; l'organisme en reste imprégné, et, lors même que la lésion locale et primitive semble éteinte, d'autres foyers, lointains et disséminés, se créent sourdement. Il en est ici comme dans la tuberculose : les inoculations de Koch auront servi, du moins, à donner la consécration scientifique d'un fait, dès longtemps soupçonné par les cliniciens; maintes fois, sur des sujets en apparence indemnes, elles ont provoqué le réveil de foyers tuberculeux latents, brusquement démasqués. La pathogénie exacte de tous ces faits reste encore douteuse; mais déjà il est permis de les relier entre eux, de les classer, et, comme ici, dans *la forme chronique à distance* de l'ostéomyélite, d'y reconnaître la trace lointaine d'une même maladie.

HOTEL-DIEU DE CHARTRES. — M. Salmon.

Laparotomie chez un enfant âgé d'un jour pour une volumineuse éventration congénitale; guérison.

Nous avions attendu jusqu'à ce jour pour livrer, à la publicité, le fait que nous allons raconter et cela, pour ce double motif que mon collègue, M. Maunoury, s'était chargé d'en entretenir la Société de chirurgie et que je désirais la réunir aux observations plus ou moins analogues, disséminées dans les livres et dans les journaux.

Nous croyons qu'il est temps de rompre ce silence, après le récit fait dans le *New-York Med. Journ.*, publié également dans la *Gazette des hôpitaux* (3 novembre dernier), d'une laparotomie pratiquée par M. Hinkson pour un cas absolument identique, opération qui fut suivie également de succès. Il ne nous paraît pas douteux, en effet, qu'en présence des deux résultats favorables obtenus, les chirurgiens n'auront pas d'hésitation à imiter cette conduite, d'autant plus que nulle autre chance de salut n'existe, ici, pour le malheureux nouveau-né. Ajoutons que les faits d'exomphale congénital volumineux sont peut-être plus fréquents qu'on ne le suppose, puisque, dans notre pratique, nous l'observons pour la seconde fois.

Voici le récit succinct de notre observation de laparotomie pour exomphale congénital; nous le ferons suivre ensuite de quelques remarques.

Le 6 juillet 1891 naquit, en présentation cranienne, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Chartres, l'enfant Louise-Marie. Elle portait à la région ombilicale une tumeur fluctuante, du volume d'une grosse mandarine, à peu près transparente dans une grande partie de son étendue et comprise entre l'épanouissement très manifeste des vaisseaux ombilicaux. Le cordon complet se réunissait dans les trois quarts inférieurs de la tumeur et il avait été noué quelques centimètres au delà. L'enveloppe de cette tumeur avait le même aspect blanc nacré que celle du cordon, à l'exception d'un seul point d'un diamètre de 1 centimètre et demi environ, où son épaisseur était non seulement plus grande, mais ressemblait par sa couleur rosée soit à de la peau en voie de formation, soit à du tissu musculaire normal vu à travers une couche mince des tissus. A la base de la tumeur, se rencontrait, sans trace d'étranglement, la zone de peau qui constitue l'anneau ombilical dans l'état ordinaire, élargi toute-

fois régulièrement d'une étendue de 5 à 6 centimètres environ de diamètre. Cette tumeur n'avait pas, d'ailleurs, porté obstacle à l'accouchement, et celui-ci s'était effectué sans difficulté, chez une femme déjà mère une première fois.

Comme j'avais eu déjà l'occasion, ainsi que je l'ai dit plus haut, d'observer un fait du même genre, dont j'ai malheureusement perdu le dessin exact, je n'hésitai pas à indiquer la présence du foie dans la tumeur, au milieu du liquide ascitique facile à refouler qu'elle renfermait, et peut-être de quelques anses intestinales. Il n'était pas douteux, d'autre part, que les muscles droits embrassaient les côtés de l'exomphale et on les sentait même très nettement écartés immédiatement au-dessous.

Le lendemain, la tumeur présentait le même état que la veille, avec cette différence qu'un peu de dessiccation parcheminée commençait à se produire à sa surface, ainsi que sur le cordon lui-même, et je montrai l'enfant comme curiosité pathologique à M. Lelong, médecin de l'hôpital, et à M. Bouchard, un de nos confrères de la ville, présent, en ce moment, dans les salles. Ce fut lui qui m'invita à ne pas abandonner cet enfant à la mort qui le menaçait infailliblement et M. Lelong partagea son opinion. Je ne crus pas, néanmoins, devoir me ranger à l'avis de l'emploi d'un bandage compressif, la dessiccation de la surface de la tumeur devant, suivant moi, entraîner fatalement sa chute comme cela a lieu pour le cordon et, consécutivement, la mise à nu du foie et des intestins à travers une ouverture de 5 à 6 centimètres de diamètre. Nous fûmes alors tous trois d'avis d'une opération radicale, la laparotomie, devant consister en : ouverture de haut en bas de la tumeur, dans toute son étendue ; excision de la plus petite partie possible des bords de l'anneau cutané pour les aviver ; réunion par étages et par points séparés des parties molles profondes et de la peau, et, ces dispositions prises, l'enfant fut immédiatement emporté dans la salle d'opérations. Mon collègue du service de chirurgie, M. Maunoury, s'y trouvait, ainsi que M. Amiot, autre confrère de la ville, et l'opération projetée fut pratiquée de suite par M. Maunoury, très familiarisé depuis longtemps avec les règles les plus rigoureuses de l'asepsie et de l'antisepsie.

Retraçons, en quelques lignes, le manuel opératoire : lavage aussi complet que possible des parois abdominales ; enfant enveloppé de couvertures chaudes pour éviter tout refroidissement ; enfin, chloroformisation. Celle-ci était faite par M. Lelong, très habitué à cette anesthésie dans son service des enfants, à l'Hôtel-Dieu ; elle fut d'ailleurs très bien supportée et, sans elle, il eût été absolument impossible de maintenir dans l'abdomen les organes mis à découvert.

L'opérateur incisa alors l'exomphale dans toute sa hauteur, en dépassant seulement de 3 à 4 millimètres en haut et en bas l'anneau cutané de l'ombilic. Cette incision donna issue à une assez grande quantité de liquide ascitique teinté de sang et, de suite, apparut toute la face convexe du foie occupant toute la tumeur et, au-dessous de lui, une bride épiploïque du volume du petit doigt qui, partant de la face inférieure, allait s'attacher au point de la tumeur où nous avons signalé l'apparence rosée ci-dessus décrite. Une ligature perdue de soie phéniquée libéra cette bride très vasculaire, et immédiatement après le chirurgien put glisser sur le foie une compresse de gaze humide et chaude pour le protéger et le faire maintenir refoulé dans l'abdomen. Il traça ensuite, avec la pointe d'un bistouri, la ligne d'avivement de l'anneau cutané à 2 ou 3 millimètres de sa limite choriale, en excisa enfin les bords avec des ciseaux courbes et l'opération était terminée. Point ne fut besoin de faire la toilette du péritoine, il ne s'était écoulé que très peu de sang ; aucun drain ne fut jugé nécessaire et la compresse de gaze protectrice fut dégagée peu à peu à mesure que furent faites les six à sept sutures qui réunissaient les parties profondes, aponévroses et muscles, et les sutures superficielles, en nombre égal, qui rapprochaient et fixaient la peau. Dans la crainte de l'action nuisible de l'iodoforme sur la santé d'un aussi jeune enfant, le pansement fut réduit à de la gaze boriquée et à une couche très épaisse d'ouate hydrophile enveloppant le ventre et la poitrine.

Quant aux suites de l'opération, elles furent des plus simples. Deux ligatures seulement coupèrent la peau et suppurèrent légèrement dans la partie supérieure, vers l'épigastre, sur les pointes où les efforts les plus grands avaient été faits pour opérer un rapprochement complet. L'enfant, nourri au sein, était guéri le quinzième jour et, un mois après, il était hospitalisé et confié aux soins d'une nouvelle nourrice.

MÉDECINE PRATIQUE

Antisepsie de la bouche. — Chacun sait aujourd'hui que la bouche est une des régions de l'économie des plus riches en microbes de toutes sortes, qui trouvent, dans ce milieu chaud et humide, toutes les conditions favorables à leur développement et à leur multiplication rapide. Cependant, chose curieuse, l'hygiène de la bouche est à peine connue, les soins de propreté les plus élémentaires sont à peine pratiqués. Dans la classe pauvre, aucun lavage, aucun nettoyage. Chez la plupart des personnes aisées, un simple nettoyage avec une brosse imbibée d'une solution dite dentifrice, et c'est là tout. Aussi la carie dentaire se généralise avec une rapidité terrible ; et ce n'est guère que grâce aux pièces artificielles de nos dentistes, que l'on trouve aujourd'hui un rebord dentaire bien garni.

C'est qu'en effet, les soins hygiéniques habituellement pris pour assurer la propreté de la cavité buccale sont absolument insuffisants. Le liquide dentifrice employé, quelle que soit l'étiquette dont il se revêt, n'est, en général, qu'une solution alcoolique parfumée et colorée. Aussi le nettoyage à la brosse de la cavité buccale doit être considéré comme un acte purement mécanique : le parfum de l'eau employée étant destiné à masquer l'odeur désagréable qui peut persister dans la bouche après le nettoyage.

M. le docteur Thomas (1) étudie avec soin les moyens d'obtenir une bonne antisepsie de la cavité buccale. Suivant cet auteur, rien n'est plus simple.

Le savon employé sur la brosse constitue le meilleur agent de nettoyage, et cela, quelle que soit la variété du savon (savon blanc, savon de toilette, poudre de savon, etc.). Le frottement doit porter non seulement sur la face externe, mais sur toutes les autres faces des dents ; le mucus buccal est bien dissous et facilement entraîné par le savonnage, il se forme une mousse abondante qu'on enlève par le lavage.

Ce lavage doit être fait avec une substance antiseptique, parfumée ou non. M. le docteur Thomas a étudié l'action des antiseptiques à la dose où ils peuvent être facilement tolérés par la muqueuse buccale, et il arrive à conclure que l'acide borique à 3 p. 100, les solutions d'acide salicylique au trois-centième, d'acide phénique au centième, sont incapables de détruire les micro-organismes. Il conseille, d'après Miller, de s'en tenir à l'acide thymique à 1 p. 2500 et au sublimé à 1 p. 5000.

Le séjour d'une de ses solutions, pendant une minute, dans la cavité buccale, suffit pour détruire les micro-organismes. Voici les formules qui sont conseillées.

(1) Thomas. *Antisepsie de la bouche*, Paris 1891.

Formule n° 1 (1).

Acide thymique.	25 centigrammes.
Acide benzoïque.	3 grammes.
Teinture d'eucalyptus	15 —
Alcool	100 —
Essence de menthe poivrée . .	75 centigrammes.

Formule n° 2.

Acide thymique.	15 centigrammes.
Sublimé corrosif.	80 —
Acide benzoïque.	3 grammes.
Teinture d'eucalyptus	15 —
Alcool	100 —
Essence de menthe poivrée . .	75 centigrammes.

Il suffit de verser dans un verre d'eau le nombre de gouttes nécessaires pour produire un trouble. Entre les lavages, la brosse à dents doit séjourner dans un liquide antiseptique.

En pratiquant ce nettoyage de la bouche, non seulement le matin, mais aussi le soir en se couchant, la carie des dents serait à jamais évitée. Il est, en outre, évident que le lavage de la cavité buccale, à la fin de chaque repas, est une mesure hygiénique qui ne peut qu'être approuvée.

Traitement des diarrhées et de la dysentérie. — M. le docteur Maget, médecin de la marine française, qui a exercé six ans en Cochinchine et au Tonkin, préconise le traitement suivant dans la diarrhée aiguë ou chronique, dans la dysentérie et même le choléra.

Dans la *diarrhée aiguë*, on administre, le matin, à jeun, en une fois, 75 grammes de calomel. Le malade déjeune ensuite d'un bol de lait ou d'une tasse de thé. Si la diarrhée persiste encore le lendemain, on donne une potion au laudanum avec bismuth ou ratanhia.

Dans la *diarrhée chronique et la dysentérie*, le malade sera mis au régime lacté, que l'on modifiera, selon l'état des selles, au moyen des œufs, des féculents et des viandes grillées, et on donnera les pilules de Segond ainsi formulées :

Calomel	60 centigrammes.
Poudre d'ipéca	40 —
Extrait d'opium.	5 —

F. S. A. six pilules. — A prendre une pilule toutes les deux heures.

Dans les cas graves, M. le docteur Maget continue le traitement pendant quatorze ou seize heures, donnant ainsi sept à huit pilules, si elles sont bien tolérées. A mesure que les selles s'amendent, on diminue progressivement le nombre des pilules.

En général, les selles commencent à devenir consistantes, au bout de quarante-huit heures de l'emploi des pilules au calomel.

S'il existe des hémorrhagies, on emploiera des injections sous-cutanées d'ergotine. Les pilules devront être supprimées dès qu'on apercevra le moindre symptôme de stomatite mercurielle et on les remplacera par la potion suivante :

Racine d'ipéca. . . . . 3 grammes.

Faites infuser dans :

Eau . . . . 150 —

Ajoutez :

Laudanum de Sydenham.	20 gouttes.
Sirop simple	30 grammes.

(1) M. Dujardin-Beaumetz conseille une formule à peu près identique :

Eau	1 litre.
Acide borique	25 grammes.
Acide phénique.	1 —
Thymol.	25 centigrammes.

F. S. A. — A prendre une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Si besoin est, reprendre les pilules dès qu'on le pourra.

En cas de rectite, on prescrira les lavements suivants :

Acide borique	4 grammes.
Eau distillée.	150 —

F. S. A. — Pour un lavement.

Chez les sujets très sensibles à l'ipéca ou au mercure, notre confrère conseille de donner le calomel à dose massive et unique de 75 centigrammes, répétés tous les trois ou quatre jours.

Enfin, d'après M. Maget, ce même traitement rendrait de grands services dans la diarrhée prémonitoire du choléra, dans le choléra confirmé, lorsque les malades peuvent garder les pilules, enfin dans la période de réaction de cette maladie. (*Rev. de thérap. méd. et chir.*)

De l'antipyrine et de la résorcine dans le traitement de la coqueluche.—Le docteur Galvagno (de Catane), a eu l'occasion d'observer 448 cas de coqueluche au dispensaire de l'hôpital Victor-Emmanuel. 244 cas ont seuls pu être suivis jusqu'à la guérison qui, en moyenne, est toujours survenue dans les quinze jours qui ont suivi le traitement.

Le docteur Galvagno croit que les succès remarquables qu'il a obtenus sont dus à l'association de l'antipyrine et de la résorcine.

Voici la formule dont il s'est servi :

Eau distillée	100 grammes.
Résorcine, antipyrine	*ää* 1 gramme.
Acide chlorhydrique	x gouttes.
Sirop simple	30 grammes.

L'on peut, d'ailleurs, supprimer l'acide chlorhydrique et remplacer le sirop simple par du sirop de pin maritime.

Coqueluche et vapeurs d'iodoforme. — Le docteur C. Chibret signale, dans le *Répertoire de pharmacie*, l'influence heureuse qu'aurait la poudre d'iodoforme pour arrêter les quintes si tenaces de la coqueluche. D'après notre confrère, il suffirait, pour obtenir la disparition des quintes, de saupoudrer l'oreiller des enfants, d'iodoforme très finement pulvérisé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. B. Dupuy (de Mauriac), qui se porte candidat au titre de correspondant national (quatrième division);

2° Un travail de M. Poncet (de Lyon) sur l'uréthrotomie périnéale dans certaines variétés de rétrécissements de l'urèthre;

3° Une lettre de M. Mongo demandant que, chaque année, une liste contenant le pourcentage de la mortalité des enfants mis en nourrice soit affichée : 1° dans les chefs-lieux pour tous les départements; 2° dans les communes pour toutes les communes du département.

RAPPORTS

Eaux minérales. — M. **Albert Robin** lit une partie du rapport de la Commission des eaux minérales.

Épidémies. — M. **Léon Colin** donne lecture du rapport sur les épidémies.

Prix Civrieux. — M. **Blanche** lit son rapport sur le prix Civrieux.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant étranger dans la troisième division (médecine vétérinaire).

M. Degive (de Bruxelles) obtient 48 voix sur 51 votants.

En conséquence, M. Degive est proclamé élu.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie descriptive et dissection, avec un précis d'embryologie, la structure des organes et des tissus, avec des aperçus physiologiques et pathologiques (1), par J.-A. Fort, ancien professeur libre d'anatomie.

Quand un ouvrage d'anatomie est arrivé à sa cinquième édition, on peut dire que l'auteur a fait ses preuves. Ce qu'on doit exiger de lui, c'est qu'il offre au public médical un ouvrage digne de notre époque de progrès et au courant de la science. Il s'agit donc de savoir si M. Fort a mis son ouvrage au courant des progrès scientifiques.

Après avoir compulsé en son entier la cinquième édition de l'*Anatomie descriptive et dissection*, nous constatons avec plaisir que M. Fort a tenu ses promesses.

Depuis longtemps notre confrère avait été encouragé dans son enseignement et dans la publication de son ouvrage d'anatomie, par ses maîtres et par ses collègues.

Nous n'avons pas oublié les articles élogieux que la *France médicale* consacra à M. Fort, ni les paroles d'encouragement que lui prodigua M. le professeur Bitot (de Bordeaux), lors de la publication de la troisième édition.

L'ouvrage de M. Fort se fait remarquer, on le sait depuis longtemps, par une grande clarté et par une précision de description, appréciées, depuis longtemps, par des générations d'étudiants qui se sont succédé aux cours de l'École pratique de la Faculté de médecine.

Ces qualités, qui ont fait le succès des éditions précédentes, se retrouvent, nous en convenons, dans la cinquième édition de l' « Anatomie descriptive et dissection ».

Le deuxième volume, *Manuel de l'amphithéâtre*, est précieux en ce qu'il renferme tout ce qui s'étudie sur le sujet, à l'amphithéâtre, le scalpel à la main. Des tableaux synoptiques facilitent singulièrement l'étude de ce volume.

M. Fort a été heureusement inspiré en fondant dans ces dernières éditions ses « Leçons sur les centres nerveux » qui ont eu un succès si considérable. Cette dernière édition renferme, en outre, un chapitre des plus importants, dont nos étudiants tireront avantage, nous voulons parler du chapitre des microbes, dont l'auteur a résumé, avec clarté, les caractères anatomiques et physiologiques.

Nous approuvons complètement M. Fort, qui, dans sa préface, demande à ses confrères et aux élèves de lui signaler les erreurs et lacunes qu'ils pourront rencontrer dans son ouvrage. C'est de cette manière qu'on fait de bons livres, et nous engageons vivement les élèves qui liront ces lignes à se rendre au désir si légitime de l'auteur.

Nous sommes donc persuadés que la cinquième édition de l' « Anatomie descriptive et dissection » aura le même succès que les autres.

Dictionnaire de botanique (2), par M. H. Baillon.

Cet excellent Dictionnaire marche rapidement vers sa fin. Les vacances terminées, la maison Hachette, qui ne se repose jamais, avait placé cinq nouveaux fascicules sur notre bureau. Nous allons les parcourir avec nos lecteurs. Ces fascicules comprennent les mots PHYT à TRIX, et forment les fascicules 28 à 32.

Après avoir admiré la superbe chromolithographie représentant l'*Epiphyllum truncatum*, citons la fin de l'article considérable des *Phytocistes*; les articles consacrés aux *Racines*, à la *Reproduction*; signalons la chromo Colchicum autumnale, et constatons que le 3e volume du *Dictionnaire de botanique* est terminé sur ce 29e fascicule.

Avec le 30e fascicule s'ouvre le quatrième et dernier volume de l'œuvre. La chromolithographie nous donne le « Vanilla claviculata ». Les principaux articles sont : Sac embryonnaire et Sécrétion.

La chromolithographie Zygopetalon Mackaii ouvre le 31e fascicule. Signalons les articles Stomate et Symétrie florale.

Enfin, le 32e fascicule, dont la chromolithographie représente l'*Hibiscus militaris*, consacre une très intéressante étude à la Taxinomie, c'est-à-dire à tout ce qui est relatif au mode de groupement et de classification des végétaux. A recommander l'article Tige, véritable monographie, et l'article Tissu.

Nous croyons devoir appeler l'attention du lecteur sur ces articles traités avec la plus grande distinction, non que le directeur de cette œuvre considérable semble attacher une trop grande importance à ces travaux d'une certaine étendue. Il les juge certainement utiles à donner l'état de la science sur ces divers points, mais on sent, dans tout ce travail, la préoccupation d'accumuler le plus grand nombre possible de mots. C'est là la caractéristique de ce Dictionnaire, et c'est par là qu'il rend et rendra de véritables services. On se rendra compte du soin apporté à la rédaction de ce Dictionnaire, par ce fait que sur ces cinq fascicules, nous ne nous trouvons embarrassés que pour trois mots : *Securia*, *Sorba* et *Teriops*. Et encore ne faisons-nous ces trois critiques qu'avec la réserve la plus grande, ces mots pouvant être mal lus sur les étiquettes des collecteurs (Securia Burmanni, R. Br. — Sorba vaccifera, Gaud. et un Teriops de Schomburgk, recueilli à Adélaïde). Il y a, comme on le voit, plus d'éloge que de critiques dans cette observation, et il faut l'avoir, comme nous, interrogé sur mille points litigieux, pour bien apprécier la valeur de ce très utile *Dictionnaire*.

(1) 3 vol. in-12 avec 1 276 figures intercalées dans le texte. 5e édition. Prix : 30 francs. — Paris, O. Doin.

(2) Prix du fascicule : 5 francs. — Paris, Hachette et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Faure est nommé, après concours, prosecteur à l'amphithéâtre de Clamart.

— Le concours pour une place de chirurgien, à l'hôpital de Berck-sur-Mer, s'est terminé par la nomination de M. Ménard.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 octobre 1891, un concours s'ouvrira, le 16 mai 1892, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Clermont.

— Demain jeudi seront célébrées, à midi, en l'église Sainte-Clotilde, les obsèques de Mme Auburtin, femme de notre très honoré confrère le docteur Auburtin et fille de notre regretté maître le professeur Bouillaud.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur A. Jean, médecin-principal de la marine en retraite.

— Suivant l'état soumis au Conseil fédéral, l'effectif du corps de santé militaire de l'armée allemande pour 1892-1893 se compose de 1837 médecins militaires pour 486,983 soldats.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Pinard commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le vendredi 13 novembre, à neuf heures du matin (clinique Baudelocque, 123, boulevard de Port-Royal), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : lundi et vendredi, leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre, par le professeur; mercredi, leçon et opérations de gynécologie et de chirurgie infantile, par les docteurs Paul Segond et Kirmisson; mardi et samedi, leçons de

diagnostic obstétrical, par le docteur Varnier, chef de clinique, à quatre heures. Tous les jours, à cinq heures, cours pratique et manœuvres obstétricales par les docteurs Potocki, Lepage, Wallich et Bouffe de Saint-Blaise, répétiteurs. Visite tous les matins. à neuf heures.

— M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le samedi 14 novembre 1891, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Dans la première leçon, le professeur résumera la biographie et les œuvres de Thomas Sydenham.

— M. le professeur Le Fort reprendra son cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Pitié, le lundi 16 novembre 1891, à dix heures du matin, et le continuera les mercredis et lundis suivants, à la même heuèe.

Lundi, mercredi et vendredi, à neuf heures, exercices cliniques sous la direction du professeur, pour les élèves de quatrième et de cinquième années.

Les élèves qui désireraient y prendre part sont invités à s'inscrire auprès de M. le docteur Lejars, chef de clinique.

— M. le professeur Potain commencera son cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 17 novembre 1891, à dix heures, et le continuera les samedis et mardis de chaque semaine, à la même heure.

La visite des malades aura lieu à huit heures et demie du matin.

Leçons de séméiologie, par M. Vaquez, chef de clinique, les vendredis, à dix heures.

Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, tous les jours.

— M. le professeur Alfred Fournier commencera son cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 20 novembre 1891, à neuf heures et demie du matin (hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : les mardis, leçons au lit des malades; les vendredis, leçons à l'amphithéâtre (dix heures); les mercredis, conférences complémentaires par MM. les docteurs Darier, chef du laboratoire, Cathelineau, chef-adjoint, Morel-Lavallée, Feulard, Hudelo, Wickham, chefs de clinique, Trousseau et Hermet.

— POSTE MÉDICAL. — Très bon poste à prendre immédiatement à Sartilly (Manche); — S'adresser à Me Martin, notaire à Sartilly.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 133. — SAMEDI 14 NOVEMBRE 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 14 NOVEMBRE 1891. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Revue générale. La tétanie, par M. le docteur A. Rémond (de Metz), chargé du cours de pathologie générale à la Faculté de médecine de Toulouse. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

La tétanie.

Par le docteur A. Rémond (de Metz),

Chargé du cours de pathologie générale à la Faculté de médecine de Toulouse.

Il est difficile de donner une définition exacte de la tétanie; et quand, par exemple, M. le professeur Grasset nous dit que c'est une « névrose caractérisée par des crises intermittentes de contractures, frappant les extrémités », il ne met en relief qu'un des points du tableau, le plus important il est vrai. Si, en effet, pour Corvisart, pour Trousseau, la tétanie pouvait être considérée comme une entité morbide bien limitée, on verra que cette conception ne peut plus être admise aujourd'hui. La tétanie est une affection primitivement nerveuse, mais dans quelques cas seulement. Dans d'autres, elle semble être le résultat d'une intoxication; dans d'autres, encore, l'expression d'une modification purement physique de l'hydratation des tissus. L'anatomie pathologique, à peine ébauchée, ne permet ni d'en rattacher les symptômes à aucune lésion précise, ni de nier l'existence possible de quelque lésion caractéristique. Bref, nous ne pourrions conserver le qualificatif de névrose, qu'à la seule condition de ne considérer ce terme que comme l'expression de notre ignorance.

Les crises de contracture frappent les extrémités, mais nous verrons que les muscles du tronc, le diaphragme, le larynx ne sont pas épargnés. La sensibilité peut être atteinte; les malades présentent quelquefois des troubles vaso-moteurs. En un mot, la tétanie est un syndrome, d'étiologie obscure et multiple, dans lequel le système musculaire est le siège des principales manifestations morbides, manifestations dont l'allure générale est de procéder par crises; la terminaison est, le plus souvent, favorable.

I

Dance, en 1831, dans les *Archives générales de médecine*, décrivit le premier la tétanie comme une affection particulière. Steinheim avait, il est vrai, publié, un an auparavant, deux observations qui se rattachaient à la même maladie, mais il en avait fait une forme particulière du rhumatisme (hitziger rhumatismus). Avant lui encore, on trouve çà et là des descriptions de maladies bizarres, que l'on peut rattacher sans trop de peine au syndrome actuellement connu; telle est, par exemple, l'épidémie de Holstein (1717), citée par M. Raynaud. Mais Dance est le premier qui ait séparé et délimité nettement la nouvelle affection.

Depuis son travail jusqu'en 1857, la maladie fut considérée comme une *contracture essentielle*, et les auteurs en firent l'apanage de tel ou tel âge, de telle ou telle profession, selon le milieu nosocomial où ils recueillaient leurs observations. C'est ainsi que Tonnelé en faisait une maladie des enfants, Trousseau une affection propre aux nourrices. Plus tard, ce dernier revint de son erreur, et lorsque Corvisart eut proposé le nom de tétanie (1852), Trousseau l'adopta et rattacha l'ensemble des phénomènes morbides observés au rhumatisme. Mais, pour Trousseau comme pour les autres écrivains, la tétanie était une affection idiopathique; cette idée n'a, du reste, pas cessé d'avoir des défenseurs, et Schlesinger, en 1890, l'admet encore, partiellement du moins.

Cependant, en 1857, Rabaud soutint que « le spasme tonique des extrémités n'est point une maladie idiopathique, mais un symptôme toujours lié à une lésion ou à une irritation de la moelle ». Axenfeld défendit la même idée en 1865. Depuis cette époque, les observations suivies d'autopsie, et dans lesquelles on a rencontré des lésions de la moelle, se sont multipliées. Kussmaul (1873) Langhans (1874), M. Bouchut (1875), Schultz (1878), M. Brown-Séquard, M. Berger, Erb, Weiss (1883) ont décrit des altérations plus ou moins considérables du système nerveux central. Mais ces lésions sont très différentes les unes des autres; elles peuvent se rencontrer dans certains cas où la tétanie est restée absente.

Depuis les expériences de Schiff (1884), les observations de Palkson et de Weiss (1881), les recherches de Wagner (1884), les cas de Bircher, Hoffmann (1888), Horsley, Eiselsberg (1890), un certain nombre d'auteurs ont étudié et formé un groupe particulier avec les cas de tétanie qui traduisent un état spécial, la mucinémie, celle-ci étant une conséquence directe de l'ablation du corps thyroïde. D'autres, Jacksch en tête (1890), pour ne citer que les plus récents, en font une maladie infectieuse, et rappellent les anciennes épidémies de Belgique (1846), de Paris (1855), de Gentilly (1877), à l'appui de la thèse qu'ils défendent.

En résumé, si la tétanie, lors de son apparition dans le cadre de la pathologie, était considérée unanimement comme une affection essentielle, il existe aujourd'hui plusieurs écoles, qui tendent chacune à la rattacher à une ou plusieurs causes spéciales très différentes les unes des autres.

Parmi ces opinions différentes, il en est trois principales : la théorie nerveuse, la théorie thyroïdienne et la théorie infectieuse. A côté d'elles, il en existe un grand nombre d'autres, trop différentes et trop peu répandues pour figurer dans un historique forcément incomplet et que nous allons signaler en étudiant l'étiologie.

II

Les premiers auteurs qui s'occupèrent de la tétanie la rattachèrent au rhumatisme; Dance, Trousseau, voyaient dans l'étiologie *a frigore*, commune aux deux maladies, un lien qui les rattacherait étroitement. La nature, mieux connue aujourd'hui, du rhumatisme, permet de considérer ces auteurs comme les précurseurs de ceux qui attribuèrent aux symptômes qui nous occupent une étiologie infectieuse. Plus tard, Aran, Imbert-Goubeyre, Fleurot (1855) firent de la tétanie une complication de la fièvre typhoïde, Tonnelé, Rabaud, cherchèrent à établir une relation causale entre elle et la rougeole. La variole (Schulze), la grippe, un embarras gastrique fébrile, ont pu, à certains moments, être également incriminés dans la genèse de la névrose. Mais, dans d'autres cas, l'origine *a frigore* est discutable, la rougeole et la variole ont interrompu l'évolution d'une tétanie au lieu d'en provoquer l'éclosion; bref, les vraisemblances, fournies par quelques cas, disparaissent lorsqu'on envisage un plus grand nombre d'observations. Les auteurs, qui continuent aujourd'hui à croire à l'existence d'une infection dans la tétanie, au lieu d'en faire une manifestation secondaire au cours des exanthèmes ou de la fièvre typhoïde, la considèrent comme développée de toutes pièces dans certains milieux. On aurait déjà pu, en 1846, baser cette opinion sur un rapport de l'Académie de médecine de Belgique; il y était admis que les prisonniers convalescents de fièvre typhoïde, qui travaillaient à l'air échappaient à la maladie, tandis que ceux-là seuls en étaient atteints, qui restaient confinés dans l'atmosphère infecte de la maison de correction.

Depuis, la tétanie a eu, bien souvent, une allure épidémique. Trousseau en a relevé 40 cas dans la même salle; c'est à cette occasion qu'il en fit une maladie des nourrices, parce que beaucoup de femmes en train d'allaiter furent atteintes. Cependant, cette coïncidence de la tétanie et de la lactation n'a plus été observée depuis. En revanche, on a souvent rencontré des séries de cas qui appartenaient tous à un même groupe scolaire, à la même chambrée d'une caserne, à la même salle d'un hôpital. Ces cas semblent, en outre, faire éclosion de préférence à certaines époques de l'année. C'est en mars, en avril, qu'on les observe en plus grand nombre; les sujets atteints peuvent être antérieurement dans un état de santé parfaite, et si les malades, les convalescents présentent une moins grande résistance, il n'y a pas là de raison suffisante pour établir entre la tétanie et la maladie antérieure une relation de cause à effet.

Non seulement certains mois de l'année, mais certains âges semblent plus favorables à l'éclosion de ces accidents. C'est de quinze à dix-huit ans, chez les individus anémiques, vivant dans de mauvaises conditions générales, que l'on rencontre le plus grand nombre de cas, et les récidives ne sont pas rares.

Jacksch a essayé d'inoculer du sang de tétanique à des individus sains. Il n'a obtenu aucun résultat. Cela n'a pas découragé les partisans de l'infection. On ignore bien le bacille de la syphilis, s'écrie Schlesinger, sans paraître se douter que culture impossible ne veut pas dire inoculation impossible.

Si l'infection n'est pas microbienne, elle peut être, disent d'autres auteurs (Neusser, Jacksch), soit d'origine alimentaire, soit due à une intoxication dont l'agent est plus fréquemment transporté par certains objets. Et Jacksch s'appesantit sur le nombre des tailleurs et des cordonniers qui contractent la tétanie. Nous avons déjà expliqué comment Trousseau en avait fait une maladie des nourrices, sans plus de raison apparente.

Tout cela ne semble pas bien probant; les épidémies d'hystérie, de chorée, ont été quelquefois terribles, et personne n'a fait de ces névroses des infections. Les tétaniques peuvent, il est vrai, avoir de la fièvre, mais les variations thermiques indiquées par Jacksch sont faibles, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de la normale, et surtout elles sont très inconstantes ($\frac{9}{35}$). Nous ne leur attribuerons qu'une importance très restreinte dans le tableau général de la tétanie.

De tous les arguments donc que l'on a invoqués pour établir la nature infectieuse du mal, peu résistent à la critique. Ce sont, ou bien des interprétations vicieuses, des phénomènes absolument étrangers à la genèse de la maladie, telles, par exemple, les conditions professionnelles, ou bien des coïncidences, la tétanie apparaissant plus volontiers chez les individus débilités par une cause quelconque, surmenage, confinement, maladie antérieure, que chez des sujets absolument sains.

De même que l'étiologie infectieuse est au moins fort discutable, la théorie qui fait de la tétanie le résultat d'une affection thyroïdienne n'est vraie que dans un petit nombre de cas.

Schiff, et après lui Wagner, Languirico, Ewald, Fuhr, ont montré que, si l'on vient à enlever la glande thyroïde à des chiens ou à des chats, ces animaux succombent au bout de six jours en moyenne. Si l'ablation totale se fait en deux temps séparés par un intervalle d'au moins sept jours, les animaux deviennent apathiques, ils ont des accès de secousses fibrillaires dans les muscles, des parésies passagères dans les extrémités, des contractions cloniques et toniques. Ces crises durent une heure, une heure et demie, puis cèdent pour reparaître bientôt et se renouveler ainsi pendant un temps quelquefois très long.

Lorsque les deux temps de l'ablation sont séparés par un intervalle de vingt-huit jours, ou si on a préalablement greffé sur le péritoine des fragments de corps thyroïde, les animaux ne présentent point d'accidents.

Or, certains chirurgiens ont remarqué que la tétanie apparaissait fréquemment après l'ablation totale du corps thyroïde, et après que l'on eut invoqué les lésions des filets nerveux en général (Billroth-Schultze) et plus spécialement celles des filets sympathiques (Weiss), on en vint à incriminer la suppression de la glande elle-même.

Quel rôle joue cette suppression ? La cachexie strumiprive s'accompagne assez volontiers de tétanie. Celle-ci

manque dans le myxœdème, affection spontanée et dans laquelle le corps thyroïde ne disparaît que lentement (Bircher). La glande a-t-elle un rôle spécial sur le système nerveux ? Sécrète-t-elle une substance qui, empêchant la tétanie d'apparaître en temps normal, vient à manquer quand le corps thyroïde disparaît brusquement ? Au contraire, cet organe est-il le siège d'une destruction de produits toxiques, qui, accumulés dans le sang quand on l'enlève, provoquent des accidents nerveux, de même que l'éclampsie urémique résulte de la suppression du rein ? Cette dernière hypothèse semble la plus vraie. Eiselsberg a montré que, dans ces cas, la mucine s'accumulait dans l'organisme, et c'est à cette substance qu'il faudrait attribuer les accidents. Il y aurait une véritable mucinémie qui se traduirait par l'apparition du mucus en excès dans les sécrétions bronchiques, souvent exagérées comme quantités, dans les urines, dans la salive, dans le tissu conjonctif sous-cutané, dans le sang. La tétanie ne serait donc que le résultat, que l'expression de la mucinémie aiguë due elle-même à l'extirpation du corps thyroïde.

Ces expériences sont importantes, les faits qu'elles ont établis sont incontestables, les théories basées sur eux ont donc un fondement logique. Tout cela, cependant, ne fait que rendre plus difficile encore la conception de l'étiologie générale de la tétanie.

Le plus souvent, en effet, il n'y a pas de goître, ou s'il y en a on ne l'a pas enlevé ; le plus souvent, aussi, le cas est sporadique, non fébrile et ne peut rentrer dans aucun des deux groupes que nous venons d'établir.

Tels sont, par exemple, les cas dans lesquels le syndrome qui nous occupe s'est manifesté au cours d'une déperdition aqueuse considérable chez un cholérique, chez un malade auquel on vient de laver l'estomac. MM. Dujardin-Beaumetz (1884), Dreyfus-Brisac (1885), Martin (1887) ont cité des cas dans lesquels des malades atteints de dilatation d'estomac et ayant subi, du fait d'un sondage, une déplétion gastrique notable, avaient succombé plus ou moins vite à des accidents absolument identiques à ceux que Trousseau décrivait dans la tétanie rhumatismale.

On comprendrait assez facilement l'apparition de la tétanie dans la dilatation de l'estomac, sous l'influence de la résorption de produits fermentés, de toxines convulsivantes. Il est plus difficile de saisir la relation qui peut exister entre une déplétion gastrique un peu abondante et des accidents convulsifs, à moins cependant qu'ici, comme dans le choléra, la deshydratation plus ou moins passagère de l'organisme ne permette d'expliquer le phénomène tétanique. Cette interprétation, admise par Kussmaul, est difficile à soutenir. Le choléra sec s'accompagne de crampes, et dans les cas où il y a des selles diarrhéiques, celles-ci représentent toujours un volume de liquide plus considérable que celui qui se trouvait dans l'estomac des malades auxquels nous avons fait allusion. D'autre part, les manifestations convulsives du choléra se limitent aux crampes et ne vont qu'exceptionnellement jusqu'aux secousses convulsives ; il est au moins étrange de voir les effets diminuer d'intensité quand la cause s'aggrave. Ce ne sont pas, d'ailleurs, des toxines qui provoquent les accidents. On n'a pu en retrouver dans le contenu gastrique des malades examinés à ce point de vue. Ce n'est pas la perte de liquide, elle est plus forte dans le choléra où les accidents sont moindres. Quelle est donc la cause que nous pouvons invoquer ? De nombreux auteurs ont dit que, dans ces conditions, la tétanie était un phénomène réflexe, et ils ont cité ce qui se passe dans les cas d'irritation intestinale où l'on a vu les mêmes accidents être provoqués par des vers (Constant, Riegel, Gluginski) ou par de la diarrhée (Koppe, Bouchut, Potain, Kussmaul). Enfin, il semblerait que le péritoine puisse être le point de départ d'accidents analogues : MM. Legroux (1885), Muller (1888) en ont cité des observations.

Les causes que nous venons de passer en revue sont déjà bien nombreuses et bien diverses. On a encore invoqué comme étiologie l'état puerpéral, avec un rapport direct ou inverse entre l'abondance de l'écoulement lochial et l'intensité des accès ; les modifications menstruelles, l'apparition des règles, la dysménorrhée, l'aménorrhée ont été également mises en avant. De même encore, le mal de Bright, la dysentérie, toutes les affections cachectisantes (Muller, Raymond), telles que le purpura, le cancer, ont été invoquées. Enfin, les émotions morales vives, les traumatismes (Chwostck) qui ont précédé certaines attaques de tétanie, permettent de la considérer dans quelques cas au moins, comme une manifestation hystérique.

Telles sont les causes multiples qui peuvent être invoquées pour expliquer l'apparition des phénomènes tétaniformes. Très souvent ces causes n'ont d'autre valeur que celle du « post hoc, ergo propter hoc », et l'on sait combien on doit être circonspect en présence d'arguments de cette valeur.

Quoi qu'il en soit, nous devions faire connaître ce polymorphisme étiologique ; un mot suffit à le résumer ; nous ignorons tout, sauf peut-être ce qui se passe dans l'ablation du goître, et l'on pourrait, sans trop d'erreur, faire de ces cas chirurgicaux un groupe spécial. Comme on le verra, certains symptômes, l'évolution clinique, justifieraient encore cette séparation.

III

La tétanie classique — celle dont Trousseau nous a laissé une description si empreinte de son génie clinique, qu'en parler après lui est chose dangereuse — la tétanie est souvent précédée de phénomènes prodromiques. Le malade est mal à son aise, il est las ; si on l'interroge, il répond d'un air ennuyé et se plaint de céphalalgie et de parésie dans les membres. D'autres ont des fourmillements. On a noté quelquefois de l'amblyopie passagère, de la paresthésie cutanée, des douleurs névralgiques, etc. Plus près du moment où l'accès va se constituer, on trouve quelquefois des contractions fibrillaires dans les muscles. On a même signalé des cas où elles avaient duré fort longtemps. Elles peuvent provoquer un grincement de dents quelquefois fort intense ; enfin, elles présentent un caractère rythmique tout particulier, et, le pouls battant soixante-douze fois par minute, on observe, en général, une secousse fibrillaire toutes les quatre pulsations. Ces secousses peuvent, d'ailleurs, ou persister ou cesser pendant la crampe.

Ce phénomène, la crampe, annonce et constitue l'accès. Il débute presque toujours dans les membres supérieurs ; la main se place, selon la comparaison formulée par Trousseau, dans la position que lui donne l'accoucheur qui veut aller explorer le vagin et l'utérus ; dans d'autres cas, elle se ferme en recouvrant le pouce qui se colle contre la paume. L'occlusion peut être si forte que les ongles pénètrent dans la peau.

Presque aussitôt que dans le membre supérieur, la crampe se produit au niveau des jambes, les orteils s'incurvent vers la plante du pied; le gros orteil s'incline vers la ligne médiane.

Les deux côtés sont envahis; exceptionnellement, la crampe reste limitée à un membre inférieur ; plus exceptionnellement encore, elle prend la forme hémiplégique.

La contracture peut envahir les extenseurs, mais c'est là un phénomène rare; en revanche, elle ne se limite pas aux muscles des doigts et des orteils, mais les fléchisseurs de la main, le long supinateur, le biceps, le coraco-brachial peuvent être envahis. Aux membres inférieurs, le pied se mettra en flexion forcée sur la jambe, les muscles abducteurs contracturés rapprocheront et entrecroiseront les cuisses.

A un degré de plus, les masséters, les muscles de la langue, ceux de l'œil, le larynx, le diaphragme peuvent être envahis et chacun de ces groupes imprimera de par sa contraction un caractère spécial à la scène clinique. Les muscles grands droits peuvent être également le siège de la crampe; le phénomène n'épargnerait pas même les muscles lisses : Trousseau parle de cas où la vessie aurait été atteinte par le spasme.

Ces crampes durent plus ou moins longtemps, de quelques minutes à quelques heures. Elles ont débuté brusquement, elles peuvent cesser de même. Dans d'autres cas, l'accès se terminera lentement. En règle générale, il sera suivi d'une période de repos, de relâchement absolu, et cette accalmie complète qui le sépare des accès suivants est un des caractères importants de la tétanie. Cependant, les crises peuvent avoir un caractère subintrant, quelque chose comme l'état de mal épileptique; elles dureront alors un ou plusieurs jours, mais se termineront toujours par une période de calme, suivie par un ou plusieurs accès nouveaux; ceux-ci apparaîtront, soit à l'occasion d'une cause quelconque, telle que le froid, soit d'une façon périodique, rappelant l'intermittence de la malaria (Perrin). Au total, la maladie, qui se termine presque toujours d'une façon bénigne, durera de quelques jours à plusieurs mois ou plusieurs années.

Nous devons maintenant dire quelques mots d'un certain nombre de phénomènes particuliers à la tétanie, tels que le signe de Trousseau (1), le signe du facial, l'état de l'excitabilité électrique et mécanique des muscles et des nerfs, les modifications de la sensibilité, etc., facteurs qui sont d'autant plus importants qu'ils permettent, pour la plupart, d'établir le diagnostic d'une façon indiscutable, aussi bien pendant les accès que dans leurs intervalles.

Trousseau, ayant un jour observé que la compression produite par la bande de la saignée provoquait des crampes nouvelles chez un malade atteint de tétanie, mais à ce moment en état de calme, reprit cette expérience. Il arriva ainsi à démontrer qu'il suffisait « d'exercer une compression sur les membres affectés, soit sur le trajet des principaux cordons nerveux qui s'y rendent, soit sur les vaisseaux, de façon à gêner la circulation artérielle ou veineuse », pour faire, à volonté, reparaître les accès, alors même qu'ils auraient cessé depuis plusieurs jours. Tant que ce signe persiste, on peut affirmer que la guérison n'est qu'apparente.

(1) Schlesinger vient de faire paraitre, dans le *Zeits. f. Klin. Med.*, 1891, Bd. XIX, fasc. vi, un travail duquel il résulte que ce signe de Trousseau est seul absolument pathognomonique dans la tétanie.

Ce phénomène est, pour ainsi dire, constant ; la crampe apparaît dans le champ d'irrigation de l'artère comprimée après un temps variable : trente secondes à trois minutes; elle cesse quand on laisse la circulation se rétablir. Il est exceptionnel que l'on ne puisse la provoquer. Erb ne l'a vue manquer qu'une fois, Hoffmann prétend que son absence permet de supposer une anomalie vasculaire. Jacksch, Frankl-Hochwart l'ont également rencontré dans la presque totalité des cas qu'ils ont observés et on a simplement discuté l'origine et la nature du phénomène. Pour les uns, il est dû à l'anémie du territoire irrigué par le vaisseau que l'on comprime ou à l'accumulation de l'acide carbonique dans les tissus (Hoffmann). Pour d'autres, le signe de Trousseau est dû à une modification dans l'innervation du segment de membre. Cette modification serait due à la compression du réseau sympathique qui entoure l'artère (N. Weiss).

Les deux hypothèses peuvent être également admises. En dénudant le vaisseau, Frankl-Hochwart et Gærtner n'ont plus provoqué de crampes lorsque les nerfs sympathiques avaient été enlevés. Mais ils opéraient sur des animaux et la tétanie était due à l'ablation du corps thyroïde, circonstance qui suffisait peut-être à modifier considérablement les conditions de l'expérience. En tous cas, Kussmaul a vu la crampe se produire par compression de l'artère seule.

Le seul argument que puisse apporter la clinique dans ce débat, c'est la moindre intensité des crampes que l'on provoque par la compression des troncs nerveux seuls.

Le signe de Trousseau est absolument pathognomonique et permet de poser le diagnostic, même lorsque l'on n'a pas assisté à l'accès tétanique; mais, d'après Weiss, il disparaît quelquefois lorsque la maladie n'est pas terminée, et Hoffmann confirme cette observation. Sa disparition n'indique donc que la cessation de l'accès depuis un certain temps, d'ailleurs variable.

Presque aussi régulièrement que le signe de Trousseau, se produit ce que l'on appelle, en Allemagne, le *signe du facial*, dont la découverte et l'étude ont été principalement faites par Weiss et Chwostek. Lorsque l'on vient à percuter un point situé entre l'apophyse zygomatique et l'angle de la bouche, à peu près à distance égale, on observe une secousse brusque de l'orbiculaire des lèvres, des muscles zygomatiques et des muscles de l'aile du nez, du côté où la percussion a eu lieu. Dans certains cas, un simple frôlement suffit à provoquer le phénomène en question (Schultze).

Ce phénomène n'acquiert toute sa valeur que lorsqu'il est associé, dans la tétanie, au signe de Trousseau. Il serait exagéré de dire, avec Jacksch, que tout individu qui le présente est atteint de tétanie. En effet, Frankl-Hochwarth l'a vu manquer dans des cas où la tétanie était indiscutable et l'a trouvé, au contraire, chez des malades qui n'avaient jamais éprouvé la moindre crampe. Wölfler a noté sa présence chez des goîtreux, avant comme après l'extirpation de leur tumeur. On voit donc que son importance est moindre que celle du signe indiqué par Trousseau. Toutefois, s'il ne permet pas de poser un diagnostic avec une certitude absolue lorsqu'il existe à l'état de phénomène isolé, on se tromperait en ne le considérant pas comme un excellent signe de probabilité.

Nous devons maintenant dire quelques mots des modifications que présente, dans la tétanie, l'excitabilité mécanique et électrique des muscles, des nerfs moteurs et des nerfs sensitifs.

L'excitabilité mécanique des muscles est le moins étudié de tous les phénomènes appartenant à ce groupe. Les uns prétendent qu'il y a exagération, les autres affirment, au contraire, que les phénomènes observés ne dépendent pas de l'excitation musculaire, mais de l'excitation nerveuse qui l'accompagne forcément.

Cette dernière provoque, en effet, toujours des phénomènes beaucoup plus intenses pour un même choc ou pour un même courant que ce que l'on obtient sur l'individu sain. Cette hyperexcitabilité se vérifie à la fois par l'exploration galvanique et par l'exploration faradique des troncs nerveux, et quoi qu'en ait dit Franckl-Hochwart, la proportionnalité entre l'action des deux courants se maintient constamment. Cette hyperexcitabilité peut être considérable, la fermeture du pôle négatif peut s'accompagner de contraction tétanique avec un courant très faible.

Hoffmann signale, par exemple, une contraction tétanique à la fermeture du pôle négatif, avec 9 milliampères. De même la tétanisation à l'ouverture du pôle positif peut se produire avec 2 milliampères.

Tantôt cette contraction tétanique cesse rapidement; tantôt, au contraire, elle persiste et, après excitation de l'hypoglosse, on a pu voir la langue rester d'un côté en contraction tonique et présenter ainsi un aspect rétracté, dépoli, anémié, absolument spécial.

Certains nerfs échappent plus que d'autres à cet état morbide. C'est ainsi que la branche frontale du facial serait, d'après Schultze, plus rarement atteinte. Dans tous les cas, l'excitabilité exagérée disparaît d'abord dans les nerfs de la face, puis seulement dans ceux des membres. Elle peut, rarement il est vrai, manquer totalement; dans d'autres cas, les nerfs retrouvent leur excitabilité normale aussitôt que l'accès est fini ou très peu de temps après sa cessation (trois heures, Hoffmann).

Erb avait déjà signalé cet état spécial du système nerveux et, d'autre part, il avait formulé cette loi que les excitabilités des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs se modifient parallèlement les unes aux autres. Cette loi a été vérifiée par Hoffmann sur les nerfs sus-orbitaire, auriculaire, radial, cutané superficiel et saphène. Le malade atteint de tétanie et dont on excite ainsi les nerfs sensitifs décrit, exactement, leur champ d'innervation et cela même lorsque le courant employé est faible, et que l'intelligence du malade est peu développée. Le nerf se dessine douloureusement, s'il nous est permis d'employer cette expression.

Tels sont les différentes modifications, les phénomènes spéciaux que présentent les systèmes circulatoire et nerveux au cours de la tétanie. Il n'est pas rare de les voir accompagnés par des troubles vaso-moteurs, tels que du gonflement, de la rougeur, de l'œdème même, au voisinage des articulations, pendant l'accès; des sueurs très abondantes coïncident quelquefois avec la cessation des crises; dans certains cas, rarement il est vrai, on a pu noter une albuminurie passagère ou de la glycosurie, au moment même des accès (Miller). Les modifications thermiques, signalées par Jacksch, sont probablement du même ordre. Quand les accès se renouvellent fréquemment, on voit les ongles des mains tomber, puis repousser de nouveau (Meinert); quelquefois, il apparaît une coloration brune de la face et des mains, qui augmente à mesure que les crises se répètent. Nothnagel attribue cette pigmentation à un trouble du système nerveux; il y aurait peut-être lésion du sympathique, peut-être quelque chose de comparable à ce que l'on observe dans la maladie d'Addison.

Enfin, la sensibilité peut être modifiée soit objectivement, soit subjectivement. Certains malades accusent de violentes douleurs au moment de la crampe. Elles existent, mais moins accusées, dans la plupart des cas.

A côté de ces sensations douloureuses, et des fourmillements dont nous avons parlé en signalant les prodromes, il se produit souvent des paresthésies chez les malades atteints de tétanie. « Les malades, dit Trousseau, perdent la faculté d'évaluer le volume et la dureté des objets qu'ils prennent dans leurs mains et qui leur paraissent enveloppés dans une étoffe épaisse; s'ils posent leurs pieds à terre, il leur semble, suivant une comparaison qui leur est habituelle, qu'ils marchent sur un tapis. »

Manouvriez a étudié, d'une façon spéciale, ces troubles de la sensibilité dans la tétanie, et nous empruntons à M. Raymond une rapide analyse des travaux de cet auteur, d'après lequel on distinguerait :

1° La paralysie sensitive plus ou moins complète de la peau et des muqueuses, avec hyperesthésie de la peau plus accentuée dans une moitié latérale du corps, surtout aux membres inférieurs et principalement aux doigts de la partie interne de la main;

2° L'anesthésie des muqueuses linguale et staphylo-palatine, de la cornée et de la conjonctive oculaire;

3° L'analgésie ou hypalgésie à la piqûre ou à la brûlure de la peau, surtout à l'extrémité des membres inférieurs du côté gauche et au bord interne de la main;

4° Analgésie de la cornée, de la conjonctive oculaire et des muqueuses linguale et staphylo-palatine;

5° Athermesthésie et hypermesthésie, surtout aux membres supérieurs, rarement à la face et surtout à gauche;

6° Apallesthésie (insensibilité au chatouillement), unilatérale ou généralisée.

Ces troubles rappellent un peu ce que l'on observe dans l'hystérie; nous n'insisterons pas, d'ailleurs, le contrôle nous faisant, à ce point de vue, entièrement défaut.

IV

Tous les phénomènes que nous venons de décrire peuvent exister avec une intensité variable. C'est ainsi que l'on aura des cas de tétanie essentielle, légère et des cas moyens sans que, dans la majorité des cas, le pronostic implique une gravité très grande, au moins *quoad vitam.*

Il n'en est plus de même, lorsque la tétanie est consécutive à une extirpation du corps thyroïde, à une déplétion gastrique brusque, etc. Ces cas sont souvent mortels; ils présentent une symptomatologie un peu différente de celle que nous venons d'étudier.

Dans ces cas, les accès commencent, en général, par des crampes dans les mollets; puis apparaît de la raideur du visage, la bouche prend la forme d'un « bec de poisson » (Eiselsberg). Il y a de l'opisthotonos, de la contracture du diaphragme en expiration forcée, de la dyspnée; la syncope et la mort terminent souvent la scène.

C'est au cours de ces accidents que se produisent les catarrhes spéciaux, à liquides riches en mucine, et dont nous avons parlé plus haut.

La distinction est assez marquée pour que l'on ait décrit cette forme sous la rubrique de « pseudo-tétanie » et que certains auteurs, Schlesinger entre autres, se refusent abso-

lument à y voir quelque chose de comparable à la tétanie essentielle. Toutefois, l'existence des signes de Trousseau, de Weiss, les modifications de l'excitabilité, qui sont communes aux deux affections, ne permettent pas, croyons-nous, d'établir une différence aussi tranchée. L'étiologie obscure des cas dits essentiels, la netteté des causes de la tétanie thyroïdienne ne sont pas non plus des arguments suffisants pour établir cette distinction.

V

Il nous reste à dire quelques mots de l'anatomie pathologique. Celle-ci est fort obscure. On a décrit, et Trousseau un des premiers, des foyers d'hyperhémie de la moelle cervicale et de ses enveloppes; d'autres ont trouvé des foyers de ramollissement et de phlébite.

Langhans a décrit de la péri-artérite et de la péri-phlébite dans la commissure blanche et les cornes antérieures de la moelle cervicale, chez une femme de quarante-huit ans. Weiss, dans un cas où l'extirpation du goître avait été suivie de tétanie et où la mort avait terminé la scène au bout de deux jours, a décrit de l'hyperhémie de la substance grise et du gonflement des cellules des cornes antérieures. Dans un autre cas, où la survie avait été de cinq mois, il a trouvé du gonflement des cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle cervicale avec déplacement latéral du noyau. Il y avait des vacuoles dans le noyau et dans les prolongements cellulaires, d'ailleurs atrophiés. Les cylindres axiles des fibres radiculaires antérieures et leurs prolongements dans la substance grise présentaient des renflements fusiformes.

Mais M. Berger, dans trois cas, n'a pas trouvé de lésions; Schultze, dans deux cas, n'a rien trouvé, sauf un foyer scléreux peu étendu dans la moelle cervicale gauche d'un enfant.

Si nous remarquons, avec Billroth, que les cas de Weiss n'étaient pas purs, puisqu'ils étaient consécutifs à une ablation du goître; si, d'autre part, comme les auteurs n'indiquent pas le mode de durcissement employé, nous tenons compte des erreurs possibles du fait seul de la technique, nous verrons que ces lésions sont peu importantes et n'ont guère de valeur.

Reste donc la théorie de la névrose; autant dire que nous ignorons complètement où la lésion peut siéger et ce qu'elle peut être. Hasse, Niemeyer, Schultze veulent voir dans la tétanie une névrose périphérique; M. Brown-Séquard lui attribue un point de départ médullaire. Erb, M. Berger, Kussmaul soutiennent qu'il s'agit d'une lésion centrale. D'autres, enfin, en font une névrose du grand sympathique. Cette divergence d'opinion suffit à elle seule pour indiquer la valeur de chacune d'elles.

VI

Le pronostic est variable. Bénin, lorsque la tétanie survient chez un adulte, sans cause nette, il est, au contraire, assez grave quand le malade est un enfant. La mort survient, en général, par suite de l'asphyxie diaphragmatique. Plus grave encore quand il s'agit d'un malade porteur d'une affection stomacale, ou qui a subi l'extirpation du corps thyroïde, la maladie, même bénigne, laisse quelquefois après elle des atrophies musculaires, des paresthésies douloureuses, de la raideur des jambes, bref des troubles de la motilité qui ne manquent pas de présenter une certaine gravité.

La thérapeutique est éminemment symptomatique. Les narcotiques, le bromure de potassium à haute dose, les bains chauds, le repos au lit, quelquefois une électrisation modérée en feront tous les frais dans la plupart des cas. Dans d'autres, dans la tétanie réflexe, par exemple, un anthelmintique administré à propos pourra faire cesser les accidents. Dans d'autres encore, on emploiera le traitement du rachitisme, ou de l'anémie.

Lorsqu'il s'agit d'individus atteints de tétanie à la suite d'une ablation du goître, l'hygiène jouera le principal rôle. Il faut entretenir avec soin les fonctions de la peau, faire transpirer fréquemment le malade, user largement des laxatifs, des diurétiques, de la pilocarpine.

On évitera avec soin les refroidissements, et, enfin, on supprimera autant que possible les aliments carnés. C'est le régime des végétariens, qui, commencé avant l'opération, et continué rigoureusement après, semble placer le malade dans les meilleures conditions de résistance à cette auto-intoxication bizarre, la mucinémie.

Bibliographie. — Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* — Kussmaul. *Berl. klin. Wochens.*, 1871-1872. — Raymond. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Tétanie. — Erb. *Arch. f. psychiatrie U. Nervenkrankheit.* 4, S. 27, 1873. — Weiss. *Sammlung klin. Vortrage de Volkmann*, n° 189, 1881. — Chvostek. *Wiener Med. Presse*, 1878. — Hoffmann. *Arch. f. klin. Med.*, 1878, 42, S. 53. — Frankl Hochwart. *Archiv. f. klin. Med.*, 42, S. 21, 1888; 44, S. 429, 1889. — Schultze. *Deuts. Med. Wochens.*, n° 20-21, 1882. — Eiselsberg. *Ueber Tetanie Med. Kropfoperationen*, Wien Hœlder, 1890. — Lœb. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1889, n° 46. — Wœlfler. *Archiv. f. klin. chir.*, 40 Bd., 2 Hft., 1890. — Ewald. *Berl. klin. Wochens.*, 1887, n° 11. — Schiff. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1884. — Jacksch. *Zeits. f. klin. Med.*, 17 Bd., supp. Hft. 1890. — Schlesinger. *Allgem. Wien. Med. Zeit.* xxxv, année 1890.

Les noms cités, qui ne sont pas indiqués ici, l'ont été d'après les auteurs ci-dessus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 11 novembre 1891, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Collin (H.-E.), pour l'hôpital militaire de Lille; — Billet (J.-V.), pour le 5e du génie; — Blanc (H.-J.), maintenu au 27e d'artillerie; — Klein, pour l'hôpital militaire de Sedan (médecin-chef); — Letellier, pour le 115e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Spite, pour le 45e d'infanterie; — Tisserand, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— *Hôpitaux de Nantes.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Olgiati, Mercier, Gourdet, Loréal, Aubineau, Picot, Roy, Bureau et Malherbe.

Internes provisoires : MM. Mével, Groleau, Martin, Mignin, Trémant et Mahé.

Externes : MM. Mouillé, Aubry, Brecboteau, Chupin, Raingeard, Diet, Savatier, Pichot, Gobillot, Bramel, Ozo, Thébaud, Hugé, Rabineau, Augé, Sainz et Bertin.

— *Hôpital civil de Mustapha.* — MM. Vérité, Narboni, Goinard, Can et Massonet sont nommés internes de première classe.

M. Bouzian a été proclamé lauréat de l'internat (prix Poisson), ce qui lui donne le grade d'interne de première classe.

— *École de médecine de Nantes.* — Ont été proclamés lauréats de

l'École, pour l'année scolaire 1890-1891, les élèves en médecine dont les noms suivent :

Première année : premier prix, M. Hugé ; deuxième prix, M. Ozo ; premier accessit, M. Augé ; deuxième accessit, M. Sainz ; mentions, MM. Sourisse et Dauriac.

Deuxième année : premier prix, M. Mercier ; deuxième prix, M. Aubineau ; accessit, M. Aubry ; mentions, MM. Diet et Mouillé.

Troisième année : premier prix, M. Groleau ; deuxième prix *ex æquo*, MM. Gobillot et Jousseaume.

Concours de clinique : premier prix, M. Guilbaud.

— M. le docteur Madeuf, bi-licencié ès sciences, commencera, le mardi 17 novembre, à huit heures du soir, à l'École pratique de la Faculté, un cours sur les maladies du nez et de leur rapport avec les affections de la gorge, des oreilles, du larynx, etc. Le lendemain mercredi, conférence pratique, examen et présentation de malades.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

41

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........................		
Chlorure de sodium................		
Matières organiques................		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

60

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

77

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

29

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau ; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

55

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE: Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

177

DYSPEPSIES — GASTRALGIES

PEPSINE BOUDAULT

« *En prescrivant simplement : Pepsine, le* « *pharmacien est obligé de ne donner que celle* « *du Codex. Cette pepsine ne doit peptoniser que* « *20 fois son poids de fibrine, tandis que la* « **Pepsine Boudault** *peptonise* **50 fois** *son* « *poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex ne « doivent peptoniser que la moitié de leur poids « de fibrine, tandis que le **Vin** et l'**Elixir de** « **Pepsine Boudault** peptonisent **deux fois** « leur poids de fibrine, soit **quatre fois plus.** »

34

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Prix : 4 fr. le flacon.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

44

TRAITEMENT INTENSIF de la TUBERCULOSE

par la méthode des injections sous-cutanées.

La maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris, a l'honneur d'informer le corps médical qu'elle tient à sa disposition les produits ci-après, tels qu'ils ont été préparés dans son laboratoire pour les expériences faites d'après cette nouvelle méthode.

Le nom et la marque de ces préparations ont été déposés.

HUILE CRÉOSOTÉE alpha

en flacons de 250, 500 et 1000 grammes.

HUILE GAIACOLÉE alpha

en flacons de 250, 500 et 1000 grammes.

FORMULE :

Huile neutre et stérilisée..... 14
Créosote alpha ou gaïacol alpha. 1

La Maison fournit également le **Gaïacol alpha** et la **Créosote alpha** en nature, par divisions variant de 30 grammes à 1 kilogramme.

4

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES.

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, phen à Paris, et toutes les phies de France et de l'étranger.

Paterson

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oradges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

69

LE QUINA RAGOUCY

Elixir à base d'Extrait de quinquina, est riche en alcaloïdes et renferme les principes tanniques complètement inaltérés. Cet agent de tonification agit efficacement dans tous les cas d'*anémie*, sans amener de *constipation* ni de *maux d'estomac*. — **4 fr. 25.**

Se trouve dans toutes les Pharmacies. — Paris, Pharmacie, 13, boulevard Haussmann.

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : DE 1 A 4 CUILLERÉES A SOUPE DANS UN PEU D'EAU.

Phie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50 et 100g.**

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

46

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie,** *la* **dyspepsie atonique,** *les* **fièvres intermittentes,** *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.**—Dépt: VERNE, phien, Grenoble (France), et ds les princip. phies de France et de l'Étranger.

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

74

OREZZA EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE GAZEUSE

CHLORO-ANÉMIE — GASTRALGIES

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — Ouverture du cours d'Histoire de la médecine. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. Leçon d'ouverture. — MÉDECINE PRATIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 16 novembre 1891.

La commission sénatoriale, chargée d'étudier le projet de loi voté par la Chambre des députés sur l'exercice de la médecine, vient de tenir plusieurs séances, sous la présidence de M. Cornil.

Les conseils généraux qui, on ne sait trop pourquoi, avaient été consultés au sujet du maintien ou de la suppression des officiers de santé, ont tous donné leur avis, sauf celui de la Seine et de la Charente-Inférieure. Vingt-cinq départements sont favorables au maintien de l'officiat; les uns se prononcent nettement, d'autres ne le font que sous une forme dubitative. Mais il y a, y compris Oran et Constantine, soixante-cinq départements qui demandent la suppression des officiers de santé.

La commission ne pouvait que se soumettre à l'avis qu'elle avait sollicité; aussi, par cinq voix contre deux (deux membres étant absents), la suppression de l'officiat a-t-elle été votée.

L'article 1er du projet de loi n'a cependant pas été adopté dans tous ses termes par la commission sénatoriale, et il a été ainsi modifié :

Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est muni d'un diplôme de *docteur en médecine*, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État (*Facultés, Écoles de plein exercice et Écoles préparatoires réorganisées par décret*).

Aussi la Commission a-t-elle ajouté :

Les douze premières inscriptions pourront être prises et les deux examens probatoires subis devant une école préparatoire organisée conformément au décret ci-dessus.

Il ne faut pas être grand clerc pour deviner à quels mobiles a pu obéir la Commission sénatoriale. La suppression de l'officiat étant chose inévitable, maintenant que les conseils généraux ont parlé, il a fallu tenir compte du tort considérable que cette suppression allait occasionner aux écoles de plein exercice et aux écoles préparatoires. C'était la ruine immédiate et absolue de nombre d'entre elles. Le paragraphe additionnel est une trouvaille qui permet de les faire revivre.

On doit réorganiser ces écoles pour les mettre à la hauteur de leur tâche nouvelle. Comment les réorganisera-t-on ? Quelles réformes va-t-on apporter dans leur fonctionnement? De tout cela pas un mot!

Nous pensons que la préoccupation de ne pas déplaire aux écoles de médecine a trop uniquement guidé les membres de la Commission sénatoriale. Que les inscriptions puissent être prises devant une école médicale préparatoire ou de plein exercice, nous n'y voyons aucun inconvénient; mais que les examens définitifs puissent y être subis, c'est là une tout autre question.

Nous ne comprenons pas tout d'abord pourquoi les professeurs des écoles seraient reconnus compétents en anatomie, en histologie et en physiologie, et déclarés incompétents en pathologie. Il nous semblait que les professeurs des écoles étaient des praticiens instruits, savants même, mais qu'ils étaient surtout des pathologistes bien plus que des anatomistes et des histologistes, et que, parmi eux, il serait difficile de trouver, dans *toutes les écoles* du moins, des anatomistes non seulement compétents, ce qui, à la rigueur, pourrait se faire, mais des hommes pouvant se consacrer à l'enseignement de l'anatomie et sacrifier tout ou partie de la clientèle. Il faudrait alors, pour réorganiser véritablement, frapper à la caisse du ministère des Finances et payer ces professeurs suffisamment pour les désintéresser.

Une réforme qui nécessitera une augmentation de dépenses a-t-elle grande chance de réussir; et poser la question n'est-ce pas la résoudre ?

Nous comprenons, pour notre part, que le législateur se soit inquiété du sort des écoles secondaires, ce n'est là que justice. Mais puisqu'on voulait augmenter leurs attributions, relever leur prestige, les transformer, il fallait, dans les réformes proposées, s'inspirer de leur titre d'École *préparatoire*, et leur accorder toutes les inscriptions et tous les examens, mais à condition que ces examens ne soient pas définitifs, qu'ils répondent à l'ancien examen de fin d'année, si malencontreusement abandonné. Demandez aux professeurs des Facultés ce qu'ils pensent du niveau des examens de doctorat, maintenant que ces examens constituent l'unique épreuve d'après laquelle un candidat est définitivement déclaré anatomiste, médecin, chirurgien ou accoucheur? En troisième année, les trois quarts des étudiants ont oublié déjà les os et les articulations qui faisaient l'*a b c* de l'examen précédent. Pour notre part, nous regrettons vivement, au point de vue des études médicales, la suppression de ces examens de révision qui permettaient

aux juges de s'assurer de l'instruction générale du futur médecin.

L'étudiant qui, en cinquième année, revoit son anatomie, la revoit avec d'autres yeux, la comprend autrement que ne la comprend un étudiant de deuxième année.

Il a étudié la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et telles données anatomiques qui, au début de ses études, lui semblaient arides et sans intérêt, lui apparaissent, maintenant, sous un tout autre aspect. Il voit mieux, il comprend mieux les choses, il fait un choix, une sélection dans ce qu'il lui faut savoir et retenir ; et, contrairement à l'élève de deuxième année, pour qui tout est nouveau et théorique, pour qui tout est sur le même plan, l'étudiant, presque docteur, revoit en médecin ce qu'il avait étudié en élève.

Rétablir les examens de fin d'année, autoriser les étudiants à les subir devant toutes les écoles, réserver aux Facultés les examens de doctorat tels qu'ils étaient autrefois, ce serait pour les études médicales une bien profitable réforme.

Samedi soir, M. le professeur Laboulbène a ouvert son cours de l'histoire de la médecine. La première leçon devait être consacrée à Thomas Sydenham. Sur le tableau étaient reproduites la liste des œuvres du grand médecin anglais, les armes de sa famille et la formule du célèbre laudanum. Sur la table étaient disposées les principales éditions des œuvres de Sydenham.

Suivant la coutume, le professeur a consacré d'abord quelques mots à notre Faculté, en ces termes :

Messieurs,

En ouvrant aujourd'hui le cours d'Histoire de la médecine et de la chirurgie, je suis heureux de vous dire que la Faculté, si cruellement éprouvée l'année dernière, n'a perdu aucun de ses professeurs. Mais une satisfaction n'est presque jamais complète, et notre cher collègue, M. Jules Regnauld, va quitter son enseignement de pharmacologie. Vous connaissez M. Regnauld ; il aura été un des maîtres les plus occupés, les plus aimés et les plus suivis. Dès le début, physicien distingué, puis, dans toutes les positions élevées qu'il a si bien remplies, soit comme professeur, soit comme directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux, etc., il s'est montré à la hauteur de sa tâche souvent difficile et délicate. C'est en plein succès professoral qu'il descend de sa chaire; la Faculté ne saurait oublier les services qu'il a si constamment et si longtemps rendus ; nos vives sympathies, vos regrets et les nôtres l'accompagnent. M. Regnauld va présider l'année prochaine, après M. Tarnier, l'Académie de médecine, et là encore, nous le retrouverons utile à la science par son zèle, son urbanité, sa droiture.

Je tiens à vous signaler, parmi les Congrès qui ont eu lieu et en première ligne : le Congrès international d'hygiène et de démographie de Londres, où nous avons été si parfaitement représentés par le délégué pour la France, notre cher doyen, M. le professeur Brouardel. Puis, le Congrès parisien de la tuberculose, celui des médecins aliénistes, à Lyon et la vingtième session de l'Association française pour l'avancement des sciences, tenue à Marseille.

Dans la deuxième session du Congrès pour la tuberculose, MM. les professeurs Verneuil, Grancher, Cornil, Lannelongue, etc., ont fait part de leurs recherches. L'étude des questions relatives à la tuberculose, surtout à la prophylaxie, est tellement à l'ordre du jour qu'elle est revenue au Congrès de Marseille. Tandis que la tuberculine, dont je vous ai, ici même, exposé la grandeur et la décadence a fait son temps, on s'occupe de plus en plus, suivant une heureuse expression de M. Verneuil, « du virus de Villemin » et de ses effets. Le rôle majeur des matières solubles produites par les micro-organismes s'affirme de plus en plus.

La Faculté, mettant à profit toutes les ressources dont elle dispose, s'efforce de vous donner l'instruction la plus complète et la plus forte, par ses cours théoriques magistraux, par des cours et conférences complémentaires. Les cliniques générales et spéciales, tous les exercices pratiques fonctionnent régulièrement. Nos laboratoires peuvent rivaliser avec les meilleurs par les résultats qu'ils donnent; il me suffit de vous indiquer ceux de MM. les professeurs Bouchard, Cornil, Straus, Charles Richet, Mathias-Duval, etc. Ces laboratoires s'ouvriront pour ceux de vous qui voudront aider les maîtres dans leurs recherches.

Encore deux bonnes nouvelles : notre grand amphithéâtre, où l'incendie avait détruit, il y a deux ans, les peintures remplaçant les fresques primitives de l'Académie de chirurgie, va recevoir une décoration importante. Un artiste consciencieux doit reproduire, avec des personnages habilement groupés, l'évolution des sciences médicales à travers les âges.

Enfin, le vaste local de la nouvelle bibliothèque en façade sur le faubourg Saint-Germain, et si longtemps inoccupé, est en voie d'appropriation complète. Encore quelques semaines, et il sera mis à la disposition de nos chers élèves et des travailleurs toujours si nombreux.

Ce n'est pas sans peine que notre doyen, secondé par un architecte alerte et novateur, a pu venir à bout de l'immobilité à laquelle nous semblions condamnés. J'adresse mes vives félicitations à M. le doyen et à son aide.

Messieurs, le cours de cette année comprendra l'histoire des maladies parasitaires. Je m'occuperai principalement de celles qui sont causées par les animaux, M. Raphaël Blanchard, agrégé, étant chargé de vous présenter les désordres résultant des végétaux inférieurs. Vous apprécierez les progrès accomplis depuis le moment où les parasites ont été soupçonnés, puis reconnus ; les erreurs auxquelles ils ont donné lieu, le traitement, d'abord incertain, puis efficace qui résulte de leur détermination exacte, de leurs mœurs et de leurs transformations parfois si étranges, en un mot de leur véritable rôle pathogénique.

J'ai l'habitude, dans la première leçon, de vous présenter tantôt la biographie d'un homme illustre, tantôt de vous faire l'historique d'une époque ou d'une institution remarquable. Aujourd'hui, je veux vous parler d'un praticien et d'un auteur anglais des plus célèbres, de Thomas Sydenham.

On sait avec quel zèle M. le professeur Laboulbène dirige son cours de l'histoire de la médecine. Infatigable, animé d'une foi profonde dans l'utilité de son enseignement, il sait faire partager sa foi aux élèves d'élite qui le suivent. Grâce à lui, un grand nombre de travaux historiques sont venus, dans ces dernières années, enrichir notre littérature médicale. De ces monographies historiques, une des plus remarquables est celle que M. le docteur Frédéric Picard a publiée le 14 février 1889, année du bi-centenaire de la mort du grand médecin anglais (1).

Il est très intéressant de suivre notre confrère franchissant le Détroit, compulsant les registres des visiteurs de l'Université oxfordienne de Burrows, les manuscrits de Locke et tous les documents qui peuvent éclairer cette grande figure médicale; nous rapportant enfin le très beau portrait de Thomas Sydenham, d'après la peinture du chevalier Lély.

Telle est la manière dont les élèves de M. le professeur Laboulbène profitent de son précieux enseignement. Aussi le maître a-t-il fait l'honneur à son élève de choisir, pour sa

(1) *Sydenham, sa vie, ses œuvres (1624-1689), étude historique*, par Frédéric Picard, docteur en médecine de la Faculté de Paris. — In-8°. Paris 1889, Lecrosnier et Babé.

leçon d'ouverture, Thomas Sydenham, et de signaler avec la plus grande bienveillance tout ce que l'on doit aux recherches de M. le docteur F. Picard.

Nous avons, donc, vu repasser devant nos yeux cette « tête ronde » qui devait remplir l'Univers de son nom. Nous l'avons suivi dans ses études, ses voyages, ses amitiés et ses luttes. Nous l'avons retrouvé en proie aux souffrances qui nous ont valu son immortel « Tractatus de Podagra et Hydrope »; avec lui, nous avons assisté à la peste de Londres de 1665; à la défaillance « galénique » dont il s'accuse lui-même; au bien-heureux incendie qui, de la ville empestée, permit de faire une ville où devait triompher l'hygiène.

Chemin faisant, M. le professeur Laboulbène a eu la bonne fortune de nous montrer par un texte précis que Thomas Sydenham avait bien visité Montpellier, — point resté jusqu'ici à l'état de simple légende.

En résumé, cette leçon d'ouverture si intéressante, si remplie de faits curieux et de rapprochements avec les doctrines de nos jours, a été fort goûtée de l'auditoire et explique l'action exercée par le professeur sur la rénovation de nos études d'histoire médicale.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. TARNIER.

Leçon d'ouverture.

(Recueillie et rédigée par M. TISSIER, chef de clinique.)

Depuis le 1er novembre, me voici de retour au milieu de vous, heureux de pouvoir vous être utile en vous initiant aux innombrables détails de la clinique, et en vous aidant à observer les faits tels que le hasard nous les offre, tantôt simples, tantôt compliqués et graves. Voulez-vous avoir la preuve de la multiplicité de ces faits? Il me suffira d'énumérer les observations que vous avez pu recueillir depuis le 1er novembre, c'est-à-dire en neuf jours seulement: accouchements normaux, 31; accouchement provoqué, 1; délivrances artificielles, 3; forceps, 3; basiotripsie, 1; mort subite, 1.

Avec une telle variété nous sommes, chaque jour, absorbés pour ainsi dire par l'analyse attentive des faits cliniques; mais cette analyse, malgré l'intérêt qui s'y attache et nous captive, ne suffit pas. Il faut encore que nous puissions comparer entre eux les différents cas, afin de tirer de leur ensemble d'utiles déductions. Avec l'analyse clinique quotidienne, l'étudiant apprend à connaître les difficultés de sa future profession et se prépare à devenir un médecin habile et utile à ses malades. Avec l'ensemble et la synthèse des faits, la science s'élève au profit de tous.

Aujourd'hui, je veux aborder la synthèse clinique de mon service en faisant rapidement la revue des faits principaux qui s'y sont produits, pendant l'année scolaire qui vient de s'écouler, c'est-à-dire du 1er novembre 1890 au 1er novembre 1891.

Pendant cette période il a été fait 1340 accouchements. Mais quelle a été la mortalité des femmes? J'y arrive immédiatement, car c'est la question dominante: nous avons enregistré 14 décès. Pour vous faire bien comprendre la portée de ce chiffre, je suis obligé d'évoquer quelques chiffres rétrospectifs.

Il y a trente ans, à la Maternité où la mortalité était alors de 9 p. 100, on eût enregistré 120 décès sur 1340 accouchements. Il y a huit ans seulement, ici même où la mortalité était encore de 2,50 p. 100, nous aurions eu 33 décès sur 1340 accouchements. Cette année, avec ce même chiffre d'accouchements, nous n'avons eu que 14 décès, c'est-à-dire une mortalité de 1,04 p. 100, et ce n'est pas un chiffre exceptionnel, car en 1889 la mortalité avait été moindre encore, notablement au-dessous de 1 p. 100.

Que les temps sont changés! Pourquoi cette différence?

Autrefois les femmes qui mouraient pendant leurs suites de couches pouvaient être réparties en deux groupes: 1° celles, relativement en petit nombre, qui succombaient par le fait d'accidents de l'accouchement (ruptures utérines, hémorrhagies, convulsions éclamptiques, etc.), 2° celles, beaucoup plus nombreuses, qui mouraient emportées par l'infection puerpérale.

La mortalité se composait en grande partie des malheureuses femmes appartenant à cette deuxième catégorie. Pour vous en donner une idée, il me suffira de dire que j'ai vu à la Maternité, dans une seule journée, cinq femmes mourir de péritonite puerpérale.

Aujourd'hui, la petite part, celle du premier groupe, n'a pas disparu, et ne disparaîtra probablement jamais. En effet, pour les grands hôpitaux d'accouchements, comme le nôtre, il y a un drainage qui y amène presque tous les mauvais cas de la ville. Une femme est-elle atteinte d'hémorrhagies menaçantes produites par l'insertion vicieuse du placenta, on nous l'envoie. Une version a-t-elle été impossible, a-t-on échoué dans une application de forceps, prévoit-on des attaques d'éclampsie ou celle-ci a-t-elle éclaté, quelque déchirure du vagin ou de l'utérus s'est-elle produite pendant une manœuvre intempestive, on nous envoie encore les malades. Nous faisons alors tous nos efforts pour sauver ces malheureuses, et nous y réussissons quelquefois, mais dans tous ces cas, nous endossons la responsabilité, et, quand la mort survient, nous l'enregistrons dans notre statistique. Il en est de même pour les femmes qu'on nous amène moribondes par lésions du cœur, des poumons ou des reins, etc.

Aujourd'hui, comme autrefois, nous avons donc à déplorer les décès par accidents de la parturition ou par maladies indépendantes de la grossesse et de l'accouchement, mais la fièvre puerpérale qui majorait autrefois la mortalité, a disparu de nos salles; nous n'y avons plus d'infection puerpérale, et nos 14 décès se décomposent comme je vais le dire.

1° Rupture spontanée d'utérus chez une femme à bassin rétréci qui ne voulut jamais accepter qu'on provoquât le travail avant le terme, malgré toutes mes instances et mes objurgations.

2° Syncope mortelle, survenue peu d'heures après l'accouchement sans la moindre hémorrhagie, chez une femme nerveuse sujette aux syncopes. J'avais craint que l'injection utérine (au sulfate de cuivre), donnée après la délivrance, ne dût être incriminée. L'autopsie ne révéla rien qui justifiât ma crainte, et vous venez d'observer un cas de mort à peu près identique, chez une femme qui a succombé avant d'être accouchée.

3° Pleuro-pneumonie franche ayant débuté avant les premières douleurs, les ayant probablement déterminées et ayant emporté l'accouchée au troisième jour, sans complication utérine.

4° Tuberculose pulmonaire au troisième degré.

5° Hémorrhagie par placenta prævia central.
6° Hémorrhagie par placenta prævia.
7° Eclampsie apportée de la ville.
8° Eclampsie —
9° Eclampsie —
10° Thrombus sous-péritonéal énorme ayant décollé la séreuse jusqu'au diaphragme, chez une femme cachectique.
11° Rupture de l'utérus apportée de la ville après avortement.
12° Tuberculose pulmonaire.
13° Placenta prævia central.
14° Hémorrhagie interne. Néphrite ancienne.

Vous remarquerez que tous les cas d'éclampsie nous ont été amenés de la ville et que nous n'en avons pas eu, parmi les nombreuses albuminuriques qui étaient entrées à la Clinique pendant leur grossesse, ce qui montre une fois de plus les bienfaits du régime lacté absolu, que nous avons prescrit à ces dernières femmes.

Vous remarquerez surtout que nous n'avons pas eu un seul cas d'infection puerpérale parmi ces 14 décès. Toutes les autopsies ont été faites, et vous n'avez pas vu une seule goutte de pus.

L'absence de toute infection puerpérale, que je constate avec un très grand plaisir, est due aux précautions antiseptiques dont nous entourons rigoureusement nos parturientes et nos accouchées. L'oubli de ces précautions, ou seulement un peu de négligence dans leur application, ferait immédiatement reparaître les causes et les chiffres de mortalité d'autrefois.

Comment faisons-nous donc pour avoir d'aussi heureux résultats, ou du moins, sans entrer dans les détails d'application, à quels agents antiseptiques avons-nous recours ici dans le service?

Je m'adresse sans exclusivisme à cinq antiseptiques, qui sont :

a. Le sublimé à 20 centigrammes p. 1000;
b. Le sulfate de cuivre à 5 p. 1000;
c. La microcidine à 4 p. 1000;
d. Le permanganate de potasse à 0,50 p. 1000;
e. L'acide phénique à 20 p. 1000.

Mais je ne les emploie pas indifféremment. J'ai mes raisons pour choisir selon les circonstances.

Le *sublimé* est, de tous, le plus puissant. Malheureusement il est toxique; son maniement doit être très surveillé, et je ne m'en sers plus jamais pour les injections intra-utérines, par crainte d'intoxication mortelle. Je l'emploie, au contraire, de préférence pour le lavage des mains, pour la désinfection des canules et sondes en verre, pour les toilettes externes des organes génitaux et des seins. Enfin les injections vaginales aux accouchées des trois dernières salles sont données, au nombre de trois par jour avec la solution de sublimé, et les services qu'il nous y rend sont si manifestes, la confiance qu'il inspire à mon personnel est si grande, que l'on place plus volontiers dans ces dernières salles les femmes qui ont subi quelque opération ou qui paraissent particulièrement menacées d'avoir des suites de couches pathologiques.

Au dortoir des femmes enceintes et dans la salle de gynécologie, c'est encore au sublimé qu'on recourt.

Le *sulfate de cuivre* est un bon désinfectant dont j'ai usé pendant tout le premier semestre, et qui m'a rendu de très bons services. Cependant il présente le petit inconvénient de salir les mains, de former avec le sang une bouillie noirâtre un peu adhérente aux parois vaginales; de plus, il a sur la muqueuse du vagin une action corrugatrice qui rend, au cas où des interventions ultérieures seraient nécessaires, les manœuvres plus difficiles. Bref, bien que reconnaissant des services qu'il m'a rendus, je lui ai substitué la microcidine.

La *microcidine*, récemment découverte par M. Berlioz (de Grenoble), est un composé de naphtol et de soude; elle a tous les avantages du sulfate de cuivre sans en avoir les inconvénients. Elle n'est pas toxique, et, cependant, c'est un antiseptique efficace. Je l'emploie, à la salle de travail, en injections vaginales et en injections utérines après la délivrance; dans les deux premières salles des accouchées pour les injections vaginales.

Le *permanganate de potasse* est employé d'une façon volante. Dans les trois dernières salles soumises au régime du sublimé, si une femme est atteinte d'albuminurie ou présente de la diarrhée, les injections vaginales réglementaires ne sont plus faites avec la solution mercurielle, mais avec le permanganate. De même, toutes les injections vaginales supplémentaires dans l'une quelconque des salles, voire à la salle de gynécologie, sont faites avec le permanganate. Enfin dans les salles d'accouchées, quand on croit devoir faire une injection intra-utérine, pendant les suites de couches, cette injection n'est jamais faite avec le sublimé que je redouterais dans ces circonstances, mais avec la solution de permanganate de potasse.

Cette solution m'inspire la plus grande confiance; si je n'y recours pas plus souvent, c'est qu'elle a le petit inconvénient de tacher les doigts et les linges. Mais dès que la situation, devenant sérieuse, me paraît exiger des soins particuliers (injections vaginales supplémentaires ou injections utérines) je suis bien aise d'avoir le permanganate, moins énergique sans doute que le sublimé, mais beaucoup moins dangereux, et qui désinfecte mieux que la microcidine.

Acede phénique. — Nous n'en faisons pas un grand usage; c'est la solution que nous employons le moins; ici, elle ne nous sert guère qu'à baigner les instruments d'acier après flambage, au moment où l'on va opérer.

Cependant il est des circonstances, heureusement rares, où nous nous adressons volontiers à l'acide phénique : quand par exemple il reste dans la cavité utérine des débris ovulaires, ainsi que cela arrive dans quelques cas d'avortement ou de délivrance incomplète. En effet, ce que l'on peut redouter alors ce n'est pas l'infection puerpérale pyogène, c'est l'infection putride due à la prolifération du vibrion septique. Or, il résulte des expériences dont j'ai chargé mon préparateur, M. Vignal, que le vibrion résiste moins à l'acide phénique qu'à tous les autres agents antiseptiques, sublimé compris, vous allez voir comment.

Je vous préviens d'abord que le vibrion septique étant anaérobie, vous devez faire vos expériences à l'abri de l'air, sous l'hydrogène; vous serez ainsi dans les conditions exigées par la bactériologie.

Prenez alors un morceau de flanelle imbibée de liquide albumineux, trempez-le dans un bouillon contenant une culture de vibrion septique de Pasteur, plongez-le ensuite dans un bain de sublimé; puis, au sortir de ce bain, lavez-le avec de l'eau stérilisée, afin de le débarrasser de l'excès de cet antiseptique; terminez enfin votre expérience en le mettant dans un bouillon de culture encore vierge. Vous trouverez qu'il faut que cette flanelle ait séjourné trente minutes dans le sublimé à 0,20 p. 1000, pour qu'elle reste

stérile. Cette expérience se rapproche autant que possible de ce qui se fait en clinique. Ici, en effet, il n'y a plus, il est vrai, de flanelle à laver avec de l'eau stérilisée, au sortir du bain antiseptique; mais chaque fois qu'on fait une injection intra-utérine avec une solution de sublimé, on s'empresse de faire ensuite une injection avec de l'eau bouillie ou une solution d'acide borique, afin de débarrasser l'utérus du sublimé qui pourrait y rester sans cela. C'est ainsi qu'on prévient, dans la mesure du possible, les intoxications. Toujours est-il que nous pouvons dire qu'il faut approximativement un contact de trente minutes, pour qu'une solution de sublimé tue le vibrion septique et ses spores.

Avec l'acide phénique à 0,20 p. 1 000, une expérience absolument semblable donne exactement les mêmes résultats; c'est encore trente minutes de contact qui sont nécessaires pour tuer le vibrion septique. Mais l'acide phénique étant beaucoup moins toxique que le sublimé, on n'est pas obligé, quand on a fait une injection phéniquée, de faire ensuite une injection d'eau bouillie ou boriquée, pour débarrasser l'utérus de l'acide phénique qui peut y rester. Or, si vous refaites la même expérience encore avec l'acide phénique à 0,20 p. 1 000, mais en supprimant le lavage de la flanelle septique au sortir de son bain phéniqué, vous trouverez qu'il suffira de dix minutes de séjour dans l'eau phéniquée, pour que la flanelle septique soit stérilisée.

Si nous assimilons les expériences de laboratoire à ce qui se passe en clinique, nous pouvons donc dire : avec une injection de sublimé, suivie d'une injection d'eau bouillie, il faudrait trente minutes de contact avec le liquide mercuriel pour que le vibrion septique fût tué ; tandis qu'avec une injection d'acide phénique, sans injection consécutive d'eau bouillie (cette injection n'étant pas nécessaire), le vibrion septique est tué en dix minutes, ce qui se rapproche de la durée habituelle d'une injection intra utérine. — Dans cette comparaison, l'avantage reste donc aux solutions phéniquées.

Telles sont, en résumé, les règles qui nous dirigent dans l'application des différents antiseptiques.

Je vous ai fait connaître les résultats acquis au point de vue de la mortalité. Ce n'est pas assez. Il faut encore que vous sachiez dans quelle mesure les femmes ont été atteintes ou simplement menacées de morbidité. Mais ici, il y a plus d'une difficulté à résoudre. D'abord que faut-il entendre par morbidité ? A cette question, on peut répondre de plusieurs façons différentes, suivant l'interprétation qu'on donne à tels ou tels faits douteux et d'ailleurs peu importants. Il en résulte qu'il est presque impossible de comparer les morbidités relevées dans plusieurs services dirigés par divers accoucheurs.

Beaucoup de femmes ayant eu un travail prolongé ont, quelques heures après leur accouchement, un peu d'accélération du pouls, de chaleur à la peau, et le thermomètre marque 38°2 ou 38°5. Sont-elles malades ? D'autres ou bien un jour de visite par les parents (dimanches et jeudis), ou bien par le fait d'une constipation, ou encore le premier jour du lever, verront le thermomètre monter au delà de 38 degrés; le repos de la nuit ou un lavement remet tout en bon ordre dans l'espace de quelques heures. Ontelles été malades ? D'autres encore, malgré les applications de compresses préservatrices, ont une poussée minime de lymphangite autour d'une gerçure du sein, avec une montée de la température vers 39 degrés, qui tombera dès le lendemain, grâce à des soins appropriés.

L'embarras est grand, dans tous ces cas, pour déterminer si, oui ou non, il y a eu morbidité. Afin de ne pas entrer dans l'appréciation, d'ailleurs très délicate, de tous les faits particuliers, j'ai compté comme manifestations de morbidité, *toutes* les ascensions du thermomètre à 38 degrés et au-dessus.

Dans ces conditions, il y a eu dans mes trois dernières salles, celles qui sont soumises au régime du sublimé, 24 p. 100 de morbidité, mais je rappelle qu'elles sont particulièrement mal partagées quant à la répartition des accouchées, puisqu'on y met de préférence celles qui donnent quelque préoccupation par suite d'un accouchement plus ou moins laborieux, ou un mauvais état de santé antérieur.

Dans les deux premières salles, la morbidité a été, pour le premier semestre de l'année scolaire, de 26 p. 100, avec le sulfate de cuivre régulièrement employé en injections vaginales; le deuxième semestre, la morbidité a été de 15 p. 100 avec la microcidine.

Le chiffre de 24 p. 100 n'indique pas que le sublimé soit un agent antiseptique médiocre comparé à la microcidine ; j'en ai dit la raison. Mais le pourcentage relatif au sulfate de cuivre et à la microcidine, tend à me faire penser que cette dernière substance est supérieure au sulfate de cuivre, car les malades des deux premières salles ont toujours été recrutées dans les mêmes conditions favorables.

J'ajoute que, lorsque la température se maintient quelques heures à 38 degrés, ou au-dessus, il est de règle dans mon service, de faire une ou plusieurs injections intra-utérines, soit dans les premiers jours des suites de couches, soit tardivement. C'est là une pratique banale dans mes salles, et j'en obtiens les meilleurs résultats. Pour toutes ces injections intra-utérines j'emploie le permanganate de potasse, ainsi que je l'ai déjà dit, de préférence à tous les autres antiseptiques, y compris la microcidine, car celle-ci a un pouvoir désinfectant inférieur à celui du permanganate, ainsi que j'en ai eu plusieurs fois la preuve.

Arrivons aux enfants. En ajoutant 23 jumeaux à nos 1 340 accouchements, nous avons eu 1 363 naissances qui se décomposent de la sorte : 827 enfants venus à terme; 511 enfants avant terme, chiffre énorme qu'on ne peut avoir que dans une clinique où sont envoyées les femmes à grossesse accidentée, et 25 avortements.

Des 1 363 enfants, il faut distraire les 25 avortons et de plus 80 enfants mort-nés, parmi lesquels figurent les macérés et 8 enfants embryotomisés.

Restent donc 1 258 enfants nés vivants dont 58 ont été ranimés par insufflation.

Le chiffre de nos décès d'enfants nés vivants ou ranimés a été de 36, soit une mortalité de 2,86 p. 100. Il est sorti de la clinique 1 222 enfants vivants.

Ce n'est pas tout. On nous a apporté de la ville des enfants presque désespérés, venus prématurément au monde, pesant de 900 à 2 000 grammes, refroidis, sclérémateux, enfants que nous mettons dans une couveuse et que nous essayons de ressusciter pour ainsi dire. J'en ai recueilli de la sorte 14; 8 sont morts, mais j'ai eu la satisfaction d'en renvoyer 5 vivants. Il en reste encore un dans nos salles.

Voilà mon bilan, au point de vue des accouchements, des naissances et des décès. Mais je dois encore ajouter quelques

mots pour vous montrer l'activité du service. Nous avons eu :

1273 présentations du sommet,
72 présentations du siège,
11 présentations de la face,
7 présentations de l'épaule.

Total.. . . 1363

81 bassins rétrécis : 54 accouchements naturels, 14 forceps, 8 versions, 4 basiotripsies, 1 embryotomie rachidienne.

34 délivrances artificielles.

11 versions, sans compter les versions par manœuvres externes : bassins normaux, 3 (enfant vivant, 1 ; morts, 2) ; bassins rétrécis, 8 (enfants vivants, 6 ; morts, 2).

74 forceps, dont 2 sur la tête dernière, avec 7 enfants morts : forceps bassin normal, 60 (enfants vivants, 56 ; enfants morts, 4) ; forceps bassin rétréci, sans accouchement provoqué, 9 (enfants vivants, 7 ; enfants morts, 2) ; forceps bassin rétréci et accouchement provoqué, 5 (enfants vivants, 4 ; enfant mort avant l'application, 1).

6 basiotripsies.

2 embryotomies rachidiennes.

23 accouchements provoqués par le ballon dilatateur avec ou sans application de mon écarteur : femmes : 23 femmes sorties vivantes, 0 mortalité ; enfants : 2 enfants morts pendant le travail, 2 après la naissance, 19 sortis vivants de l'hôpital, c'est-à-dire 82 p. 100 d'enfants vivants.

Au point de vue de l'accouchement prématuré provoqué, je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de statistiques aussi satisfaisantes et j'avoue que j'éprouve quelque surprise en lisant des travaux récents qui, pour mieux recommander l'opération césarienne, croient bon d'attribuer à l'accouchement provoqué une mortalité maternelle appréciable et une mortalité infantile considérable. Rien de ce que vous avez pu voir ici ne peut confirmer de telles assertions.

En terminant, je tiens à dire que, si je voyais maintenant mourir une femme d'infection puerpérale dans le service, cela me ferait beaucoup de peine, car je craindrais que nous n'y fussions pour quelque chose. Et si d'autres décès par infection survenaient, j'en éprouverais un véritable chagrin, car je penserais qu'il y aurait peut-être eu négligence, oubli des précautions nécessaires, relâchement ou défaut de surveillance, ou quelque autre faute qui nous serait imputable. Je vous fais donc un pressant appel, pour que, dans l'application de la méthode antiseptique, votre vigilance soit constamment en éveil et de tous points irréprochable.

MÉDECINE PRATIQUE

Incontinence d'urine chez les enfants, son traitement par l'antipyrine. — Le docteur Gaudez a montré dans sa thèse les bons effets qu'on retirerait de l'administration de l'antipyrine dans le traitement de l'incontinence d'urine essentielle des enfants. L'auteur rapporte 29 cas : 14 enfants ont été complètement guéris, 12 ont été améliorés, il n'y aurait eu que 3 insuccès complets.

En présence d'un résultat aussi favorable, nous avons tenu à faire connaître la méthode employée par le docteur Gaudez. Il administre l'antipyrine, soit en cachets, soit en solution. Dans un cas comme dans l'autre, il recommande l'adjonction d'une petite quantité de bicarbonate de soude.

La dose d'antipyrine varie de 1gr50 à 4 grammes, suivant l'âge des enfants. Ces doses seront distribuées de la façon suivante : 50 centigrammes à 1 gramme au dîner, vers six heures ; une deuxième dose à huit heures, au moment où l'enfant se couche.

M. Gaudez insiste longuement sur l'heure à laquelle il convient de donner le médicament. Souvent, si la dernière dose d'antipyrine est donnée à huit heures du soir, l'enfant peut encore avoir une miction involontaire vers cinq heures du matin ; mais si la dernière dose est donnée de neuf heures à onze heures, l'incontinence est supprimée, même pour la deuxième moitié de la nuit.

Ces heureux effets de l'antipyrine seraient observés souvent dès le premier jour, il n'en conviendrait pas moins de poursuivre l'usage de l'antipyrine pendant une quinzaine de jours, pour obtenir une guérison durable.

L'alcoolisme chez les enfants. — Enke étudie les effets spéciaux de l'alcoolisme aigu ou chronique dans l'enfance et insiste sur son importance et sa fréquence clinique.

Dans l'ivresse, les stades d'excitation et de dépression sont beaucoup plus violents chez l'enfant que chez l'adulte. Le stade d'excitation est souvent accompagné de convulsions. Le stade de dépression peut s'accompagner de phénomènes pseudo-paralytiques et comateux se prolongeant pendant vingt-quatre heures et plus.

L'alcoolisme chronique frappe surtout le système digestif, le système nerveux, la croissance. Même à très petites doses, l'alcool est une cause fréquente de dyspepsie chez l'enfant. L'influence sur le système nerveux et la croissance ressort bien des expériences faites sur les animaux. Le résultat le plus intéressant de ces expériences fut l'hyperémie des circonvolutions cérébrales et, fréquemment, des attaques épileptiformes.

Au point de vue de l'hérédité, Enke rappelle le mot de Plutarque : *Ebrii gignunt ebrios.* Sur 57 enfants nés dans dix familles notoirement alcooliques, 10 seulement étaient sains. Les autres étaient idiots, mal développés, épileptiques. Sur 61 enfants nés de dix familles sobres, 11 seulement offraient une tare quelconque.

L'alcool, si nuisible à l'enfant sain, est, au contraire, un médicament précieux chez l'enfant malade comme tonique, surtout comme tonique du cœur et même comme aliment. (*Jahrbuch f. Kinderheilk.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 novembre 1891, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur Bœuf, médecin de première classe de la marine en retraite.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Peltier, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Chirat ; Cornet et P. Meynet, *ex æquo* ; Bert ; C. Gourdiat ; Tixier et Letiévant, *ex æquo* ; Pont ; D. Bonnet ; Egger ; Gauthier, Picard et Vauthey, *ex æquo* ; Bernoud, Bard ; Fleury ; Chassy, Cibert et Fayolle, *ex æquo* ; Goujon et J. Meynet, *ex æquo* ; Charnois, Ducros, Finas et Jourdanet, *ex æquo* ; Arène, Chatelet et Morel, *ex æquo* ; Bec et Bouffandeau, *ex æquo* ; De Grailly ; Michelet ; Daday, Duplan, Grandclément et Penne, *ex æquo* ; Carbonnier et Marjoux, *ex æquo* ; Chazalon, Cheynet, Papillon, Vieillard et Baron, *ex æquo.*

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Rondot, agrégé libre, est rappelé à l'exercice pendant l'année scolaire 1891-1892.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Carlier (Eugène-Victor-César) est institué, pour trois ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Brulant, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine de Reims.* — Ont été proclamés lauréats

de l'École, pour l'année scolaire 1890-1891, les élèves en médecine dont les noms suivent :

Première année : Prix, M. Hanot; mentions honorables, MM. Weill et Vaillant.

Deuxième année : Prix, M. Cochemé.

Troisième année : Prix, M. Coville.

— *École de médecine de Tours.* — M. Fleury, suppléant à l'école de médecine d'Alger, est nommé professeur de pharmacie et de matière médicale à l'école de Tours.

— M. le docteur Paul Lafargue vient d'être élu député du Nord.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Roger, ancien président de l'Académie de médecine, président de l'Association des médecins de France.

— M. le professeur Duplay commencera son cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 17 novembre 1891, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Lundi : 1° exercices cliniques (examen des malades par les élèves); 2° conférences et démonstrations d'anatomie pathologique et de bactériologie, au laboratoire de la clinique, à dix heures, par M. le docteur Cazin, chef du laboratoire.

Mardi : leçon clinique et opérations (amphithéâtre de la clinique) à neuf heures et demie.

Mercredi : 1° exercices cliniques (examen des malades par les élèves); 2° conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, à dix heures, à l'amphithéâtre de la clinique, par M. le docteur Delbet, chef de clinique.

Jeudi : grandes opérations (chirurgie abdominale). Après les opérations, conférences de rhinologie et d'otologie et examen des malades, par M. Chipault, interne du service.

Vendredi : leçon clinique et opérations (amphithéâtre de la clinique) à neuf heures et demie.

Samedi : gynécologie (amphithéâtre de gynécologie), à neuf heures et demie.

Visite des malades tous les jours, à neuf heures. Lundi, mercredi, vendredi, la visite commencera par les salles des hommes; mardi, jeudi, samedi, la visite commencera par la salle des femmes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

L'homme dans la nature, par P. Topinard. 1 vol in-8° cartonné à l'anglaise. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. Deux cas d'angiomes de la face. — MÉDECINE PRATIQUE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le président de l'Académie ayant fait part de la mort de M. Henri Roger, ancien président de l'Académie, selon l'usage, la séance a été levée en signe de deuil.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Deux cas d'angiomes de la face.

Je vais opérer devant vous deux malades atteints d'angiomes de la face. Chez l'un, l'ablation complète de toute la tumeur érectile sera possible. Chez l'autre, nous devrons nous contenter d'agir partiellement par une séance de cautérisation — la quatrième déjà — au galvanocautère. Vous pourrez ainsi vous rendre compte des indications spéciales, des procédés et des difficultés opératoires, des résultats qu'offrent ces deux modes principaux de traitement des angiomes : l'ablation et la cautérisation.

Le premier malade est un jeune homme robuste de vingt-neuf ans. Voici douze ans seulement qu'il a vu apparaître au milieu du front, dans l'espace intersourcilier, un petit bouton. Ce bouton est resté indolent, ne provoquant que quelques démangeaisons, mais il a fini par s'accroître. Son volume actuel dépasse certainement le volume d'une grosse noix.

Ce malade, et c'est là un bel exemple des difficultés et des écueils du diagnostic chirurgical, nous était adressé avec le diagnostic kyste sébacé. Certes, l'opération ne sera pas, chez lui, bien difficile. Et pourtant, le médecin qui l'aurait entreprise avec ce diagnostic erroné sans chloroforme, sans le jeu de pinces nécessaire, aurait eu un vilain moment d'hémorrhagies et d'émotions.

Un examen complet rectifie, d'ailleurs facilement, le diagnostic. La peau qui recouvre la tumeur offre quelques varicosités rougeâtres. En regardant de côté la saillie formée, on voit qu'elle est animée de battements. Ces battements, isochrones au pouls, sont également très nets à la palpation. De plus, la consistance est irrégulière, mollasse, il y a une réductibilité partielle. Cette réduction opérée, on ne sent pas, d'ailleurs, de dépression de cupule de l'os frontal. Si j'ajoute qu'à l'auscultation on trouve un souffle assez fort, que la compression simultanée des deux frontales et des deux temporales diminue — sans toutefois les suspendre complètement — le souffle et les battements, vous voyez que le diagnostic est évident. Il s'agit d'un angiome dont l'accroissement ne pourrait faire que progresser. Cet angiome est, heureusement, encore assez limité pour qu'on puisse en faire facilement l'ablation.

L'hémorrhagie avec les précautions suivantes sera insignifiante. Après avoir bien réduit la tumeur, nous allons faire comprimer par un de nos aides les deux temporales et les deux frontales. Nous inciserons largement en plein tissu sain, mettant des pinces sur tout ce qui saigne, du côté des parties saines, du côté de la tumeur. — Il importe, en effet, d'enlever tout le tissu érectile pour ne pas avoir de récidive et l'hémorrhagie sera d'autant moindre que l'ablation sera plus complète. Remarquez ce premier fait qu'à mesure que l'opération avance, il semble que l'hémorrhagie s'arrête, les jets de sang sont, sous le bistouri, de moins en moins nombreux.

Voici la tumeur complètement enlevée. Son volume, et c'est un fait qu'il faut connaître, est extrêmement réduit. La tumeur, vide de sang, est à peine le tiers de ce qu'elle était chez le vivant.

Nous avons sur la plaie opératoire un grand nombre de pinces. Allons-nous faire des ligatures ? C'est parfaitement inutile. La compression exercée sur les artères par la pince a suffi. Le tissu érectile n'est plus là, d'ailleurs, pour appeler le sang, faire en quelque sorte ventouse. J'enlève donc, sans faire aucune ligature, toutes les pinces. L'hémorrhagie qui se reproduit est très faible. Une compression de quelques minutes avec une éponge antiseptique va suffire à l'arrêter. Nous n'aurons plus ensuite qu'à faire les sutures et le pansement.

Le second cas d'angiome que nous allons traiter aujourd'hui se présente dans des conditions malheureusement plus difficiles. Il s'agit d'une pauvre petite fillette de trois ans, de santé et de résistance assez médiocres. Ses parents affirment qu'à la naissance elle n'avait sur la joue gauche, un peu au-dessous de l'orbite, qu'une simple tache ayant à peine les dimensions d'une pièce de cinq francs. Cette tache s'est graduellement accrue, et quand on nous présenta pour la première fois l'enfant, il existait une tumeur encore plus considérable qu'aujourd'hui.

Pourtant le volume est encore énorme. La tumeur s'étend

de l'orbite du côté droit au pavillon de l'oreille du côté gauche, à travers le nez, la lèvre supérieure, les deux paupières, la joue ; elle déborde même sur la région parotidienne et sur le cou. Sur toute cette surface existe une tuméfaction bleuâtre, parsemée de varicosités capillaires. Il n'y a presque pas de battements, à peine d'expansion. La réductibilité, malgré l'énorme épaisseur des tissus envahis, est extrêmement remarquable. Il s'agit donc d'un angiome veineux.

C'est en quinze mois qu'est survenu ce développement énorme, et ce fait est pour vous bien instructif. Les tumeurs érectiles de la face, qui n'ont pas de tendance à l'accroissement, peuvent être traitées par des moyens simples. Dans les régions temporale et parotidienne, en particulier, la compression de la tumeur sur un plan osseux, au moyen de bandes, d'un appareil, suffit souvent à amener la guérison après quelques semaines, quelques mois. Mais toute tumeur érectile qui s'accroît doit être traitée avec la même énergie qu'une tumeur maligne.

Ici l'ablation est naturellement impossible. La ligature des vaisseaux afférents ne l'est pas moins. Notre seule ressource est donc la cautérisation. Nous avons déjà fait trois séances de cautérisations : la première il y a quinze mois, la seconde il y a six mois, la troisième il y a trois mois. L'intervalle entre la première et la seconde séance a été beaucoup trop prolongé, les parents ayant négligé de nous ramener l'enfant. Certes, les résultats obtenus ne sont pas encore brillants. Pourtant, ils sont déjà manifestes dans toute la partie supéro-interne de la tumeur.

Comment faut-il pratiquer cette cautérisation. Le thermocautère, même avec une pointe très fine, est inférieur au galvano-cautère. Ce dernier instrument permet d'employer une pointe très aiguë pénétrant à la façon d'une aiguille. Nous nous servons ici d'une sorte de grille à quatre dents, distantes l'une de l'autre de 2 à 3 millimètres. Grâce à la finesse de ces pointes, l'instrument pénètre facilement. Les lésions de la peau sont réduites au minimum. Il n'y a pas cette rétraction cicatricielle que donneraient des brûlures un peu larges de la peau. Regardez les paupières, malgré les très nombreuses cautérisations pratiquées, tout au plus trouvez-vous un peu d'ectropion.

Reste pourtant une difficulté. Les pointes de notre instrument ont à peine 2 centimètres de long. Or, l'épaisseur du tissu érectile dépasse certainement 5 à 6 centimètres. Comment allons-nous procéder ?

Tout d'abord, nous pouvons diminuer l'épaisseur de ce tissu en refoulant le sang. La cautérisation, dans ce tissu presque exsangue, sera aussi plus efficace, et nous serons plus certain d'éviter toute hémorrhagie.

Après avoir bien pressé sur la partie de tumeur que nous voulons opérer aujourd'hui et qui siège sur la joue, nous allons la circonscrire entre deux longues pinces à pression courbe, prenant toute l'épaisseur de la joue. Une des branches est, vous le voyez, dans la bouche, l'autre est extérieure.

Entre les extrémités des deux pinces existe un espace libre, on pourrait, à la rigueur, le fermer en passant une troisième pince à travers une ponction des parties molles, faite, bien entendu, en dehors du tissu érectile. Il suffira qu'un de nos aides fasse à ce niveau une compression manuelle.

La portion de tumeur ainsi circonscrite et privée, le plus possible, de sang, a le volume d'une pomme. Bien entendu, suivant les régions, vous vous ingénierez pour varier les procédés de compression, empêchant le retour du sang dans la tumeur. L'essentiel est d'opérer sur un tissu à peu près exsangue.

Sur cette portion de l'angiome, je fais une trentaine de cautérisations. Certes, la pointe galvanique ne pénètre pas toute la profondeur du tissu érectile. Il faudrait aller jusqu'au voisinage de l'os malaire et de la muqueuse buccale. Mais les parties superficielles modifiées vont se rétracter, se tasser en quelque sorte. Dans les séances ultérieures, j'arriverai avec le même instrument à intéresser des couches de tissu érectile de plus en plus profondes.

Ces cautérisations se sont faites, vous le voyez, sans une goutte de sang. Il est important de n'enlever les pinces et de ne suspendre la compression digitale que plusieurs minutes après la cautérisation faite, pour ne plus avoir aucun danger d'hémorrhagie.

La tumeur est ici si étendue qu'il faudra, sans doute, bien des séances avant d'arriver à une guérison complète. Cette guérison sera même bien aléatoire, si nous ne pouvons obtenir que l'enfant nous soit amenée avec plus de régularité. L'énorme extension de cette tumeur, les difficultés assez grandes et les dangers réels de cautérisations sur un organisme si peu résistant, doivent au moins graver dans votre mémoire l'importance qu'il faut, dès le début, attacher au traitement des tumeurs érectiles.

MÉDECINE PRATIQUE

Accidents prémonitoires des typhlites, pérityphlites et appendicites, par M. Jules Simon. — Les lésions graves du cæcum : typhlites, pérityphlites, appendicites, perforation de l'appendice, sont toujours, d'après M. Simon, précédées par une longue période promontoire. Cette période ne manque jamais ou presque jamais dans l'enfance. Avant d'arriver à la période des inflammations, les malades ont toujours passé par un état plus ou moins accusé de phénomènes de paresse et d'engorgement du cæcum. Le début des accidents remonte, d'ordinaire, à l'âge de quatre à sept ans, et ces accidents, dans leurs formes types, parcourent trois étapes distinctes : 1° constipation simple; 2° engorgement du cæcum; 3° stercorémie et retentissement sur l'état général.

A toutes les périodes de l'affection, peuvent apparaître les accidents inflammatoires. La pérityphlite peut survenir dès le début, alors qu'il n'y a encore que la constipation simple, sans aucun trouble de l'état général. Au contraire, l'affection peut avoir une très longue durée, amener des troubles généraux graves par stercorémie, sans autre complication locale que l'engorgement du cæcum.

Ce qui est tout à fait exceptionnel, c'est l'apparition initiale des pérityphlites, sans avoir été précédées au moins par une période assez longue de simple constipation. Le diagnostic présente souvent de véritables difficultés. Souvent, en effet, dit M. Simon, vous n'êtes point guidés par les parents, ni mis sur la trace par les symptômes accusés. Nombre d'enfants nous sont amenés pour une céphalée, des troubles dyspeptiques, de l'amaigrissement, un arrêt de développement ou toute autre affection, alors que parfois la constipation est seule en cause. Une exploration de la fosse iliaque droite nous en trahira la persistance méconnue. Vous ne confondrez pas l'engorgement résultant de la constipation avec l'empâtement que peuvent produire les inflammations périnéphrétiques, les ovarites, les abcès par congestion, les orchites du testicule en ectopie, les adénopathies d'origine diverse. Ce qu'il faut avant tout pour faire le diagnostic, c'est songer à la maladie. En même temps que le cæcum, il est toujours utile

d'explorer l'S iliaque, où vous constaterez souvent aussi la stagnation des matières fécales.

L'hygiène occupera dans le traitement la place principale.

Dans le régime, vous éviterez avec soin tous les aliments grossiers, indigestes; vous ne permettrez, au début, que des viandes, des légumes réduits en purées parfaitement cuites; les repas seront pris lentement et à heures régulières; le thé, le vin, le café seront interdits; la bière additionnée d'eau de Vals ou de Pougues constitue la meilleure des boissons. Le repas du soir sera très léger.

Contre la neurasthénie, les frictions avec le gant de crin, avec la flanelle humectée d'eau de Cologne seront extrêmement utiles.

Reste à combattre la stagnation même des matières; n'employez pas les purgatifs énergiques; au début, contentez-vous de prescrire les corps gras ou mucilagineux. Faites prendre, par exemple, un matin, deux cuillerées d'huile d'amandes douces additionnées de quelques gouttes d'huile de ricin. Le lendemain donnez une cuillerée à bouche de graines de lin ou de graines de psyllium, macérées dans un demi-verre d'eau sucrée avec du sirop de rhubarbe. De temps à autre, pour éviter le dégoût, remplacez ces agents laxatifs par un verre à bordeaux d'eau minérale purgative.

Dans les formes tenaces, la belladone et la jusquiame sont les meilleurs agents pour remplir la double indication de combattre la sécheresse de la muqueuse et l'atonie de la paroi musculaire intestinale. Vous ordonnerez ces deux médicaments sous forme de pilules, renfermant soit 1 centigramme d'extrait de belladone et 1 centigramme d'extrait de jusquiame, soit 1 centigramme de poudre de feuilles de belladone et 1 centigramme d'extrait de jusquiame. Chez un enfant de quatre ans, vous pouvez facilement donner, dans les vingt-quatre heures, deux à trois de ces pilules; la tolérance pour la belladone et la jusquiame n'est nullement à comparer avec celle de l'opium, elle est infiniment plus grande, et les doses peuvent se rapprocher davantage des doses employées chez l'adulte.

La noix vomique est également un bon moyen d'exciter les contractions intestinales, et son emploi peut être alterné avec celui de la belladone et de la jusquiame. Prescrivez un mélange formé d'une partie de teinture de Baumé, pour vingt parties de teinture de rhubarbe, de cascarille ou de badiane. L'enfant prend XX gouttes de ce mélange (soit I goutte de teinture de Baumé), au commencement de chaque repas.

Les frictions, les massages sont également très utiles pour exciter ces contractions, je conseille de les faire avec un liniment composé de 40 grammes huile de camomille et 10 grammes teinture de noix vomique. Vous avez ainsi une légère absorption cutanée qui amène l'effet excitant de la noix vomique, sans avoir à l'administrer à l'intérieur. Enfin, l'électrisation sous forme de courants galvaniques avec excitateur intra-rectal ou sous forme de simples courants faradiques, est également un très bon moyen. »
(*Bulletin médical.*)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 9 novembre 1891. — Présidence de M. LAILLER.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Un cas de lupus érythémateux exanthématique, généralisé. — M. HALLOPEAU. L'affection cutanée dont est atteint le malade que présente M. Hallopeau était d'un diagnostic des plus difficiles : on a pensé successivement à de l'eczéma, de la syphilis, du mycosis fongoïde. L'examen histologique semblait contraire à l'idée du lupus érythémateux. C'est cependant de cette affection qu'il s'agissait. Actuellement, les lésions cutanées sont à ce point de vue bien caractéristiques. Il n'existe plus qu'un petit nombre de placards érythémateux ou érythémato-folliculaires.

Le polymorphisme de cette affection a été des plus remarquables; on a vu se produire successivement de larges placards érythémateux à progression excentrique, des bulles, des ecchymoses, des décolorations, et même de petites cicatrices, des phénomènes d'asphyxie locale et, enfin, des plaques ortiées.

Si, comme MM. Besnier et Hallopeau tendent à l'admettre, le lupus érythémateux est, comme le lupus proprement dit, d'origine tuberculeuse, bacillaire; la disparition complète des lésions, sans laisser de traces, est un fait des plus curieux et des plus importants. Il amène à penser que, dans la tuberculose cutanée, il ne faut pas tenir compte seulement du bacille et des lésions qu'il peut produire directement, mais aussi des modifications plus légères, plus mobiles, susceptibles de disparaître totalement, dues aux toxines analogues à la tuberculine. Par l'intervention de ces toxines peuvent s'expliquer l'urticaire et les phénomènes vaso-moteurs. Cela peut aller jusqu'à la bulle et aux ecchymoses.

L'ouverture des plaques persistantes de lupus érythémateux simple ou folliculaire suppose, au contraire, l'action d'agents infectieux évoluant à ce niveau, probablement de bacilles très atténués dans leur virulence, ou d'une autre forme, non encore déterminée, de l'agent infectieux de la tuberculose.

M. HARDY déclare ne pas accepter la théorie du lupus érythémateux généralisé. Il ne peut admettre que le lupus érythémateux disparaisse sans laisser de cicatrices. Des faits semblables à ceux que vient de présenter M. Hallopeau ont certainement plus de rapport avec les érythèmes polymorphes qu'avec la tuberculose cutanée, dont les lésions sont à la fois plus fixes et plus profondes.

M. BESNIER croit, au contraire, à la réalité clinique du lupus érythémateux généralisé ressemblant aux érythèmes polymorphes.

Il en existe des formes malignes s'accompagnant de poussées vers les poumons, les reins, déterminant de l'albuminurie et entraînant la mort, ainsi que l'a vu Kaposi. C'est un des modes de terminaison du lupus érythémateux généralisé.

Dans une autre forme, bénigne, il se fait des cicatricules cutanés, de la tuberculisation ganglionnaire quelquefois, et la maladie tend vers la guérison.

L'unité et la nature de ces déterminations cutanées, si différentes en apparence, résultent de la comparaison d'un grand nombre de cas, et l'on voit aussi la transition se suivre des plus simples aux plus complexes.

Le lupus érythémateux laisse forcément des cicatrices sur la face; il n'en laisse pas forcément sur les membres. Cela résulte sans doute de la différence qu'il y a entre la constitution et la vascularisation de la peau dans ces diverses régions.

D'autre part, comme l'a dit M. Hallopeau dans sa communication, il faut admettre, en plus de l'action des bacilles, l'influence de véritables auto-intoxications par des toxines non déterminées encore, mais d'une existence certaine.

Sur la persistance des effets de tuberculine chez deux malades atteints de lupus. — M. HALLOPEAU. Les deux malades que je présente montrent que les deux caractères du lupus peuvent rester profondément modifiés par le fait des inoculations de tuberculine.

Le premier est atteint d'un lupus végétant de la face, d'une intensité exceptionnelle, qui a résisté pendant quatre ans aux traitements énergiques employés : la cautérisation au fer rouge, la rugination. Sous l'influence de l'inoculation par la lymphe de Koch, les masses végétantes se sont rapidement affaissées, et bientôt la surface lupique est devenue complètement lisse. Depuis cette époque, elle est restée presque tout à fait plane. La maladie est toujours en activité, de nouveaux nodules continuent à se produire, mais l'affection a presque perdu son caractère végétant. Si l'on considère que dix mois se sont écoulés depuis la dernière inoculation, on est amené à admettre que le lupus est resté profondément et très favorablement modifié dans ses caractères.

Les modifications favorables sont tout aussi marquées chez l'autre lupique.

Il est à remarquer que ces deux malades ont éprouvé, à la suite des inoculations, une réaction locale très intense, suivie d'une abondante suppuration. Il faut donc admettre qu'il y a eu une modification profonde et persistante des tissus sous l'influence de la lymphe de Koch.

Est-ce à dire qu'il faille revenir sur le jugement sévère prononcé à Saint-Louis même contre l'emploi de la méthode de Koch? M. Hallopeau déclare, le premier, que l'action nocive de la tuberculine est telle que l'on ne peut songer dès maintenant à l'utiliser en thérapeutique. Les deux malades ont, du reste, été victimes de la lymphe; l'un a eu de l'endocardite, le second des abcès volumineux qui se sont renouvelés pendant des mois et ont mis sa vie en danger.

M. Hardy fait remarquer que le second des malades a eu une arthrite tuberculeuse qui n'existait pas avant l'emploi de la lymphe de Koch, et que son état général est beaucoup plus mauvais qu'il n'était avant que n'ait été instituée cette cure.

M. Besnier déclare que, pour lui, il n'y a pas même amélioration locale démontrée chez le malade au lupus végétant de la face. Il s'agissait, non d'un lupus malin, destructeur, ulcéreux, mais d'un lupus végétant. Dans cette dernière forme, on observe souvent des périodes d'atténuation des lésions, suivies de périodes d'exacerbation. Pour lui, les observations de M. Hallopeau ne prouvent en aucune façon que la tuberculine puisse avoir un effet salutaire sur le lupus.

M. Fournier abonde dans le même sens; le malade de M. Hallopeau est, dit-il, aussi loin que possible de la guérison.

Hystéro-syphilis. — M. Fournier. Depuis quelque temps, on a été amené à admettre que l'hystérie peut se développer sous l'influence de la syphilis au même titre que sous l'influence de diverses intoxications. En voici un exemple curieux :

Le malade que je vous présente est un jeune homme de vingt-quatre ans, sellier de son état, atteint de syphilis au mois de mai dernier. Au mois d'août, il commence à éprouver des troubles nerveux particuliers, lourdeur de tête, engourdissement des jambes, crises de larmes sans motif. Il se cachait dans les coins pour pleurer plus librement.

Une nuit, s'étant levé pour uriner, le malade tomba brusquement, sans perdre connaissance cependant; quand on le releva, il ne pouvait plus parler, mais il poussait de véritables rugissements; il était pris d'accès de rire violents. La parole revint le cinquième jour. Il existait de l'hémiparésie motrice et sensorielle du côté gauche. Le traitement spécifique amena une première fois une amélioration marquée des accidents spécifiques et névropathiques.

Le malade ayant brusquement quitté l'hôpital et cessé tout traitement, il lui revint d'abondantes plaques muqueuses. Bientôt réapparurent aussi les manifestations hystériques, et en particulier le rire bruyant et niais que vous lui voyez en ce moment. Ce rire éclate à propos de tout, mais surtout lorsque le malade fixe un objet brillant, une cuvette de montre par exemple, ou la flamme d'une lampe ou d'une bougie. Il lui est, à ce propos, arrivé au dehors diverses aventures plus ou moins désagréables. La lampe allumée, il ne pouvait replacer le verre sur la galerie, à cause du rire intense dont il ne pouvait se défendre. Entré dans un bureau de tabac pour allumer sa cigarette, il était pris d'un accès à la vue de la petite flamme du gaz; sa main se crispait sur la poignée de l'allumeur, et les personnes qui attendaient leur tour l'invectivaient, croyant à une mauvaise plaisanterie.

Ce rire s'accompagnait, pour lui, d'une sensation très pénible d'angoisse thoracique et de constriction à la gorge. Lorsqu'on en provoque les accès, comme je le fais en ce moment, il supplie qu'on ne prolonge pas trop l'expérience.

L'intelligence est, du reste, parfaitement conservée.

Ce malade a été sujet, presque chaque jour, à heure fixe, depuis son séjour à l'hôpital, à de véritables crises d'obnubilation intellectuelle. Il ne savait plus alors ce qu'il faisait. Dans cet état, taquiné par les autres malades, il lui est arrivé de tirer un couteau de sa poche et de blesser l'un d'eux au bras, blessure heureusement très légère. C'est là un fait intéressant au point de vue médico-légal.

Cet homme n'était nullement nerveux avant de contracter la syphilis; on ne peut démontrer chez lui l'existence d'aucune cause hystérogène. La syphilis seule peut être invoquée. Les femmes syphilitiques ont souvent des manifestations névropathiques, hystérogènes et neurasthéniques; il peut donc en être de même chez l'homme.

Hématangiome dermo-papillaire et hypodermique. — M. Thibierge désigne, sous ce nom, une lésion décrite par certains auteurs anglais sous le nom de lymphangiomes circonscrits. Ce sont, pour M. Besnier, des productions qui se rapprochent de la famille des nævi.

Lichen de Wilson chez une négresse. — M. Thibierge fait voir une négresse atteinte de lichen plan. On distingue les éléments plans constitutifs de cette dermatose; la lésion se présente aux membres sous la forme de plaques noires plus foncées que la peau avoisinante.

Lichen plan guéri par les douches tièdes.— M. Jacquet fait voir une malade d'un tempérament très névropathique, qui avait vu un lichen plan très pénible, très prurigineux, se produire à la suite d'une vive colère. Le traitement classique est resté sans action. Les douches froides, administrées au début du traitement hydrothérapique, ont amené une véritable exacerbation. Les douches tièdes, méthodiquement données, ont, au contraire, amené la disparition du prurit et la résolution des papules.

Plaque initiale du pityriasis rosé. — M. Tennesson fait voir une malade atteinte de pityriasis rosé; elle présente au bras un placard d'aspect eczémateux qu'il considère comme la *plaque initiale* typique de ce pityriasis, décrite par M. Brocq. Pour MM. Besnier et Fournier, ce serait tout au moins une plaque initiale fortement modifiée dans son aspect primitif.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Ulcération tuberculeuse de la lèvre. — M. Troisier présente le moulage d'une ulcération tuberculeuse de la lèvre supérieure, survenue chez une phthisique quelques mois avant sa mort. Elle ressemble beaucoup aux ulcérations tuberculeuses de la langue ou de la région péri-anale, qu'il n'est pas rare de rencontrer chez les tuberculeux parvenus à une période avancée.

COMMUNICATION

Traitement de la pelade par les injections intra-dermiques de sublimé. — M. Barthélemy a soigné une malade par les injections intra-dermiques de sublimé conseillées par M. Moty. Le traitement a duré trois mois; il a été fait en tout dix séances d'injections. M. Barthélemy s'est servi de sublimé à 1/1000[e]. Il a injecté au début 6 gouttes par séance; il a pu aller jusqu'à 40 gouttes sans accident local ou général. La repousse des cheveux a paru favorablement influencée par cette intervention.

M. Moty emploie maintenant une solution qui renferme 1 gramme de sublimé et 2 grammes de chlorhydrate de cocaïne pour 400 grammes d'eau distillée. Les injections faites avec ce liquide ne sont pas douloureuses. Il en a obtenu de bons résultats avec les peladiques du Val-de-Grâce. Pour bien faire ces injections, il ne faut pas pousser le liquide avec trop de force, et espacer suffisamment les piqûres dans le temps et dans l'espace. On doit obtenir, au niveau de chaque piqûre, un soulèvement semblable à une papule d'urticaire.

M. Besnier dit qu'il faut être très prudent dans l'emploi de ces injections, dont il convient d'étudier méthodiquement les effets avant de les recommander aux praticiens.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 novembre 1891. — Présidence de M. TERRIER.

DU TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES PAR L'OPÉRATION DE PÉAN

M. PEYROT, depuis la communication de M. Segond, n'a rencontré que deux malades chez lesquelles cette opération lui a semblé indiquée. La première, âgée de vingt-huit ans, présentait depuis sept ans divers troubles des organes génitaux, consécutifs à un accouchement. Dans ces derniers temps, ces troubles s'étaient aggravés et s'étaient bientôt accompagnés de signes de suppuration. M. Peyrot pratiqua, non sans difficultés, l'hystérectomie vaginale, et, l'utérus enlevé, ouvrit plusieurs poches purulentes. Dix jours après, il y eut une légère hémorrhagie, mais la malade paraissait en bonne voie de guérison quand, deux mois après, les douleurs reparurent et l'examen permit de constater une induration diffuse au-dessus de la cicatrice vaginale. Actuellement l'état de cette malade laisse fort à désirer.

La seconde malade, âgée de trente ans, présentait des accidents remontant à trois années; des abcès s'étaient ouverts dans le vagin et dans le rectum et avaient laissé des trajets fistuleux. M. Richelot avait pratiqué, chez cette malade, une laparotomie et avait dû refermer le ventre sans pousser plus loin son intervention. M. Peyrot fit l'ablation de l'utérus qui fut facile, ouvrit plusieurs poches, laissa les trompes et les ovaires. La malade sortit de l'hôpital très améliorée; mais un mois après elle y rentra avec des douleurs, des noyaux indurés au-dessus de la cicatrice et un empâtement bien caractérisé dans la fosse iliaque droite.

M. Peyrot ne veut pas juger une méthode opératoire sur ces deux faits, mais il a cru devoir les rapporter pour montrer la persistance fréquente d'indurations inflammatoires à la suite de cette opération, dont il se déclare, d'ailleurs, peu partisan, la laparotomie lui paraissant préférable.

En effet, sur 23 laparotomies qu'il a faites cette année, dans son service, il n'a eu à déplorer aucune mort et cependant, dans les deux tiers de ces cas, il s'agissait de pyo-salpinx avec lésions plus ou moins étendues.

M. REYNIER ne croit pas que l'opération de Péan soit aussi souvent indiquée qu'on l'a dit. Pour son compte, il n'y a eu recours que dans les cas où la laparotomie lui paraissait trop dangereuse; dans les cas, par exemple, où il s'agissait de lésions pelviennes anciennes, avec adhérences multiples et étendues ou avec trajets fistuleux. Or, ces cas sont exceptionnels. M. Reynier a ainsi opéré deux malades atteintes de collections purulentes anciennes. La première, chez laquelle l'opération a été relativement facile, a bien guéri. Il n'en a pas été de même de la seconde. Dans ce cas, l'opération a présenté de grandes difficultés; l'utérus n'a pu être abaissé; une pince ayant dérapé, il y eut une abondante hémorrhagie. La malade succomba, et à l'autopsie on trouva un épanchement de sang considérable dans le péritoine, une trompe avait été ouverte; l'autre contenait un kyste suppuré intact. M. Reynier croit que, dans ce cas, la laparotomie eût été plus facile et eût donné un excellent résultat.

M. Reynier a pratiqué 72 laparotomies pour lésions des annexes et il n'a eu que 2 décès. Aussi croit-il que la laparotomie doit rester l'opération de choix et que l'hystérectomie vaginale doit être réservée pour les cas où la première opération est impossible ou trop dangereuse. Il ajoute que, par la voie vaginale, on s'expose à blesser la vessie ou les uretères.

M. QUÉNU préconise la suture médiane antéro-postérieure de l'utérus, non seulement dans les cas où celui-ci est abaissable, mais aussi dans ceux où il est fixé. Cette section rend les manœuvres plus aisées et permet d'arriver plus facilement au fond de la matrice.

Quant aux hémorrhagies qui peuvent se produire au cours de cette opération, il faut, à ce point de vue, établir une distinction entre les diverses variétés de salpingites. Il en est, en effet, qui n'ont pas de tendance à saigner, ce sont celles qui sont anciennes et dont les parois sont très épaissies. A côté de cette variété il est une autre variété de salpingites suppurées ou de péri-salpingites qui saignent très facilement.

Le pincement ou la déchirure des uretères n'est pas à craindre dans ces cas, puisqu'on doit se tenir toujours sur le tissu utérin lui-même. Il n'en est plus de même dans les cas d'hystérectomie vaginale pour cancer, puisque dans ces cas on doit, au contraire, se tenir toujours aussi loin que possible de l'organe affecté. D'ailleurs, l'uretère est à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres de l'utérus, ainsi que M. Reynier a pu s'en assurer sur le cadavre. Il est donc encore assez loin de l'utérus pour qu'on puisse facilement l'éviter.

M. SEGOND confirme ce que vient de dire M. Quénu au sujet des salpingites qui saignent et, à ce point de vue, il fait observer qu'il y a une différence marquée suivant que l'utérus est facilement abaissable ou non.

Quant aux accidents consécutifs à l'hystérectomie, douleurs et indurations, dont a parlé M. Peyrot, sur 65 opérées, M. Segond n'a eu qu'une fois à noter ces indurations douloureuses, chez une femme à laquelle on avait antérieurement enlevé les ovaires; il ajoute, d'ailleurs, qu'au bout de six mois, il y avait une notable amélioration et que, dernièrement, cette malade était à peu près guérie. Avec le temps, ces plaques indurées disparaissent et elles ne deviennent jamais phlegmoneuses.

M. Segond répond d'autant plus brièvement à M. Reynier qu'il y a entre eux un désaccord absolu. Il préconise cette opération, non pas pour faire du nouveau, mais parce qu'il la croit préférable et qu'il y trouve peu de contre-indications. On prétend qu'elle est d'une exécution difficile et que l'on peut pincer l'uretère; il n'y a qu'à savoir tourner les difficultés et à bien raser l'utérus; alors il n'y a plus de danger de saisir l'uretère.

C'est une opération incomplète, on le sait, et il n'y a pas à discuter le fait; quant aux hémorrhagies possibles, jamais M. Segond n'en a eu de sérieuses et il ne croit pas qu'elles soient bien à craindre.

M. BOUILLY fait observer que, dans cette discussion, les chirurgiens se partagent en deux camps, les uns, comme MM. Segond et Richelot, appliquent, de parti pris, l'hystérectomie vaginale au traitement des inflammations des annexes; les autres n'y recourent que lorsque la laparotomie est impuissante à obvier aux accidents. C'est dans le camp de ces derniers que continue de se ranger M. Bouilly, restant, comme par le passé, partisan de la laparotomie dans la majorité des cas.

Ainsi qu'il l'a déjà dit, les indications de l'hystérectomie lui paraissaient être les suivantes : 1° annexite ancienne, compliquée de poussées de pelvi-péritonite à répétition, avec adhérences nombreuses et brides; confusion des organes entre eux et avec les organes voisins; impossibilité de rien reconnaître au palper et au toucher que des indurations disséminées et des épaississements solides; production de fistules purulentes dans le rectum et la vessie ou à la peau; 2° suppuration aiguë ou chronique libre dans la cavité péritonéale du bassin, ayant ou non, pour point de départ, les annexes de l'utérus, mais ne formant plus ces poches isolées ou reconnaissables comme une trompe ou un ovaire suppurés.

Ce sont là, suivant M. Bouilly, les seuls cas justiciables de l'hystérectomie, et ils sont tout à fait exceptionnels. Lors de la communication de M. Segond, il n'en avait rencontré qu'un exemple et, depuis cette époque, il n'a trouvé que deux faits semblables. Il ajoute que, transgressant sa règle de conduite, il les a traités par la laparotomie qui a été favorable à l'une des malades, et de nul effet chez l'autre, qui devra subir l'hystérectomie.

En établissant une statistique des laparotomies qu'il a pratiquées pour affections des annexes, M. Bouilly la divise ainsi : dans une première série, jusqu'en février 1891, il compte 33 opérations avec 4 décès, et depuis cette époque, 42 opérations semblables avec 5 décès, ce qui donne 75 interventions, dont

66 guérisons et 9 décès, c'est-à-dire une mortalité comparable avec celle de M. Segond. M. Bouilly s'est déjà expliqué sur les 4 premières morts; les 5 de la seconde série sont toutes survenues dans des cas très graves ; pour deux d'entre elles, il y a eu rupture des poches purulentes dans le péritoine et septicémie, et pour deux autres, déchirures intestinales et infections consécutives. Peut-être, dans le premier cas, l'hystérectomie eût-elle été plus heureuse que la laparotomie ; mais, dans le second cas, il est douteux qu'il en eût été de même. Quant au cinquième décès, il est survenu chez une femme atteinte d'aortite suppurée, avec adhérences intestinales.

En résumé, il ressort des faits publiés qu'on peut, par les deux voies, obtenir des résultats sensiblement pareils, ainsi que le prouvent les chiffres suivants :

Statistique de M. Segond : 64 hystérectomies ; 8 décès.

Statistique de M. Bouilly : 75 laparotomies ; 9 décès.

M. Bouilly en conclut donc que l'hystérectomie ne paraît pas avoir une supériorité incontestable sur la laparotomie, et, vu les difficultés qu'elle présente, il reste partisan de la laparotomie dans la plupart des cas.

LECTURE

M. PHOCAS (de Lille) lit une observation des greffes par approche, pratiquées sur les trois derniers doigts de la main gauche, ayant été antérieurement le siège de brûlures.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

M. LE DENTU présente une pièce constituée par une portion de côlon ascendant longue de 22 centimètres et par une masse dure, mésentérique, de nature indéterminée, provenant d'une malade qu'il a opérée, il y a trois mois, et qui est bien guérie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine (1), publié sous la direction de MM. Charcot, Bouchard et Brissaud.

Depuis vingt ans d'ici, les sciences médicales ont fait des progrès considérables; les travailleurs sont beaucoup plus nombreux qu'autrefois, et les travaux publiés le sont dans les diverses langues européennes : de là une production bibliographique énorme. Il est extrêmement difficile, en conséquence, de se tenir au courant de tout ce qui se fait, des questions soulevées, comme des progrès réalisés.

L'heure n'est donc plus aux manuels ou aux traités rédigés par un ou deux auteurs; les diverses parties de la médecine demandent des connaissances particulières de technique, de littérature et de clinique, qu'un seul homme ne peut guère embrasser, quelles que soient son intelligence et sa force de travail. C'est pourquoi les directeurs du « Traité de médecine », que publie la librairie Masson, se sont adressés à une vingtaine de jeunes médecins, qui sont presque tous agrégés de l'École ou médecins des hôpitaux. A chacun d'eux il est demandé un chapitre en rapport avec ses études de prédilection. L'ouvrage sera rapidement mené, il doit être complet en deux ans.

Le premier volume vient de paraître, il est dû à la collaboration de MM. Charrin, Legendre, Roger, Chantemesse et F. Widal. Il comprend quatre grands chapitres qui portent les titres suivants : « Pathologie générale infectieuse; troubles et maladies de la nutrition; maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux; fièvre typhoïde; maladies infectieuses. »

Le premier de ces chapitres, la pathologie générale infectieuse, a été confiée à M. Charrin, que ses travaux antérieurs désignaient amplement.

Les publications relatives à la bactériologie, à l'influence des microbes sur l'organisme, à la défense qu'oppose celui-ci, sont extrêmement nombreuses, et aussi extrêmement disséminées. Il est précieux d'avoir la pathologie générale de l'infection microbienne, résumée par un auteur d'une compétence reconnue. Il est précieux de pouvoir trouver quelque part le bilan actuel de nos connaissances à ce point de vue, de pouvoir se rendre compte de ce qui est acquis déjà et des problèmes nombreux dont la solution est encore incertaine.

Après un court aperçu historique, M. Charrin recherche quelle est l'organisation générale des bactéries, quelle est, en somme, leur histoire naturelle. Comment ces germes pénètrent-ils dans l'organisme? Quels sont leurs principaux véhicules? Ceci connu, il ne reste plus qu'à rechercher les circonstances adjuvantes qui permettent leur implantation dans l'organisme et rendent moins grande la résistance de celui-ci.

Une fois le germe entré, sa fructification étant permise, il va y avoir conflit entre le microbe et la confédération cellulaire dans laquelle il s'est introduit. C'est le moment d'étudier les lésions des tissus, les symptômes généraux des maladies infectieuses et leur mécanisme. Quelles sont les circonstances qui vont préparer la victoire ou la défaite du microbe, amener la guérison ou la mort du malade? Comment se fait-il qu'une maladie prenne fin? C'est là une des questions les plus curieuses et les plus importantes de la maladie générale.

On trouvera encore des chapitres consacrés : aux associations microbiennes, aux affections mixtes, secondaires; aux sécrétions microbiennes considérées successivement au point de vue physiologique et chimique; à l'immunité; et, enfin, aux vaccins et à la thérapeutique générale.

On voit combien est vaste le cadre qu'a dû remplir M. Charrin, mais aussi combien sont intéressantes, captivantes, les questions qu'il a eu à traiter. Il était, à notre avis, impossible de mieux faire qu'il ne l'a fait en un nombre de pages aussi restreint.

Les troubles et les maladies de la nutrition viennent ensuite. On s'est demandé pourquoi l'histoire des états diathésiques venait s'intercaler entre la microbiologie générale et les maladies infectieuses. C'est, sans doute, qu'on a voulu placer en tête de l'ouvrage tout entier ce qui a trait à la pathologie générale : infection, maladies de la nutrition, une part importante de la médecine moderne ne tient-elle pas dans ces deux termes?

M. Legendre a rédigé la série des leçons de M. Bouchard ; il est donc imprégné de la doctrine du maître. Il a écrit les chapitres qui lui étaient confiés avec l'originalité et le talent de plume qu'on lui connaît. Les troubles et maladies de la nutrition se divisaient naturellement en deux parties : 1° les troubles de la nutrition dans les maladies; 2° les maladies primitives de la nutrition, c'est-à-dire le rachitisme, l'ostéomalacie, les dyscrasies lipogènes, la lithiase biliaire, la gravelle, le diabète sucré, la goutte, le rhumatisme chronique progressif.

M. G.-H. Roger a décrit sommairement, dans la mesure de ce qui peut intéresser les médecins, les maladies infectieuses communes aux hommes et aux animaux : il a rempli sa tâche d'une façon très remarquable.

A M. Chantemesse revenait de droit l'histoire du bacille de la fièvre typhoïde : il a écrit un chapitre convaincu, richement documenté, appuyé sur une grande expérience personnelle, dans lequel la fièvre typhoïde est considérée avant tout comme l'expression morbide de l'infection par le bacille d'Éberth. Il a donné ainsi la part prépondérante à la pathogénie et à l'étiologie.

Dans ce volume, la tâche la plus ingrate était donnée à M. J. Widal qui avait à décrire les maladies infectieuses et surtout les maladies infectieuses exotiques : la grippe, la dengue, le paludisme, le choléra, la fièvre jaune, la peste. Il est toujours plus difficile de donner la description de choses que l'on n'a vues que d'une façon passagère, exceptionnelle ou même que l'on n'a jamais vues du tout ; il s'en est tiré à son honneur.

Le « Traité de médecine », on le voit, est destiné à combler une lacune de la littérature médicale française. Aussi cet ouvrage a-t-il été, dès son apparition, accueilli avec une faveur que justifient l'érudition, l'originalité et le talent dépensés dans ce volume d'avant-garde.

(1) T. Ier. Prix : 22 francs. — Paris, G. Masson.

Les auteurs ont eu évidemment la plus grande liberté, ils n'ont pas été enfermés dans des programmes trop étroits. L'œuvre commune pêche peut-être par l'unité de plan, mais elle a, en revanche, un mérite primordial que M. Hanot, tout récemment, faisait bien ressortir : elle est *vivante*. A. M.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Le prix Bouisson vient d'être distribué pour la première fois. Une somme de 1 000 francs a été accordée aux cinq lauréats dont les noms suivent : MM. les docteurs Bichon, Bourguet, Gay, Puech et Zalewski.

— Le samedi 7 novembre 1891, à deux heures et demie, a eu lieu dans la salle des actes de la Faculté de médecine de Montpellier, la double installation de MM. les professeurs Forgue et Truc.

— *Erratum.* — Page 1237, 1re col., 44e ligne, au lieu de « 0,20 p. 1000 », lire « 20 gr. p. 1000 ».

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Du traitement des luxations anciennes, en particulier par les méthodes sanglantes, par le docteur THIÉRY, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Du traitement des luxations anciennes, en particulier par les méthodes sanglantes.

Par le docteur THIÉRY,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

I

En étudiant les indications de l'intervention sanglante dans le traitement des luxations irréductibles, nous croyons, sans aucun doute, aborder un sujet nouveau et la phrase par laquelle, dans son excellent *Manuel de pathologie externe* (édition 1885), M. Reclus terminait son article sur le traitement des luxations, en est une preuve. « Ajoutons seulement, dit cet auteur, qu'on a proposé et dans certains cas exécuté des débridements ligamenteux sous-cutanés, des sections fibreuses pour libérer la surface articulaire et rendre sa réduction plus facile. » N'est-ce pas clairement indiquer que ces tentatives, de date récente encore, étaient à l'état d'ébauche et n'étaient point encore entrées dans la pratique, à plus forte raison dans le domaine classique ?

De fait, la question avait déjà été discutée autrefois, mais si, en 1819, Weinhold avait sectionné le tendon du grand pectoral pour favoriser la réduction d'une vieille luxation de l'humérus, sans oser intervenir au niveau du foyer articulaire lui-même, si Bell, Gerdy, Blandin, Maisonneuve, J. Guérin, G. Simon (1) avaient conseillé et parfois exécuté ces ténotomies et ces sections ligamenteuses, on peut dire que la plupart de ces tentatives avaient échoué parce qu'elles péchaient toutes par une faute commune, et que non seulement la suppuration articulaire provoquait l'échec, mais exposait à tel point la vie du patient que toute intervention devait fatalement exposer au blâme le chirurgien assez téméraire pour avoir recours à ces procédés condamnables.

Aussi ne devons-nous pas nous étonner de voir le silence se faire sur la question, interrompu de temps en temps par quelques chirurgiens audacieux qui déclarent l'intervention possible, parfois utile, bien rarement innocente.

Avec l'ère antiseptique, la chirurgie a changé et avec elle la question des indications et contre-indications opératoires, et la chirurgié articulaire autant ou plus que toute autre a profité des succès acquis.

Les résections montrèrent que les foyers articulaires étaient accessibles au chirurgien antiseptique et ce n'est que postérieurement à la pratique de l'école nouvelle qu'on put étudier l'innocuité et les bons résultats de la méthode.

La chirurgie articulaire appliquée aux luxations est donc d'origine toute récente et les revendications que pourrait élever la chirurgie ancienne ne pourraient que servir à confondre les chirurgiens de la période pré-antiseptique qui n'ont pas su s'abstenir.

Nous croyons, en effet, que si autrefois le remède était pire que le mal, puisque dans la grande majorité des cas il ajoutait à la gravité locale de l'affection le danger de l'infection générale par arthrite suppurée, les termes du problème sont aujourd'hui changés et que, sous les réserves expresses que nous formulerons plus loin, le chirurgien est autorisé à agir, et dans certains cas doit obéir, ne le voulût-il pas, à l'indication pressante.

Que les chirurgiens d'il y a vingt ans pussent hésiter, qu'ils préférassent laisser à un malade un membre impotent mais sain, nous ne devons nullement nous en étonner, parce que nous connaissons les statistiques de leur chirurgie articulaire ; mais dans les termes actuels, où se pose le problème, les dangers menaçant directement la vie n'existant plus, c'est, au contraire, l'état des lésions locales qui prime toute autre indication et détermine la thérapeutiqué.

II

Ce serait étudier une question bien aride que de déterminer exactement, mathématiquement si l'on peut dire, ce qu'est une luxation ancienne : telle luxation datant de un mois sera relativement ancienne si elle appartient à une variété normalement difficile à réduire ; telle autre, au contraire, d'âge avancé, pourra encore être réduite par les procédés non sanglants.

L'accord ne saurait exister : dès lors est-il aussi inutile que

(1) G. SIMON. *Prag. Viert.*, 1852, t. III.

(1) VALETTE. *Dict. Jaccoud*, t. XX, p. 787, art. LUXATIONS.

banal de mentionner, comme le font bien des classiques, la période de temps au bout de laquelle la luxation doit être déclarée irréductible. Dans la discussion qui éclata, en 1865, à la Société de chirurgie, Velpeau et M. Richet étaient d'accord pour dire que toute luxation âgée de plus de quatre ou cinq mois était en dehors des ressources de la chirurgie.

Bien qu'il ait déjà entrevu et signalé la difficulté d'une détermination précise, M. Valette (1) se croit en droit de formuler les conclusions suivantes :

« Pour les luxations de l'épaule, on peut tenter la réduction jusqu'au deuxième et troisième mois ; deux mois pour les luxations intra-coracoïdiennes; trois pour les sous-coracoïdiennes et sous-glénoïdiennes. Les luxations sous-épineuses et sous-acromiales peuvent être réduites beaucoup plus tard, jusqu'au cinquième et sixième mois.

A l'avant-bras, on peut tenter la réduction jusqu'à deux mois.

Pour la hanche, il est prudent de ne pas dépasser ce dernier terme.

On peut aller un peu plus loin pour les luxations de la mâchoire, jusqu'à deux mois et demi et même trois mois. »

Et comme pour montrer la vanité d'une détermination aussi précise, l'auteur lui-même cite le cas rapporté dans tous les traités où Carmish réduisit une luxation de la hanche au bout de cinq ans, cas évidemment exceptionnellement rare.

Dans la même discussion de 1865, à la Société de chirurgie (1), Chassaignac, répondant à M. Richet et à Velpeau, disait : « Ce qui avant tout doit être pris en considération, c'est l'état anatomique actuel de l'articulation », et n'ayant pas prévu la chirurgie actuelle, il ajoutait : « Il est clair que l'examen anatomique de l'articulation ne peut être l'objet d'un examen direct, car ce serait l'autopsie ; mais grâce à l'atrophie des muscles, on peut, chez certains sujets, apprécier à travers la peau l'état des parties osseuses articulaires. Quand cette exploration fait reconnaître soit la tuméfaction notable d'une tête osseuse, soit la déformation ou l'oblitération partielle d'une cavité articulaire, l'indication de *s'abstenir* est décisive, *sans tenir compte de l'époque de la luxation* : il y a impossibilité anatomique. Il n'en est pas de même des brides fibreuses dont on ne peut prévoir le degré de flexibilité et d'épaisseur, et le chirurgien peut, en outre, en opérer la rupture ou les diviser par le ténotome sans de graves inconvénients.

Je crois en définitive que, hors le cas constaté de déformation du squelette articulaire, il est toujours permis de chercher à vaincre les résistances fibreuses, quitte à s'arrêter quand on voit qu'il y a imminence du danger. »

C'est l'impossibilité anatomique que signalait Chassaignac, dont sait triompher la chirurgie antiseptique ; mais l'illustre chirurgien n'indiquait-il pas une possibilité opératoire, la plus timide, il est vrai, en conseillant la ténotomie des brides fibreuses !

En résumé, de nombreuses causes interviennent, qui font de la luxation une luxation ancienne au point de vue des indications thérapeutiques. L'âge du malade, le siège, la variété de la luxation, l'état constitutionnel du sujet, les tares antérieures de l'articulation luxée ou l'état anatomo-physiologique des tissus ambiants sont autant de raisons à invoquer pour expliquer le succès ou l'échec dans la réduction de luxations toutes anciennes, mais plus ou moins âgées.

En fait, il importe bien plus au chirurgien de savoir si la luxation est *réductible* par les moyens ordinaires de douceur ou de violence, que de savoir si elle date de deux ou de trois mois : la luxation irréductible à trois mois pouvait l'être déjà à deux et moins encore.

Aussi ne nous occuperons-nous que des luxations dites anciennes, irréductibles, et sous ce nom d'irréductible, on doit comprendre toute luxation dans laquelle l'état anatomique des parties lésées s'oppose à la réduction par les moyens les plus simples de réduction méthodique ou de traction violente. Chassaignac les eût appelées incurables.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler, en quelques mots, les modifications qui se passent du côté de la jointure, lorsque la luxation reste non réduite, puisque c'est de cette étude que l'on peut tirer des indications utiles pour le traitement par les méthodes sanglantes, la nécessité de l'abandon des procédés de douceur ou de force étant anatomiquement démontrée.

Nous choisirons deux exemples parmi les plus typiques. L'un en ce qui concerne l'épaule. « La tête de l'os est modifiée dans sa forme ; la partie en rapport avec la capsule est aplatie. Un ligament capsulaire complet enveloppe la tête humérale ; la cavité glénoïde est entièrement comblée par du tissu fibreux, au milieu duquel on trouve de petits noyaux osseux de nouvelle formation. Il s'est formé sur le bord inférieur de l'omoplate une nouvelle cavité destinée à recevoir la tête de l'humérus ; cette cavité est peu profonde, comme celle que l'os a abandonnée. » (Astley Cooper.)

A la hanche, les lésions offrent autant d'intérêt : la tête non contenue dans son expansion par la calotte cotyloïdienne se déforme, s'allonge, en général, inégalement ; le cotyle lui-même inverse ses bords pour combler sa cavité ; le sourcil fibro-cartilagineux prolifère ; la profondeur de la cavité de réception diminue du fait du retrait de l'os et de la prolifération des parties molles, de celles de l'arrière-fond, en particulier.

A côté de ces lésions osseuses principales qui, à elles seules, peuvent constituer l'impossibilité anatomique de la réduction, il existe encore d'autres obstacles qui proviennent du fait de la modification des parties molles ; la capsule épaissie, indurée, de consistance fibro-cartilagineuse, perd son élasticité : les lèvres de la déchirure inversées, indurées, rigides, étranglent le col ; la portion de la capsule qui voile le cotyle, suivant la variété de la luxation, y contracte des adhérences et concourt encore à oblitérer la cavité de réception (1).

Les muscles et les aponévroses peuvent être atrophiés d'abord, puis inextensibles par rétraction ; ils peuvent contracter avec les parties molles de la capsule des adhérences plus ou moins étroites et ajoutent encore à l'épaississement des tissus péri-articulaires, par suite à la difficulté de la mobilisation, à l'impossibilité de la réduction.

S'il se forme une pseudarthrose, les tissus voisins peuvent réagir en conséquence : dans un cas dû à Moreau, on vit une luxation obturatrice restée sans traitement provoquer l'ossification complète de la membrane ovalaire qui devint surface articulaire. Quant à la synoviale, elle est

(1) Chassaignac. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1865, t VI.

(1) Nélaton. *Arch. gén. de méd.*, 1889.

souvent rudimentaire, d'où l'étendue ordinairement peu considérable des mouvements dont jouissent ces articulations nouvelles.

Aussi, comme bien on doit le comprendre, l'état anatomique de la région joue un rôle prépondérant chaque fois qu'il s'agit d'établir le bilan des indications et contre-indications de l'intervention.

Existe-t-il une néarthrose, il faut en examiner la valeur physiologique : il est surprenant de voir quels services elle peut rendre, services qui sont toujours en rapport avec l'âge du malade, sa situation sociale, le degré d'habileté qu'il a su acquérir. Au reste, si dans l'ensemble une bonne néarthrose peut être à la rigueur désirable et peut, dans bien des cas, rester préférable au résultat thérapeutique de l'intervention, de la résection, par exemple, il ne saurait y avoir de formule unique, tant les conditions physiologiques sont variables en pareil cas. C'est ainsi que nous avons pu voir, chez M. le professeur Le Fort, à l'hôpital Necker, tel malade porteur d'une luxation de l'épaule, variété sous-coracoïdienne et diagnostiquée telle dans plusieurs hôpitaux, qui, trois ans après l'accident, exerçait le métier de roulier, faisait claquer son fouet et à l'occasion déchargeait aux Halles ses marchandises. Les fonctions de certaines néarthroses de l'épaule, grâce à la suppléance des mouvements du scapulum, sont parfois si parfaites que certains chirurgiens se sont ingéniés, comme M. Lafaurie (1), à perfectionner méthodiquement la néarthrose établie, conseillant, à l'exemple de Bonnet pour les ankyloses, la mobilisation progressive après immobilisation de l'omoplate et de la clavicule, et espérant ainsi perfectionner l'organe par la fonction, c'est-à-dire augmenter l'étendue des surfaces articulaires et de la synoviale.

Y a-t-il, d'autre part, un rapport à établir entre ces cas parfois éminemment favorables, et ceux où l'attitude vicieuse équivaut, à peu de chose près, à l'impotence du membre et à la suppression de sa fonction. A cette variété se rapporte l'histoire de ce malheureux opéré par M. Ricard, pour une luxation iliaque irréductible, et qui, un an après l'accident, ne pouvait marcher qu'avec une peine extrême, la jambe gauche enjambant à chaque pas sur le membre droit impotent, et qui vint supplier qu'on le débarrassât à tout prix de cette infirmité.

De ce court aperçu il résulte que c'est surtout au membre inférieur, dans les luxations coxo-fémorales, qu'une bonne néarthrose pourrait rendre quelque service au malade : c'est là qu'elle est le plus rare, et on se rappellera en même temps que : 1° récente, cette luxation est une des plus difficiles à réduire ; 2° ancienne, elle devient très rapidement irréductible.

Au membre supérieur (articulation de l'épaule), la néarthrose est encore utile ; jointe à quelques mouvements du scapulum, elle peut suppléer dans des limites parfois assez étendues à l'articulation normale.

L'impotence fonctionnelle absolue ou relative, les douleurs intermittentes ou continues, les attitudes vicieuses, surtout celles qui s'opposent à l'utilisation physiologique du membre, sont donc des indications d'intervenir pressantes; la néarthrose doit être respectée chaque fois qu'elle laisse un membre *utile*.

(1) Lafaurie. Th. de Paris, avec bibliogr., 1869.

III

Il est encore une indication opératoire dont nous n'avons pas parlé et qui mérite d'entrer en ligne de compte : ce sont les rapports des vaisseaux et des organes voisins avec la tête luxée, en particulier des vaisseaux et nerfs, et, question connexe et pour ainsi dire corollaire de la précédente, les troubles trophiques musculo-cutanés; que servirait, en effet, d'avoir obtenu à grand'peine une néarthrose utilisable si les moteurs font défaut.

Aussi, sommes-nous étonné de constater le silence à peu près absolu des auteurs sur les troubles nerveux et vasculaires, consécutifs aux luxations non réduites. De ce que les troubles de compression n'existent pas au moment de l'accident, nous ne croyons pas qu'on en puisse conclure qu'ils n'existeront certainement pas : n'est-il pas classique d'indiquer que, dans les mois qui suivent le traumatisme la disjonction articulaire s'exagère encore sous mille influences (mouvements spontanés ou communiqués, action musculaire); il y aurait donc lieu de décrire les troubles nerveux et vasculaires consécutifs, peut-être même des troubles de voisinage ou à distance.

Malgaigne (1) avait cependant noté que les artères présentaient quelquefois un allongement et une hypertrophie de leurs parois. Dans quelques cas, elles contractent des adhérences avec les parties voisines et restent comme englobées dans une masse de tissu cellulaire induré.

Les nerfs, dit le même auteur, ont été trouvés déplacés, plus tortueux que dans l'état normal, quelquefois aplatis et comme rubanés, par suite de la pression exercée sur eux par l'os déplacé.

Nous irons plus loin et nous dirons que si, de l'avis de la plupart des auteurs, les lésions nerveuses primitives ont été rarement observées, il y a lieu de faire une place beaucoup plus large aux troubles consécutifs ou éloignés, d'origine nerveuse; peut-être faudrait-il incriminer, non pas le voisinage de la tête déplacée, mais la névrite produite par les végétations périostiques et osseuses qui aboutissent à la péri-arthrite avec induration du tissu cellulaire ambiant.

Ce voisinage ne va pas sans quelques troubles du côté du membre intéressé, et il y aurait lieu de faire une étude intéressante sur la marche des troubles trophiques après réintégration de la tête dans sa cavité.

Avant d'entrer dans l'examen plus approfondi des méthodes de réduction, il est utile de discuter encore quelques indications opératoires et nous emprunterons une partie de cette discussion à la clinique faite par M. Ricard, le 5 mai 1891.

Le malade qui en faisait l'objet est assez intéressant pour que nous rapportions brièvement son histoire.

Cet homme, âgé de cinquante-six ans, tombe et se luxe l'épaule droite : la luxation méconnue n'est pas réduite ; six semaines plus tard il se présente à l'Hôtel-Dieu, où les méthodes ordinaires de douceur et de violence échouent : il s'agissait d'une variété intra-coracoïdienne, où la tête humérale était allée se luxer presque sous la clavicule.

Fallait-il réduire par les méthodes sanglantes ? Bien évidemment, puisqu'il s'agissait d'un malade de cinquante-six ans seulement, bien portant, vigoureux ; que la luxation,

(1) Cité par Valette.

récente encore, permettait d'espérer que la cavité glénoïde était encore libre, et que la tête ne s'était point encore constitué une néarthrose parfaite : dans ces conditions on pouvait se demander s'il était prudent d'attendre la constitution de cette néarthrose pour juger si elle serait utile ou non, fait toujours très aléatoire, expectative dangereuse puisqu'elle ne pouvait que favoriser la disparition de la glène et les rapports anormaux de la tête déplacée.

Le malade fut opéré et en retira les meilleurs résultats, nous reviendrons, d'ailleurs, plusieurs fois encore sur cette intéressante observation.

Mais si cet homme, du fait de son âge et de sa vigueur physique, du fait de son métier d'ouvrier et de la présence d'une luxation de date assez récente, quoique irréductible, se trouvait dans des conditions générales et locales d'intervention éminemment favorables et pouvant exclure le doute, il ne s'ensuit pas qu'il en doive toujours être de même.

A la question : Doit-on intervenir? il faut donc répondre par la négative.

1° Lorsque l'âge du malade est trop avancé ou que, sans être âgé, le malade présente quelque tare pathologique grave qui en fait un vieillard au point de vue de l'intervention chirurgicale;

2° Lorsque la lésion est très ancienne et qu'il y a eu néarthrose. Dans ces cas, la tête s'est déformée pour s'adapter à une nouvelle articulation et n'est plus physiologiquement conformée pour l'ancienne surface articulaire qui elle-même peut s'être comblée;

3° Lorsque l'état d'amaigrissement des muscles, la dégénérescence des os, etc., ont compromis l'intégrité du membre et rendent les manœuvres dangereuses ou menacent de rétablir dans ses rapports un membre impotent.

Nous avons vu que cette troisième contre-indication pourra un jour être beaucoup moins formelle, l'étude une fois faite du retentissement du déplacement articulaire sur les nerfs et vaisseaux.

De même, notre deuxième contre-indication n'a bien évidemment en vue que l'impossibilité de la coaptation de deux surfaces autrefois faites pour s'articuler : elle laisse à la chirurgie le champ libre pour rétablir les rapports de contiguïté et de conformation des deux surfaces articulaires.

Somme toute, ainsi qu'on peut le voir par les pages précédentes, l'obstacle principal à la réduction, c'est la disparition de la cavité de réception et la déformation de la tête articulaire; ce qui était autrefois une contre-indication presque absolue à l'intervention par les procédés de violence, devient presque une indication d'intervention par la méthode sanglante.

Celle-ci, *toujours indiquée* quand les autres procédés plus simples et plus bénins ont échoué, ne reconnaît guère que peu de contre-indications :

1° L'âge très avancé;

2° Les tares pathologiques anciennes ;

3° La présence d'une néarthrose ou d'une ankylose qui permettent au membre une liberté suffisante pour le libre exercice de la profession du malade;

4° Les troubles trophiques parvenus à un degré avancé.

Ne serait-ce pas le cas de faire ici encore le départ, si inhumain mais si utile, entre le traitement du pauvre et le traitement du riche?

En résumé, s'il est condamnable d'opérer toujours et quand même, il serait coupable, dans bien des cas, d'abandonner le malade à l'aléa d'une néarthrose hypothétique, ou, ce qui est pis encore, d'accepter l'impotence fonctionnelle comme un mal irrémédiable.

Grâce aux précautions antiseptiques, grâce à toute la chirurgie nouvelle qui a reculé les limites de la possibilité opératoire, nous sommes en mesure de proposer au malade des interventions sanglantes non seulement innocentes, mais efficaces, et dont il peut retirer les plus grands bénéfices.

Les procédés opératoires qui permettent, l'irréductibilité constatée, de remédier à la lésion ancienne sont multiples. Il y a donc lieu de les exposer maintenant, de voir quels sont leurs avantages et leurs inconvénients, leurs indications ou contre-indications, et celles-ci n'étant jamais absolues, leur application possible aux différents cas de la pratique courante de la chirurgie.

Avec tous les auteurs, on peut les classer en :

1° Procédés non sanglants de douceur;

2° Procédés non sanglants de violence;

3° Procédés sanglants.

IV

Anesthésie. — Mais avant d'étudier les uns ou les autres, se pose la grave question de l'anesthésie.

La question n'est pas très nouvelle, d'ailleurs, puisque en 1850 déjà, dans une discussion à la Société de chirurgie, Morel-Lavallée et plusieurs autres chirurgiens attirèrent l'attention sur les dangers de la chloroformisation dans la réduction des luxations. C'était encore l'avis de Gosselin : pour lui les catastrophes étaient particulièrement fréquentes.

Pour nous, nous n'hésiterons pas, avec notre maître, M. Ricard, à nous prononcer en faveur de l'anesthésie, car si la question est discutable en ce qui concerne les luxations récentes, il ne saurait y avoir de doute lorsqu'il s'agit de luxations anciennes.

Dans ce cas, que la méthode employée appartienne aux procédés sanglants ou non, l'anesthésie est pour ainsi dire de rigueur, lorsque l'ancienneté et l'irréductibilité de la luxation sont bien établies.

Mais si nous adoptons l'anesthésie d'une façon uniforme, il ne s'ensuit nullement que nous préconisions la chloroformisation en dépit des accidents graves ou mortels qu'elle a déjà occasionnés.

Bien au contraire, avec M. Valette, nous pensons qu'il y a une indication à employer un anesthésique aussi efficace, quoique moins énergique que le chloroforme, et c'est à l'éthérisation que nous aurions volontiers recours.

Une récente statistique américaine mettait en relief cette relative bénignité de l'éthérisation en ne lui attribuant qu'une mort pour cinq dues au chloroforme; cette conclusion nous paraît se rapprocher de la réalité et la supériorité de l'éther chaque fois qu'il s'agit d'une anesthésie prolongée (opération abdominale) ou dangereuse (dilatation anale, luxation) est pour nous un fait démontré. L'anesthésie est aussi parfaite que par la chloroformisation, tout au plus peut-on lui reprocher d'être plus longue à obtenir. Dans ce cas, on pourrait lui substituer l'anesthésie mixte, d'abord au chloroforme, puis à l'éther, la résolution une fois obtenue et au moment même de l'acte opératoire, temps éminemment dangereux pour l'anesthésie.

En tout cas, l'emploi de l'éther seul ou combiné au chloroforme nous paraît la méthode de choix dans l'anesthésie pour réduction des luxations.

V

L'étude des procédés non sanglants dits simples ou de douceur ne nous arrêtera guère; ils sont, le plus souvent, inefficaces, lorsqu'il s'agit de luxations anciennes; nous avons même dit qu'on pouvait définir la luxation ancienne celle qui a résisté aux procédés de douceur. Si possible, il faut naturellement les employer.

Sur 19 observations de luxations sous-coracoïdiennes réduites par Kocher (1), 2 dataient de trois semaines; 2 de cinq semaines; 1 de six semaines; 2 de deux mois; 4 de deux mois et demi; 6 de trois mois; 2 de quatre mois; dans 5 cas seulement le malade fut anesthésié.

Voilà une statistique qui fait honneur à la méthode : depuis, le même auteur a rapporté 12 luxations réduites par son procédé du premier au troisième mois : 6 du troisième au quatrième mois, 3 datant de quatre mois et 1 datant de cinq mois et vingt-deux jours (2).

Mais malgré les brillants résultats de cette statistique, l'échec est encore fréquent, lorsqu'il s'agit de luxations invétérées et, comme témoignage, nous rappellerons ce malade que M. Ricard dut opérer par l'arthrotomie et dont la luxation, intra-coracoïdienne, il est vrai, ne datait que de six semaines.

C'est que la différence est grande entre les luxations intra et sous-coracoïdiennes, et si l'on ne craignait une exagération de langage on pourrait dire que la luxation intra-coracoïdienne devient plus rapidement ancienne et irréductible que la luxation sous-coracoïdienne.

Les procédés de MM. Després et Mothe, qui ont pu, dans quelques cas, avoir raison de luxations relativement anciennes, sont souvent insuffisants. On en pourrait dire autant du procédé de M. Legros et de celui de M. Théophile Anger, qui a eu recours à la rotation du membre combinée à la traction élastique, et, en règle générale, on est obligé d'avoir recours aux méthodes de violence.

Nous ne nous appesantirons pas beaucoup sur ces dernières, décrites et figurées partout. Le procédé de M. Richet, qui consiste en la mobilisation extemporanée et violente des adhérences, suivie d'une traction lente et puissante, par des moufles, des tubes de caoutchouc et des aides, et l'appareil à la fois extensif et contre-extensif de Jarvis (3), ont bientôt cédé le pas à l'appareil à moufles de Sédillot, bientôt modifié par Hennequin.

Nous engageons le lecteur à se reporter pour la description et l'emploi de cet appareil au *Nouveau traité de chirurgie* (T. III) où M. Nélaton le figure et l'explique (page 136).

On ne saurait contester que cet appareil n'ait fait faire un progrès considérable au traitement des luxations difficilement réductibles. Grâce à la traction énergique que l'on peut déployer (150 à 200 kilog.), grâce à la façon lente, continue, intégrale dont la force est transmise, on peut arriver à un résultat inespéré dans des cas fort anciens; pour M. Panas, d'ailleurs, plus la tête s'éloigne de sa cavité, plus longtemps la luxation reste réductible.

Kœnig ne dit-il pas avoir réduit une luxation au bout de huit ans, Sédillot après un an et quinze jours! Ici encore, nous retrouvons les multiples conditions de siège, de nature, de variété.

Est-il, d'ailleurs, utile de faire remarquer que la plupart des considérations précédentes s'appliquent aux luxations du membre supérieur et que si, à ce niveau, l'appareil de Jarvis a pu être adapté par M. Mathieu au traitement des luxations du coude, il n'en est plus de même des moufles, totalement inutilisables lorsqu'il s'agit de réduire une luxation invétérée de la hanche.

D'ailleurs, outre les accidents qu'elle peut provoquer et que signalent tous les classiques, l'application des moufles peut aussi être suivie d'échec et nous nous rappelons en avoir vu un cas bien net chez notre maître M. Verneuil où une luxation intra-coracoïdienne de quatre mois résista à trois séances de traction par les moufles judicieusement appliquées. Dans un autre cas, ce ne fut qu'à la troisième séance et après bien des efforts que la luxation put être réduite.

L'échec existe donc après l'application des moufles comme après toute autre méthode et les considérations anatomo-pathologiques, que nous avons émises plus haut, l'expliquent suffisamment. Le chirurgien doit-il renoncer à améliorer l'état du patient ou à le guérir? La question, aujourd'hui résolue, se posait il y a peu de temps encore; en présence des mauvais résultats des tentatives pré-antiseptiques, le débat avait été clos à la confusion des opérateurs; il s'est rouvert depuis et, sous certaines conditions, l'opération sanglante est devenue légitime, mais à cette condition formelle : c'est qu'elle reste toujours une méthode de nécessité indiquée par l'échec préalable de toutes les autres méthodes de douceur ou de force, au préalable *consciencieusement* et *à plusieurs reprises* essayées. Ces procédés sanglants sont nombreux et nous les passerons en revue après avoir, toutefois, fait remarquer que les indications en sont restreintes à des cas, en définitive, assez rares, et tout à fait exceptionnels pour quelques articulations.

De quand date cette révolution dans la chirurgie des articulations? Nous avons vu qu'il était difficile de répondre d'une façon précise à la question ainsi posée. Pour nous, nous serons catégorique et nous ferons dater de l'époque antiseptique actuelle et, en particulier, de l'année 1869, les tentatives rationnelles et fructueuses faites dans ce sens.

Weinhold, en 1819, et, plus tard, Dieffenbach et Simon pratiquèrent la ténotomie.

Mais, dès 1869, Warren (1) avait proposé et pratiqué l'arthrotomie à ciel ouvert pour réduire une luxation de l'épaule; en 1876, Volkmann réséqua avec succès la tête du fémur pour une luxation irréductible; en 1878, M. Poncet (de Cluny) avait opéré un cordonnier de Philippeville porteur d'une luxation sous-coracoïdienne datant de trois mois et qui avait résisté à tous les procédés généralement employés : il eut le bonheur de trouver une cavité glénoïde absolument saine et il put y replacer la tête humérale : le résultat fonctionnel fut parfait.

S'il avait fallu attendre jusqu'à Morand bientôt suivi par Hunter et, plus tard, par Desault, Boyer, Thomson, Astley

(1) Ceppi. *Rev. de chir.*, 1882.
(2) Kocher. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1890.
(3) Cet appareil est figuré in Poulet et Bousquet. T. III, p. 960, édit. 1885.

(1) Warren. *Philad. Med. and Surg. Rep.*, 1869.

Cooper pour instituer l'étude des luxations non réduites, étude que compléta Malgaigne, on peut dire que l'étude du traitement sanglant des luxations irréductibles prit, dès le début, une allure rapide : Dieffenbach puis Simon suivirent la voie nouvelle. En 1882, notre maître M. Polaillon (1) remit la question à l'ordre du jour par la présentation à la Société de chirurgie d'un malade qu'il guérit par une opération; Daniel Mollière, quatre ans plus tard, rapporta au Congrès de chirurgie (1886) le résultat d'opérations sanglantes.

Enhardis par les succès, les chirurgiens français et étrangers intervinrent alors résolument et les malades, que vingt années de timidité chirurgicale avaient condamnés à l'impotence, furent soumis aux interventions les plus diverses par des chirurgiens comme Langenbeck, Annandale, Lister, MM. Nélaton et Quénu.

Kocher, lui-même (2), dut, dans des cas particuliers, céder à l'enthousiasme et opéra plusieurs malades chez lesquels son procédé avait échoué.

Avant d'entrer dans le détail des procédés opératoires applicables, il nous faut bien justifier l'intervention et celle-ci, renfermée dans les limites que nous avons plus haut établies, est légitime, puisque l'asepsie et l'antisepsie permettent d'opérer avec autant de sécurité au niveau des surfaces articulaires disjointes qu'en aucune autre région des membres; ne serait-il pas paradoxal de nier à une arthrotomie, la bénignité que tous les chirurgiens accordent aujourd'hui à l'ostéotomie qui crée une fracture exposée, lésion grave par excellence.

Pourquoi, d'ailleurs, refuser à la correction des luxations l'intervention que l'on accorde à toute autre attitude vicieuse des membres, et l'impotence ne peut-elle être au moins égale entre une luxation iliaque non réduite et un genu valgum type; entre une pseudarthrose de l'humérus et une luxation intra-coracoïdienne non réduite ? Il est à peine besoin d'insister plus longuement pour justifier l'intervention.

Les choses ont donc bien changé depuis l'ère antiseptique et le problème se pose ainsi : Étant donné une luxation il *faut la réduire* : 1° par les procédés de douceur ou de force; 2° par les méthodes sanglantes chaque fois que l'âge et l'état général du malade le permettent et que l'impotence fonctionnelle du membre le commande.

Dans ces conditions à quelles méthodes opératoires peut-on avoir recours ? Elles sont nombreuses et, quoique bien souvent elles se combinent, nous les classerons de la façon suivante :

1° Sections sous-cutanées;
2° Arthrotomie;
3° Réfection des surfaces articulaires après arthrotomie;
4° Résection;
5° Ostéotomie.

L'amputation, moyen extrême, bien rarement indiqué, ne trouvera pas place dans notre description.

Est-il besoin de rappeler *qu'aucun de ces procédés n'est recommandable*, si le chirurgien ne s'astreint à une antisepsie sévère ou à une rigoureuse asepsie?

(1) Polaillon. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 134.
(2) Kocher. Loc. cit., 1890, t. XXX.

VI

Sections sous-cutanées. — Nous avons déjà signalé la tentative de Weinhold qui, dès 1819, avait sectionné le tendon du grand pectoral à trois travers de doigt de son insertion pour faciliter la réduction d'une luxation *scapulo-humérale* non réduite ; il fut suivi par Dieffenbach qui intervint plus largement : le grand pectoral, le grand dorsal, le grand rond, le petit rond furent sectionnés; il entama même les ligaments et put guérir son malade.

C'est encore la conduite d'Hamilton et Mac Cormac qui, cette fois à la hanche, pratiquèrent une ténotomie sous-cutanée; le résultat ne fut pas heureux, puisque Mac Cormac dut réséquer plus tard la hanche opérée; nous verrons que les partisans de l'arthrotomie furent plus heureux.

Parmi les partisans de la section sous-cutanée il nous faudrait encore citer B. Bell, Gerdy, Maisonneuve, Blandin, J. Guérin, G. Simon et enfin et surtout M. Polaillon, dont nous avons encore signalé l'importante communication de 1882 à la Société de chirurgie.

Nous empruntons au *Traité* de M. Nélaton (1), les lignes suivantes, extraites de la communication de M. Polaillon, qui a rapport au traitement d'une luxation irréductible de l'épaule par la ténotomie sous-cutanée préalable.

« Dans un premier temps on fait pénétrer, à 1 centimètre au-dessous du sommet de l'acromion, un ténotome pointu, qu'on dirige horizontalement de dehors en dedans jusqu'à la tête de l'humérus. Dans un second temps, on glisse un long ténotome mousse entre la face antérieure de la tête humérale et le muscle deltoïde, et l'on coupe contre l'os tous les tissus fibreux ; puis on retire un peu l'instrument pour le glisser en arrière de la tête humérale et couper en ce point les tissus fibreux. Cela fait, on peut encore contourner d'un côté à l'autre l'extrémité supérieure de l'humérus, en détruisant la plupart des brides supérieures... Au bout de deux ou trois jours, la plaie cutanée étant cicatrisée, on renouvelle les tractions pendant la chloroformisation, et si la luxation ne se réduit pas, on peut dire à bon droit qu'elle est au-dessus des ressources de l'art. »

A la suite de M. Polaillon, D. Mollière obtint aussi quelques succès.

La ténotomie sous-cutanée avait aussi été inaugurée par Liston pour les *luxations du coude* et ses tentatives étaient, dit Malgaigne, antérieures à 1840.

Maisonneuve, nous dit M. Nélaton, l'imita en 1847; Lewis Sayre (2), Wilmart (3), Hamilton durent aussi à la méthode des succès.

Ces articulations luxées, irréductibles ne se trouvaient-elles pas, d'ailleurs, dans le cas de luxations autres, si difficiles à réduire parfois dès le début, les *métacarpo-phalangiennes* du pouce, par exemple, et B. Bell, Blandin, Vidal de Cassis et Malgaigne n'étaient-ils pas alors intervenus par la section sous-cutanée des tendons, opération que, d'après la thèse de M. Thiau (4), M. Paquet (de Lille) applique au court fléchisseur et cherche à remettre en honneur. La section de la sangle gléno-sésamoïdienne, proposée par

(1) Nélaton. *Traité de chirurgie*, t. III, p. 139.
(2) Sayre. *Philad. Med. and Surg. Rep.*, 1871.
(3) Wilmart. *Presse méd. belge*, 1881, n° 43.
(4) Thiau. Th. de Paris, 1887.

MM. Jalaguier, Farabeuf et exécutée par M. Verneuil (1), se rapporte à cette variété d'intervention.

Enfin, en ce qui concerne la *hanche*, Hamilton et Mac Cormac avaient institué aussi la ténotomie sous-cutanée; mais ici les lésions précoces et constantes du cotyle ne leur permirent pas la réduction.

En somme, c'est surtout à M. Polaillon, en France, que revient le mérite d'avoir attiré de nouveau l'attention sur ce point.

Quelle est la valeur de la méthode et pourquoi est-elle aujourd'hui peu suivie? Il est facile de prévoir la réponse à une telle question. La ténotomie a pour but d'éviter l'infection, et c'est pour l'atteindre que M. Polaillon laissait cicatriser les orifices de ponction du ténotome, avant d'intervenir à nouveau par des tractions. Aujourd'hui, l'antisepsie nous apprend que de deux choses l'une : ou l'instrument est septique et la moindre incision peut infecter le malade, surtout même, dirons-nous, les incisions profondes et étroites, véritables plaies d'inoculation; ou l'appareil instrumental est désinfecté et l'arthrotomie devient aussi bénigne que la ténotomie. C'est là la discussion de la valeur respective de la ténotomie sous-cutanée et de la ténotomie à ciel ouvert.

A la ténotomie on peut objecter qu'elle n'est qu'une opération préparatoire, qu'elle ne renseigne nullement sur l'état des lésions; c'est une méthode aveugle et inconsciente; peut-être pourrions-nous aller aussi loin que M. Ricard qui, dans une de ses cliniques, la qualifiait inutile ou dangereuse. Est-il besoin de démontrer que appliquée aux luxations ovalaires de la hanche, aux diverses luxations axillaires, elle peut intéresser un vaisseau, la circonflexe, par exemple, ou une artère plus considérable encore, et provoquer les plus graves dégâts?

En résumé, elle a ouvert la voie à la chirurgie hardie de notre époque, mais elle doit, dans l'immense majorité des cas, céder le pas aux méthodes suivantes qui réunissent aujourd'hui la majorité des suffrages.

VII

Arthrotomie. — C'est à propos de l'arthrotomie que MM. Poulet et Bousquet écrivaient dans leur *Traité de pathologie externe* (édit. 1885) :

« Dans ces dernières années, plusieurs chirurgiens, en Allemagne et en Amérique, rendus presque téméraires par la sécurité que donne la méthode antiseptique, n'ont pas craint d'aller directement à la recherche de l'os luxé par une incision à ciel ouvert. Malgré les quelques succès publiés, cette méthode nouvelle n'est pas encore acclimatée chez nous. »

Depuis 1885, cette méthode a fait du chemin : on pourrait dire que, dans les cas graves, elle a fait fortune.

A l'épaule, Warren (2) est un des premiers qui l'ait proposée dans les luxations sous et intra-coracoïdiennes; après lui Langenbeck (3), Volkmann (4), Ollier (5), pratiquèrent l'arthrotomie.

(1) Verneuil. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 412.
(2) Warren. Loc. cit., 25 sept. 1869.
(3) Langenbeck, in Krœnlein. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1877.
(4) Volkmann, in Popke. *Zur casuistic. und Therapie der inveteritren und habituellen Luxationen*, Inaug. dissert., Halle 1882.
(5) Ollier. *Congrès français de chirurgie*, 1886, p. 350.

Burckhardt, après avoir essayé de réduire une luxation datant de sept mois, intervint aussi et put obtenir, après l'opération, des mouvements du bras jusqu'à l'abduction à 45 degrés : il relata cette observation dans le *Würtemb. Med. Corresp.*, n° 4. Nous avons déjà cité le cas où M. Poncet (de Cluny) pratiqua l'arthrotomie sur un cordonnier de Philippeville, pour une sous-coracoïdienne datant de trois mois; le plexus brachial était comprimé; et il y avait alors atrophie des muscles du bras; les suites de l'opération furent simples et le résultat ultérieur parfait; seul le deltoïde ne reprit pas son volume. M. Thomas (1), Annandale (2), Lister (3), M. Ch. Nélaton (4), M. Quénu (5), Kocher (6), sont cités dans le *Traité* de M. Nélaton comme étant intervenus dans le but de libérer les attaches fibreuses qui entouraient la tête; enfin, Knapp, que cite Kocher, relate douze cas d'arthrotomie.

Au coude, l'arthrotomie déjà pratiquée en 1847, par Blumhardt (7), fut combinée à l'ostéotomie de l'olécrâne, par Pingaud, en 1877, exécutée par Trendelenburg (8), en 1879, et par Volker (9), en 1880.

L'arthrotomie vraie du coude, avec quelques variantes dans le manuel opératoire, fut successivement exécutée (10) par von Lesser (11), von Wahl de Dorpat (12), MM. Decès et Doyen (13), M. Ollier (14), Trendelenburg, Nicoladoni, Volker, Huter, Albert, Dumreicher, Stimson; presque toujours l'articulation est abordée à travers une section de l'olécrâne, et la suture de cette apophyse, après réduction, constitue le dernier temps de l'intervention.

En ce qui concerne la petite *articulation métacarpo-phalangienne*, parfois si rebelle, l'arthrotomie avait été de bonne heure tentée par Dupuytren.

Depuis l'avènement de la période antiseptique Clark (15), Luck (16), M. Tillaux (17), Bœckel (18), M. Richon (19), Esmarck (20), Volkmann (21), Evans (22) cités par M. Nélaton y eurent recours avec des résultats fort variables, étant donné l'extrême mobilité qu'exige le fonctionnement du pouce : il fallut quelquefois réséquer ultérieurement et le résultat fonctionnel fut alors médiocre.

A la hanche, dont les luxations irréductibles sont fréquentes, l'arthrotomie fut aussi tentée. Les échecs qu'Hamilton et Mac Cormac subirent après la ténotomie simple,

(1) Thomas. *Rev. de chir.*, 1886, p. 350.
(2) Annandale. *Med. Times and Gaz.*, 1875, t. I.
(3) Lister. *Bull. méd.*, 1889.
(4) Ch. Nélaton. *Arch. gén. de méd.*, 1888.
(5) Quénu. *Revue de chirurgie*, 1887.
(6) Kocher. Loc. cit.
(7) Blumhardt. *Gaz. méd. de Paris*, 1847.
(8) Trendelenburg. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1879, t. XXIV.
(9) Volker. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1880, t. II.
(10) Cités par Nélaton.
(11) Von Lesser. *Centralbl. f. Chir.*, 1881, n° 16.
(12) Von Wahl. *St-Pétersb. Med. Wochens.*, 1879, n° 23.
(13) Decès et Doyen. Congrès de chirurgie, 1886.
(14) Ollier. *Traité des résections*, t. II.
(15) Clark. *The Lancet*, 1872, t. II, p. p. 80.
(16) Luck. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1871.
(17) Tillaux. *Chirurgie clinique*, t. I.
(18) Bœckel. *Gaz. des hôpit.*, 1881.
(19) Richon. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1887.
(20) Esmarck. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1876, n° 44.
(21) Volkmann. *Revue d'Hayem*, 1878, t. XI, p. 293.
(22) Evans, in Poinsot. *Rev. de chir.*, 1883, p. 637.

poussèrent Volkmann (1), Mac Cormac lui-même (2), Nicoladoni (3), Margary (4), Sydney Jones (5), M. Polaillon (6), M. Quénu (7), Paci (8), M. Ch. Nélaton (9), M. O. Bloch (10), Vicelli (11), Severeano (12) à intervenir.

Le sort de ces opérations par arthrotomie est différent, suivant qu'on l'envisage au niveau des diverses articulations.

Si, à l'épaule, quelques opérateurs eurent un succès, comme Burckhardt et M. Poncet, dans un grand nombre d'autres cas, la tête découverte ne put être réintégrée dans sa cavité et il fallut la réséquer.

Nous connaissons déjà la raison anatomo-pathologique de cet échec, et M. Nélaton l'indique bien dans son livre : c'est l'obstacle que présente en arrière de la tête luxée l'ancienne capsule articulaire rétractée et fermée qui protège la cavité glénoïde et lui adhère même souvent.

D'après M. Nélaton « Lister qui a rapporté, à la Hunterian Society, quatre observations d'arthrotomies de l'épaule, suivies de succès, procède de la façon suivante : la tête étant mise à nu par une incision qui part de la coracoïde et qui se prolonge en bas, suivant le sillon pectoro-deltoïdien, il décolle la capsule en dedans et en dehors jusqu'aux *surfaces d'insertion* des muscles rotateurs externes. Le décollement des insertions humérales de la portion postérieure de la capsule transforme la bourse capsulaire en un lambeau flottant que la tête peut alors écarter pour reprendre sa place. Ceci prouve donc que pour obtenir un résultat satisfaisant, c'est la partie postérieure que le chirurgien doit écarter de l'humérus et de la glène, et que c'est en arrière de la tête déplacée qu'il doit ruginer, non pas en avant, ainsi qu'on l'a généralement fait. »

C'est en suivant ces conseils que M. Ricard (13) a pu récemment obtenir un beau succès sur un homme de cinquante-six ans, pour une luxation intra-coracoïdienne de trois mois, ayant résisté à tout autre moyen de traitement.

Une large incision en ꓶ, dont la branche verticale suivait le sillon deltoïdo-pectoral et la branche horizontale le bord claviculaire, permit d'isoler la tête : la glène fut libérée des tissus fibreux qui l'obstruaient et la tête put être réintégrée. Les suites furent simples et le malade, revu par l'opérateur dix mois plus tard, présentait un résultat thérapeutique parfait.

Au coude, M. Nélaton (14) est d'avis que les résultats de la résection sont supérieurs à ceux de l'arthrotomie : il indique nettement la résection quand la luxation remonte à six semaines ou deux mois.

Les résultats de l'arthrotomie dans les luxations métacarpo-phalangiennes du pouce et de l'index sont fort variables ; en général, les raideurs persistantes consécutives aggravent le pronostic éloigné de l'opération.

A la hanche, les résultats de l'arthrotomie furent peu encourageants; de tous les auteurs que nous avons cités, aucun ne put réduire : M. Ricard (1), qui obtint, cependant, un beau succès, avait dû réséquer la tête fémorale; M. Polaillon et Vecelli, seuls, purent terminer l'opération, mais le malade de M. Polaillon mourut d'arthrite suppurée.

De l'examen des différentes observations qui ont rapport à cette région, M. Nélaton reconnaît deux causes à l'échec :

« 1° Les chirurgiens ont abordé l'article par une voie qui ne leur permettait pas de dégager le cotyle fermé par la capsule appliquée au-devant de lui ;

2° Ils ont eu à lutter contre un raccourcissement des muscles qui entourent la jointure tel, qu'il ne permettait pas de ramener la tête déplacée au niveau de sa cavité. »

M. Nélaton condamne, pour ces motifs, toute tentative d'arthrotomie par la voie rétro-trochantérienne qui ne peut découvrir la capsule sans réséquer la tête. Seuls, M. Polaillon qui avait incisé à la partie antérieure de la hanche, suivant le bord antérieur du trochanter, et Vecelli qui l'imita, purent réduire; Nicoladoni est disposé à utiliser cette voie.

Enfin, du fait du raccourcissement musculaire, il résulte, d'après M. Nélaton, que l'incision antérieure ne peut suffire à assurer le résultat de l'opération; il faut, de toute nécessité, tenter l'arthrotomie d'une façon précoce, dès que la luxation est bien nettement irréductible, c'est-à-dire avant le raccourcissement musculaire, qu'il faut prévoir et *prévenir*.

Nous ne parlons pas, à dessein, des luxations du pied où les interventions sanglantes présentent des indications spéciales.

VIII

RÉFECTION DES SURFACES ARTICULAIRES. — Immédiatement après l'arthrotomie, nous mentionnerons un procédé nouveau dans son ensemble qui paraît avoir été mis, pour la première fois, en pratique par M. Ricard : il s'agit de l'arthrotomie suivie de la reconstitution à la gouge et au maillet de la cavité articulaire de réception.

Reconstituer une cavité de réception n'est pas chose facile. Nous avons assisté M. Ricard dans deux opérations de ce genre, et nous avons pu nous convaincre des difficultés, parfois considérables, de cette opération nouvelle, exécutée pour la première fois, croyons-nous, par M. Ricard, en 1889, bien que sa communication sur ce sujet, à la Société de chirurgie, date de 1890.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une luxation iliaque droite datant d'un an, survenue en Amérique et pour laquelle le malade, âgé de vingt ans, avait vainement réclamé l'assistance de plusieurs médecins. La marche était impossible ; le membre, très raccourci, était dans une inversion prononcée et le malade trébuchait à chaque pas, le pied sain heurtant et devant, pour ainsi dire, enjamber l'extrémité du membre malade. M. Ricard se proposa de faire l'arthrotomie, d'aller par la voie ainsi créée à la recherche de la lésion et de réintégrer, si faire se pouvait, la tête dans la cavité. Il fit l'incision postérieure à peu près

(1) VOLKMANN. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1877, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1883, p. 103.
(2) MAC CORMAC. *St-Thomas Hospit. Rep.*, 1878, t. IX, et *Bull. de la Soc. de chir.*, 1883, p. 103.
(3) NICOLADONI. *Wiener Med. Wochens.*, 1885, et Th. de Frétin, 1887.
(4) MARGARY. *Archivio di orthopedia*, 1884.
(5) S. JONES. *The Lancet*, 1884, t. II.
(6) POLAILLON. Société de chirurgie, 1883.
(7) QUÉNU. *Rev. de chir.*, 1887.
(8) PACI. *Trattato Sperimentale*, etc., 1889.
(9) Ch. NÉLATON. *Arch. gén. de méd.*, 1889.
(10) O. BLOCH. *Rev. d'orthop.*, 1890.
(11) VICELLI. *Archivio di orthopedia*, 1887.
(12) SEVEREANO. Congrès français de chirurgie, 1886.
(13) A. RICARD. Clinique de l'Hôtel-Dieu, 5 mai 1891.
(14) NÉLATON. Loc. cit., p. 177.

(1) A. RICARD. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1890.

classique, trouva une tête à la vérité peu déformée, quoique adhérente au voisinage, mais le cotyle n'existait pour ainsi dire plus; il fallut, au ciseau, à la gouge, à la curette, parfois avec la gouge frappée, creuser à nouveau la cavité cotyloïdienne; l'opération, quoique pénible, fut menée à bien, mais la tête n'ayant pu reprendre sa place, il fallut la réséquer, au ras du col; mais loin de laisser l'opération incomplète, le chirurgien eut l'idée d'utiliser le moignon restant du col et de le placer dans la cavité nouvellement creusée.

L'ascension ultérieure du fémur, consécutive à la résection, ne se fit pas; nous revîmes l'opéré à plusieurs reprises, et tout dernièrement encore; la marche se faisait parfaitement, et le malade pouvait effectuer de longs trajets sans fatigue.

Nous voulions signaler cette méthode qui est incontestablement nouvelle : si son application se trouve restreinte à la hanche, où très rarement on pourra replacer la tête déformée dans le cotyle nouvellement creusé, il n'en serait plus de même à l'épaule où, dans un cas de M. Ricard (il est vrai que la luxation était peu ancienne), la tête fut remise en place dans l'ancienne cavité articulaire.

On peut caractériser ce procédé de deux mots : il s'agit d'une véritable restauration de surfaces articulaires dans leur forme et leurs rapports; il y aura lieu, suivant les cas et les régions, de pratiquer la réfection de l'extrémité luxée.

IX

Résection. — On peut dire avec M. Nélaton que la résection n'est qu'un pis-aller, car, sauf des cas spéciaux, au coude par exemple, elle n'est jamais suivie d'un résultat fonctionnel aussi parfait que la coaptation pure et simple des surfaces articulaires.

Avec ce que nous savons de la période pré-antiseptique, nous ne nous étonnerons pas toutefois de la voir préférée à l'arthrotomie, avant que la nouvelle chirurgie eût montré la bénignité de cette intervention.

Les quatre observations d'arthrotomie suivies de succès et rapportées à la Hunterian Society semblent ébranler l'opinion de Nélaton qui considérait d'abord la résection comme la méthode de choix.

Cependant, il faut bien le dire : en admettant même que l'arthrotomie entre dans la pratique courante de la chirurgie, après une technique bien réglée, la résection restera encore indiquée chaque fois que l'arthrotomie pure et simple sera impossible, et ces cas sont en majorité : en d'autres termes, telle opération commencera bien souvent par l'arthrotomie qui, en réalité, devra être terminée par la résection.

Textor, Emmert, Langenbeck ont tenté la résection et en ont obtenu de bons résultats; Mac Cormac dut réséquer plus tard la hanche du malade auquel il avait d'abord pratiqué une ténotomie.

En ce qui concerne l'*épaule*, Kocher, sur 8 interventions, dut pratiquer 7 fois la résection avec 1 mort et 6 guérisons. Knapp, cité par M. Nélaton, trouve 4 morts, 16 bons résultats, sur 20 cas de résection; il n'y a pas de mauvais résultat; aujourd'hui, on pourrait affirmer que le chiffre des morts pourrait être réduit à 0.

C'est pour le *coude* que Textor, en 1823, Emmert, en 1847, avaient inauguré la résection : depuis, leur exemple a été fréquemment suivi comme le prouve l'énumération suivante, tirée du travail de M. Nélaton : Bœckel (1), Maydl (2), MM. Ollier (3), Reverdin (4), Nicoladoni, Sprengel. M. Nélaton fait remarquer qu'elle peut porter seulement sur l'humérus ou intéresser les trois os de l'article. M. Nélaton la regarde jusqu'à présent comme la méthode de choix pour toute luxation du coude datant de plus de six semaines.

C'est encore à la résection que maints opérateurs ont eu recours pour les luxations métacarpo-phalangiennes du pouce.

A la *hanche*, nous avons vu que la plupart des arthrotomies, sauf les faits de M. Polaillon et Vicelli, avaient dû être terminées par la résection. Elle y donne, d'ailleurs, d'excellents résultats, n'était l'ascension consécutive du trochanter qui produit le raccourcissement et la claudication. Nous ne reviendrons pas sur l'ingénieux procédé de M. Ricard, pour s'opposer à cette ascension : il a donné un résultat parfait.

La résection est d'autant plus souvent indiquée, qu'il y a fracture concomitante (Bloch, Witterman), ou que le sciatique comprimé amène des troubles trophiques.

Elle remédie enfin à la position vicieuse du membre dans de notables proportions, ainsi que nous l'avons observé dans le cas cité par M. Ricard.

Enfin, et surtout, c'est au pied que la résection donne des résultats parfaits; nous ne nous étendrons pas sur ce sujet, nous dirons seulement que le succès y est pour ainsi dire la règle.

En résumé, comme on peut le voir d'après les lignes qui précèdent, la résection est, de toutes les interventions sanglantes, celle qui est le plus souvent usitée; avec la modification que lui a heureusement adjointe M. Ricard, elle devient applicable au plus grand nombre des cas.

X

Ostéotomie et ostéoclasie. — Hamilton nous dit que Mears (5) [de Philadelphie] conseillait l'ostéotomie sous-cutanée du col de l'*humérus* et avait obtenu deux bons résultats en opérant avec la scie d'Adams. C'est dans le même but que M. Desprès (6) conseille la fracture du col chirurgical de l'os luxé; il espère obtenir une pseudarthrose qui supplée aux mouvements perdus de la jointure.

Au *coude*, M. Pingaud, en 1877, avait pratiqué l'ostéotomie de l'olécrâne.

En ce qui concerne la *hanche*, l'ostéotomie a pu aussi être indiquée lorsque la tête déplacée fixait le membre dans une attitude vicieuse. C'est dans ces cas, qu'employant tantôt l'ostéotomie, tantôt l'ostéoclasie, MM. Verneuil, Bouilly (7), Mac Ewen (8), Wahl et Koch (9) ont obtenu une rédintégration fonctionnelle suffisante.

Nous mentionnerons pour mémoire seulement l'amputation qui a pu être autrefois utilisée : nous osons croire que,

---

(1) Bœckel. Congrès de chirurgie, 1886.
(2) Maydl. *Id.*
(3) Ollier. *Traité des résections*, t. II.
(4) Reverdin. In Th. de Barros, Genève 1886.
(5) Mears. *Philad. Med. and Surg. Rep.*, 1877, vol. XXXVII.
(6) Desprès. Société de chirurgie, 1879.
(7) Verneuil et Bouilly. Congrès de chirurgie, 1886.
(8) Mac Ewen. *Glasgow Med. Journ.*, 1879.
(9) Wahl et Koch. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1882.

le pied excepté, et avec les ressources de la chirurgie moderne, il ne viendra à l'idée d'aucun chirurgien d'avoir recours à ce moyen extrême; la résection, sauf des cas absolument exceptionnels, lui sera toujours préférable.

Devons-nous, enfin, prévoir le cas où la réduction n'a pu être obtenue par les méthodes ordinaires; où le malade, peu soucieux de lui-même ou pusillanime, a refusé l'opération? C'est alors à des moyens purement palliatifs que le chirurgien devra avoir recours. Il devra aider la nature qui « agit de son mieux pour réparer la lésion »; il faut par le massage, par une gymnastique spéciale, fortifier l'articulation et les muscles; l'électricité, les douches locales pourront être mises en vigueur, et à force de soins et de patience, la volonté du malade aidant, le chirurgien pourra encore être utile à l'infirme dans des proportions notables.

XI

Pour résumer cette étude du traitement des luxations anciennes, nous rappellerons les propositions suivantes :

1° Les procédés de douceur échouent ordinairement; ils doivent néanmoins être toujours essayés à nouveau *sous le chloroforme;*

2° L'échec des procédés de violence, des moufles, en particulier, doit être la condition *sine quâ non* de l'intervention sanglante;

3° Parmi les méthodes sanglantes, la ténotomie souscutanée, malgré sa bénignité apparente, doit, en réalité, céder le pas à l'un des deux procédés arthrotomie ou résection;

4° L'arthrotomie, quand elle est applicable, semble appelée à devenir la méthode de choix : elle est plutôt indiquée à l'épaule qu'à la hanche et peut après elle laisser quelques raideurs articulaires;

5° La résection est le plus souvent applicable : elle doit n'être que le deuxième temps opératoire de *l'arthrotomie exploratrice* pour l'articulation de l'épaule. A la hanche, unie à la reconstitution du cotyle, elle devient l'opération de choix;

6° L'ostéotomie et l'ostéoclasie ne sont applicables qu'à certains cas spéciaux et seront assez rarement indiquées;

7° L'amputation n'a plus place dans la pratique courante de la chirurgie;

8° Toutes ces interventions doivent être suivies d'exercices spéciaux qui augmentent, dans de notables proportions, les bénéfices obtenus à la suite de l'intervention.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nerve prostration and other functional disorders of daily life (1), by Robson Roose.

En écrivant un traité de l'épuisement nerveux et des désordres fonctionnels d'observation commune, M. Robson Roose a eu une idée originale et intéressante. L'apparition de la seconde édition de ce livre montre qu'il a trouvé bon accueil en Angleterre.

Il est curieux de voir quelle place énorme ont prise en médecine, depuis quelques années, les troubles fonctionnels naguère si négligés. Il y a quinze ans d'ici, on ne cherchait que la lésion; derrière le symptôme ou l'ensemble symptomatique il fallait toujours la rencontrer. L'école anatomique avait ainsi façonné les esprits. L'hystérie depuis s'est dégagée nettement de l'ensemble confus des accidents névropathiques; la neurasthénie, elle aussi, s'est fait sa place en clinique. Bien des phénomènes, autrefois considérés comme d'origine matérielle, sont démontrés aujourd'hui phénomènes fonctionnels, névropathiques et curables. N'est-il pas très utile de réunir dans un même traité toutes les manifestations de cet ordre? Le seul obstacle, c'est la diversité et le nombre considérable des phénomènes à passer en revue. L'hystérie, par exemple, à elle seule réclamerait un volume, il en est de même de l'épilepsie. Il eût mieux valu peut-être rejeter du cadre de cet ouvrage les névroses autres que la neurasthénie et l'hystérie, montrer comment cette dernière donne le change et fait croire à des lésions cérébro-spinales.

On trouvera aussi dans ce livre l'histoire des désordres fonctionnels considérés dans les autres appareils.

Cet ouvrage est écrit à la façon anglaise, simplement, clairement, sans citation bibliographique; c'est comme la causerie sans prétention d'un praticien instruit qui veut faire part aux autres de son savoir clinique, sans se soucier de faire preuve d'érudition. C'est un bon exemple de ce genre facile et utile.

(1) 2e édition, 1891. — Londres, H. K. Lewis, 136, Gower street.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 18 novembre 1891, les médecins-majors de deuxième classe, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. Chopard, pour l'hôpital militaire de Bordeaux et la direction du service de santé du 18e corps d'armée; M. Labit, pour le 3e hussards.

— Le prix Duparcque de 1500 francs, plus une médaille d'or de 100 francs, est offert, en 1893, par la Société de médecine de Paris, au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, paru dans le courant de 1891 ou 1892, sur un sujet quelconque afférant à la « tuberculose ».

Les mémoires devront être parvenus au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, avant le 31 décembre 1892.

— Le *Journal officiel* du 18 novembre 1891, publie un rapport suivi d'un décret et d'une instruction relatifs au recrutement des pharmaciens militaires.

— M. le docteur Tautain, ancien directeur des affaires politiques du Sénégal, est nommé administrateur principal à la Nouvelle-Calédonie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bringuier (de Montpellier), Correnson (de Jemmapes), J.-D. Dillon (de Castelnau-Médoc), Dumas (de Cette), Fabre (de Lafoux), Raynaud (de Cannes), Vidal (de Bességes).

— M. le docteur Couturier, médecin des hôpitaux de Saint-Étienne, atteint depuis quelque temps de troubles cérébraux, vient de se donner la mort.

— Le « docteur » Moron, directeur de l'Institut dynamodermique, vient d'être condamné, par le tribunal correctionnel du Hâvre, à 1000 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine.

— Un médecin, ayant exercé à Paris assez longtemps, désire trouver des remplacements à faire pendant la saison d'hiver. — S'adresser à M. le docteur Lancelot, rue Charles V, n° 2.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Technique instrumentale concernant les sciences médicales, revue des méthodes et instruments usités en chirurgie, micrographie, physiologie, hygiène, etc., par G. E. Mergier, préparateur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de la Faculté, avec la collaboration de M. le docteur Mosny, de MM. Audain et de Grandmaison, internes des hôpitaux. 1 vol. in-8° avec 470 fig. dans le texte. — Paris, O. Doin.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, directeur Jules Rochard. Tome IV, 1er fasc. « Hygiène urbaine » chap. Ier « Établissements publics », par MM. les docteurs Rochard, Vallin et Gariel. In-8° avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vve Babé et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

44

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

77

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE
CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph[ies].

69

PEPTO-SANTAL VICARIO

le meilleur spécifique
contre la BLENNORRHAGIE
ET LES MALADIES DES
VOIES URINAIRES

Ph[ie] VICARIO, 13, boulevard Haussmann, Paris.

34

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Prix : 4 fr. le flacon.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

72

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, ph[ien], ex-préparat[r] à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

74

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Remède certain contre les **varices** et **hémorrhoïdes.** Dose, 15 à 20 gouttes par jour. **Bougies américaines Logeais,** 3 à 4 p[r] jour.

DÉPÔT : 37, avenue Marceau, Paris.

32

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

39

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE: Un petit verre après les principaux repas.
DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.—
Vente en gros chez tous les droguistes.

36

PERLES DU Dr CLERTAN

Procédé approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

a. **Perles de Créosote du Dr Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

b. **Perles de Gaïacol de Clertan.** — 0,05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

c. **Perles d'Iodoforme de Clertan.** — 0.05 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 3 fr. 50 le flacon de 30.

d. **Perles de Terpinol de Clertan.** — 0,30 centigr. par perle. Dose moyenne, 4 par jour. Prix : 2 fr. le flacon de 30.

40

SOLUTION PELISSE
AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les
Affections aiguës et chroniques de la
GORGE et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes

Ph[ie] PELISSE, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100[r]**.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT
PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Ph[ie] CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

41

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ
AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les **Pâles couleurs,** pour fortifier les **Constitutions lymphatiques** et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'**Appauvrissement du sang.**

Dépôt général : LABELONYE et C[ie], 99, rue d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)
PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et C[ie], 49, r. de Maubeuge, et ph[ies].

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

30

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

32

TABLETTES DESLAURIERS
CHLOROBORATÉES

GRIPPE, ENROUEMENT, AFFECTIONS DE LA BOUCHE ET DE LA GORGE, LARYNGITES

Nos anciennes tablettes sont dédoublées en petites pastilles lenticulaires d'un goût très agréable, d'un emploi plus commode et renfermant 5 cent. de chlorate de potasse, 5 centigr. de borate de soude et 2 milligr. de cocaïne. — Se conservant indéfiniment. — La boîte : 2 fr. 25.

Eug. FOURNIER, pharm., *Issy-Paris*, et t[tes] ph[ies].

75

PILULES, SOLUTION, SIROP,
VIN DE ROBIQUET
Au Pyrophosphate de Fer

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule,* etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le FER et le PHOSPHORE trop rapidement éliminés par les sécrétions.

Exiger s[r] l'étiquette la SIGNATURE E. ROBIQUET.
A Paris, DETHAN, ph[ien], et t[tes] les pharmacies.

7

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

77

Guérison de l'**asthme** PAR LE **PAPIER FRUNEAU**

le seul récompensé à l'Exposition universelle 1889.
40 ans de succès. Toutes ph[ies]. E. FRUNEAU, Nantes.

N° 137. — MARDI 24 NOVEMBRE 1891. 64e ANNÉE. MARDI 24 NOVEMBRE 1891. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL NECKER. Les collections liquides prévésicales. — MÉDECINE PRATIQUE. Le traitement de la pneumonie. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 23 novembre 1891.

En ce qui concerne les dentistes, la commission sénatoriale a fort peu modifié le projet de loi voté par la Chambre des députés. L'exercice de la profession de dentiste sera interdit « à toute personne non munie d'un diplôme de docteur ou de dentiste ». La pratique de l'art dentaire va donc être légalement organisée, et le projet de la commission prévoit « un règlement d'études délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique ».

Le nouveau dentiste *diplômé* pourra faire les opérations dentaires et recourir à l'anesthésie locale; mais l'assistance d'un docteur sera toujours nécessaire pour l'anesthésie générale.

La loi ne pouvait avoir d'effet rétroactif, et le projet de loi de la Chambre des députés maintenait « le droit d'exercer la profession à tout dentiste, quelle que soit sa nationalité, justifiant, par la production de sa patente, d'une année d'exercice au jour de la promulgation de la loi ». La commission du Sénat a trouvé que la durée d'une année de pratique n'était pas suffisante pour constituer un droit; et le dentiste non diplômé devra justifier de cinq ans de pratique.

Telles sont les modifications apportées à l'exercice de l'art dentaire. Nous ne pouvons que les approuver pleinement, car elles ne font que sanctionner les réformes que nous avons maintes fois réclamées dans ce journal.

La commission, n'admettant pas deux classes de médecins, ne pouvait admettre deux classes de sages-femmes; mais comme beaucoup de sages-femmes de deuxième classe étaient reçues dans les écoles préparatoires et n'y étudiaient que grâce à la bourse donnée à l'élève par le département, la commission a ajouté le paragraphe suivant :

Toutefois, les sages-femmes boursières d'un département ayant pris l'engagement de revenir y exercer leur art, seront tenues de résider dans ce département et ne pourront être autorisées à résider dans un autre.

La commission sénatoriale admet, comme la Chambre des députés, que les honoraires médicaux ne sont prescrits que par cinq ans; elle reconnaît le privilège pour frais de dernière maladie, quelle qu'ait été la terminaison de celle-ci, reconnaît aux médecins le droit de se constituer en syndicats, n'accorde qu'aux seuls Français le droit d'être experts devant les tribunaux et le refuse aux naturalisés français, demande, comme la Chambre des députés, la revision des honoraires et vacations des médecins appelés devant les tribunaux, et après avoir reçu un grand nombre de dépositions des plus divergentes (syndicat de la presse médicale, délégués des sociétés de médecine, syndicat des médecins de province, etc.) adopte en son entier l'article 20 du projet de loi imposant au médecin la déclaration à *l'autorité publique* des maladies épidémiques tombées sous son observation.

L'Académie de médecine et le Comité consultatif d'hygiène publique de France seront appelés à dresser la liste des maladies épidémiques visées par la loi; nous aurons donc l'occasion de parler à nouveau de cette importante question.

Le 13 novembre, M. Babinski a communiqué à la Société médicale des hôpitaux une observation de polyurie hystérique. La diurèse pouvait être à volonté augmentée ou diminuée par suggestion hypnotique. C'est là un argument péremptoire en faveur de la nature hystérique de la polyurie. M. Debove, avec deux faits, déclarait de son côté que la polyurie peut être le seul symptôme hystérique constatable. Dans la dernière séance (20 novembre), il a rapporté une nouvelle observation de diabète insipide chez un hystérique.

M. A. Mathieu en a cité également deux; il en avait déjà présenté un à la Société il y a quelques mois. La polyurie hystérique, déjà décrite par Axenfeld, n'est donc nullement une rareté. Il a observé, de plus, dans le service de M. le professeur Proust, un homme atteint de diabète insipide, sans azoturie ni phosphaturie qui rendait, non pas 5 à 7 litres d'urine, comme les hystériques polyuriques, mais jusqu'à 25 ou 30 litres par jour. On s'est assuré que cet homme n'était pas un simulateur; du reste, après s'être retenu pendant toute une matinée, il pouvait uriner en une seule fois 2 litres et demi et 3 litres d'urine, ce qui exclut toute idée de fraude possible. Cet homme n'avait pas de stigmates hystériques. Son père était mort dans un asile d'aliénés, ce qui ne suffisait sans doute pas pour le ranger parmi les dégnénérés héréditaires, qui con-

stitueraient, d'après M. Ballet, une classe particulière de polyuriques. Il présentait seulement une certaine émotivité singulière; il lui venait des larmes aux yeux lorsqu'il causait d'une façon suivie avec quelqu'un. Est-ce aussi un hystérique? On peut se le demander.

M. Guyot a rapporté un fait curieux d'intoxication saturnine grave avec atrophie musculaire des quatre membres. La seule cause d'empoisonnement de cet ordre que l'on ait pu trouver, était l'existence, sur les murs de la chambre habitée par le malade, d'un papier recouvert d'une couleur à base de céruse et très riche en plomb. Les accidents survenaient surtout lorsque cet homme, cocher de son état, arrivait à la campagne et se mettait en devoir d'épousseter sa chambre.

M. Comby a relevé 33 observations de zona chez des enfants. C'est aux environs de dix ans qu'il est le plus fréquent. L'indolence de cette lésion, déjà relevée par MM. Hardy et Fabre (de Commentry), est le trait le plus marqué de l'histoire du zona dans le jeune âge. On n'observe jamais les névralgies, parfois si douloureuses, que l'on voit chez les adultes, et plus encore chez les vieillards. Il n'y a pas non plus, au niveau des cicatrices consécutives, l'anesthésie que M. Rendu considère comme la règle chez les adultes. Si les enfants et les individus déjà âgés ne sont pas égaux devant le zona, c'est sans doute que les premiers ont des filets nerveux en meilleur état que les seconds.

Le traitement doit consister simplement, chez les jeunes sujets, à abriter les vésicules zostériennes de tout grattage, de tout traumatisme.

HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

Les collections liquides prévésicales.

Nous venons de perdre, il y a quelque temps, le 13 avril, un malade que j'avais opéré le 6 mars pour une collection purulente de la région prévésicale. La situation de cet homme, au moment de notre intervention, était désespérée. Il était, en effet, atteint d'un cancer de l'intestin propagé à la vessie, et c'est dans le tissu néoplasique que s'était développée l'inflammation, puis la suppuration. L'abcès formé renfermait à la fois du pus, des matières fécales, des gaz. Développé tout d'abord en arrière des muscles droits, le pus avait passé dans l'intervalle de ces muscles et était venu fuser sous la peau. Il formait une tuméfaction ovoïde, étendue du pubis à l'ombilic, à grand diamètre transversal. Cette tuméfaction, je vous l'ai fait remarquer, rappelait tout à fait la forme de la vessie distendue. Cette forme, ordinaire dans les collections liquides prévésicales, qu'elles soient sous-cutanées ou sous-musculaires, est la source de très fréquentes erreurs de diagnostic. La première idée qui vient presque toujours à l'esprit est celle de rétention d'urine. L'intervention, chez notre malade, était faite *in extremis* et ne pouvait amener la guérison; elle a eu, cependant, ce résultat d'assurer une survie assez longue et surtout d'atténuer considérablement les douleurs. Sans être communes, ces collections prévésicales sont assez fréquentes pour qu'il faille en tenir compte dans la pratique; le diagnostic vous conduira bien souvent à un traitement efficace et mérite toute votre attention.

J'emploie à dessein le nom de collections liquides et non le mot ordinaire de phlegmon. C'est sous le nom de phlegmons sous-péritonéaux, prévésicaux, de la cavité de Retzius, que ces affections ont été d'ordinaire décrites. La dénomination anatomique est exacte; c'est dans le tissu cellulaire lâche, lamelleux, situé en avant de la vessie, tissu comparé à une bourse séreuse, que se développe l'affection. Mais je vous montrerai qu'il s'agit bien souvent d'un véritable hygroma, analogue à l'hygroma des bourses séreuses, plutôt que d'un phlegmon proprement dit.

M. Bouilly, dans sa thèse d'agrégation, a justement rangé ces phlegmons prévésicaux en trois groupes : 1° phlegmons spontanés ou idiopathiques; 2° phlegmons symptomatiques ou par propagation; 3° phlegmons spontanés ou traumatiques à marche rapide. Le troisième groupe des phlegmons à marche rapide ne comprend guère que quelques faits de rupture de la vessie, d'hématome. Le deuxième comprend toutes les lésions par propagation d'ulcérations de la vessie, inflammatoires ou néoplasiques, d'abcès de la fosse iliaque, d'abcès ossifluents. Les abcès prostatiques, en contournant la vessie, fusent assez souvent vers la cavité de Retzius. Mais le premier groupe des phlegmons développés originairement, primitivement, dans cette région, est le seul que je veuille aujourd'hui étudier avec vous.

Il est tout d'abord un fait important. La terminaison par résolution est assez fréquente. Elle s'est produite 8 fois sur les 29 observations recueillies par M. Bouilly. Je l'ai moi-même observée assez souvent. La suppuration, quand elle a lieu, peut se faire jour vers la peau, à travers les muscles droits. Elle peut malheureusement aussi fuser vers le péritoine. J'ai vu mourir de cette façon le premier malade atteint de phlegmon que j'aie observé, il y a quelque trente ans. Là encore, on songea tout d'abord à une rétention d'urine. Les accidents n'étaient pas menaçants. L'incision fut différée. Le malade mourut brusquement de péritonite. L'incision s'impose donc dès qu'il y a des signes nets de suppuration.

Mais, dans plusieurs des cas que j'ai vus, il s'agissait non d'abcès, mais de collections simplement séreuses. La pathogénie de ces collections est encore bien obscure. Chez deux malades, j'ai pu noter l'existence de troubles diarrhéiques; chez un troisième, l'influence d'une constipation avec accumulation extraordinaire des matières combinée avec celle du froid, le malade ayant eu l'inspiration singulière de quitter, en plein mois de janvier, une ceinture de flanelle qu'il portait habituellement. Chez le quatrième, enfin, la seule cause que j'aie notée était assez singulière. Il s'agissait d'un enfant de douze ans qui, pour être sûr de ne pas rester au lit trop tardivement le matin, buvait deux, trois, quatre verres d'eau chaque soir, utilisant la distension de sa vessie comme réveil-matin physiologique. Ces distensions répétées ont-elles eu une influence? Enfin, chez le troisième malade, la goutte, cette cause si fréquente d'épanchements abondants dans les bourses séreuses, paraissait intervenir à titre de cause générale.

L'observation de ce malade mérite d'ailleurs d'être rapportée en quelques mots. Il s'agissait d'un homme de cinquante ans, arthritique, que je vis le 9 janvier 1889 avec mon ami regretté, le professeur Damaschino. A la palpation, on trouvait : 1° une tuméfaction sus-pubienne ressemblant à la vessie distendue; 2° une tuméfaction dans la fosse iliaque gauche, constituée par une quantité extraordinaire de matières fécales. Bien qu'il n'y eût pas de troubles

de la miction, la première idée était celle d'une rétention d'urine. Trois symptômes permirent le diagnostic : 1° la saillie de la région hypogastrique avait bien une forme ovalaire, mais ses contours étaient un peu irréguliers. Ces irrégularités s'étaient un peu plus tard assez prononcées à gauche pour qu'on pût songer, dans une consultation ultérieure, à des ganglions iliaques; 2° au toucher rectal, on ne trouvait pas cette saillie que fait la vessie distendue dans la concavité du sacrum, saillie qui est d'ordinaire si considérable qu'elle peut même être plus marquée que la saillie hypogastrique; 3° le cathétérisme n'amenait pas d'urine. Il n'existait d'ailleurs aucun signe d'inflammation locale ni de réaction générale; je fis donc le diagnostic d'hygroma prévésical, diagnostic qui surprit quelque peu.

Vingt jours après, le 29 janvier, la résolution de cette tumeur était presque complète. Son volume avait primitivement la grosseur de la tête ; il avait, à cette date, à peine celle du poing. Malheureusement, cette amélioration ne dura pas. Une poussée nouvelle me forçait, en mars, à pratiquer une ponction. Je retirai deux litres de liquide, qui furent analysés par M. Robert Wurtz; ce liquide était simplement séreux. L'épanchement se reproduisit à diverses reprises, toujours avec les mêmes caractères. Ce fut le 19 novembre seulement que je tentai, assisté par Trélat et M. Albarran, une intervention plus radicale. Les accidents, vous le voyez, avaient eu une évolution lente et sans dangers menaçants.

L'incision fut faite de l'ombilic à trois travers de doigt environ au-dessus du pubis; elle nous conduisit sur une poche ressemblant entièrement à un kyste ovarique. En l'ouvrant, il ne s'écoula qu'un liquide séreux. La vessie, dans laquelle j'avais mis une sonde, se sentait tout à fait rétractée en arrière de la poche. J'essayai, sur l'avis de Trélat, la décortication de cette poche. Facile au début sur les côtés, cette décortication devint très laborieuse à la partie supérieure. En l'essayant, j'ouvris même le péritoine qu'il me fallut ensuite suturer. Je me contentai donc de réséquer une portion de la poche, de faire dans le reste un lavage antiseptique et un drainage. La guérison, en trois semaines, était complète. J'ai revu ces jours-ci le malade, sans la moindre récidive.

Cette observation vous montre bien différents faits : 1° existence de collections prévésicales purement séreuses; 2° signes fournis par la palpation hypogastrique, le toucher rectal, le cathétérisme, qui permettent de ne pas confondre ces collections avec la vessie distendue.

Je veux insister sur les difficultés qu'offre la décortication. Il ne s'agit pas, en effet, d'un kyste vrai; la paroi est adventice, adhérente au péritoine, à l'intestin, à la vessie, aux uretères; des tentatives trop obstinées seraient dangereuses, malgré la plus stricte antisepsie. L'incision et le drainage sont d'ailleurs, vous le voyez, suffisants.

L'examen de la portion réséquée, fait par M. Albarran, montre que la paroi était uniquement conjonctive, sans épithélium. Sur un point, existaient quelques fibres musculaires lisses. On a signalé, en Allemagne, des faits de kystes prévésicaux développés aux dépens des débris de l'ouraque. L'étendue du kyste, l'absence d'épithélium, rendent, dans notre fait, cette origine inacceptable. Il s'agissait donc bien d'un hygroma de la bourse séreuse prévésicale.

Vous comprendrez maintenant l'évolution de ces collections. Comme les hygromas, ils peuvent s'enflammer et suppurer; ils peuvent ne se résoudre que partiellement; ils peuvent enfin guérir par résolution complète. Cette résolution fut obtenue chez les trois autres malades, dont je vous disais quelques mots à propos de l'étiologie, par des moyens très simples, repos, révulsifs et résolutifs. L'incision et le drainage auront raison des cas rebelles. Il va sans dire que l'incision s'impose dans les cas de suppuration.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la pneumonie. — M. Marcel Baudouin est allé interviewer un certain nombre de médecins des hôpitaux pour leur demander leur façon de faire dans le traitement de la pneumonie. Il indique, dans la *Semaine médicale* du 18 novembre, les réponses qu'il a obtenues.

Ce tableau est assez curieux, il indique nettement la défaveur qui s'attache à certains médicaments, aux antimoniaux, par exemple, et la faveur croissante de certains autres, la caféine surtout.

Personne ne prétend avoir un mode de traitement spécifique de la pneumonie; les injections intra-pulmonaires d'antiseptiques puissants, tels que le sublimé, ont été essayées sans donner de résultats bien satisfaisants. M. Chauffard croit savoir que l'on fait quelque part des tentatives de traitement avec des produits solubles de culture du pneumocoque, la bactérie pathogène de la pneumonie, mais il ne peut donner aucun détail précis sur ces essais.

Il y a, parmi les médecins interrogés, unanimité pour déclarer qu'on ne peut faire dès maintenant que le traitement symptomatique de la maladie. Les opinions diffèrent, par exemple, lorsqu'on en arrive à l'application. Les uns se rattachent encore aux méthodes traditionnelles de traitement de la pneumonie; les autres ont une façon de faire plus moderne ; ils mettent en œuvre, non pas des moyens spécifiques, puisqu'il n'en existe pas, mais des substances de connaissance et de renommée plus ou moins récentes : nous avons signalé déjà, par exemple, la vogue évidente de la caféine en injections hypodermiques, qui est, du reste, un excellent médicament toutes les fois qu'il s'agit de soutenir le cœur et de combattre le collapsus.

Au lieu de reproduire les unes après les autres les formules de traitement données à M. Baudouin par les divers médecins, il nous paraît plus frappant d'énumérer les médicaments, les médications, et de dire quels sont leurs partisans ou leurs adversaires.

Tout d'abord, il faut dire que l'opinion moyenne semble être que la pneumonie peut très bien, dans bien des cas, se passer de médication. On peut, dans bon nombre de cas, se borner à l'expectation attentive, avec l'intention d'intervenir activement contre les éléments dangereux lorsqu'ils se présentent (Dujardin-Beaumetz, Bucquoy, Rigal). Pour M. Hutinel la pneumonie franche des enfants guérit toujours.

Saignée générale. — La saignée systématique est abandonnée par tout le monde. Seul M. le professeur Cornil, ancien chef de clinique de Bouillaud, paraît regretter son abandon. Les statistiques de Bouillaud étaient, dit-il, assurément meilleures que celles de nos jours. Il se demande si cela n'est pas dû à la modification de nature subie par la pneumonie.

Cette assertion, nous l'avouerons, ne nous paraît pas démontrée, et la grande arme de l'école d'observation pure contre la saignée, a été précisément de montrer, à Paris et à Vienne, que les pneumonies abandonnées à elles-mêmes fournissaient une statistique meilleure que les pneumonies traitées par les méthodes spoliatrices et débilitantes.

La saignée est surtout employée dans les cas de dyspnée ou de congestion pulmonaire (Cornil, Bucquoy, Rigal, Danlos, Proust), chez les individus pléthoriques et surtout au début (Peter, Moizard, Proust).

Les ventouses scarifiées sont dirigées contre le point de côté initial (Proust, Peter, Descroizilles). Ce dernier auteur tire de 40 à 100 grammes de sang chez les enfants, suivant leur âge et leur vigueur.

Vésicatoire. — *En appliquent :* M. Cornil au début, M. Dujardin-Beaumetz à la fin. après la disparition de la fièvre; M. Bucquoy à la fin, mais pas toujours. M. Ferrand déclare en user largement. M. Proust le considère comme un agent utile de décongestion et d'élimination des produits morbides. M. Legroux en use contre les phlegmasies étendues. M. Descroizilles en applique un ou plusieurs chez les enfants.

N'en appliquent jamais : MM. Muselier, Landouzy, Faisans. Ces auteurs, et ils ne sont pas les seuls, le considèrent comme inutile, sinon dangereux.

Médication expectorante et contro-stimulante. — Le kermès est plus nuisible qu'utile (Dujardin-Beaumetz). Le tartre stibié est donné par M. Peter chez les bilieux. M. Baudouin ne nous dit pas comment s'apprécie cet élément bilieux. M. Bucquoy, dans certains cas, en donne 10 à 15 centigrammes. Il s'arrête dès que les vomissements commencent; c'est, dit-il, du demi-rasorisme. M. Danlos donne le tartre stibié dans les cas de dyspnée intense, mais il déclare qu'il faut le surveiller soigneusement; il administre l'oxyde blanc d'antimoine et le kermès contre l'état gastrique (!). MM. Dumontpallier, Audhoui, Faisans déclarent repousser complètement l'usage des contro-stimulants.

M. Ferrand se sert des expectorants balsamiques.

Alcool. Potion de Todd. — Séniles et débilités (Peter). Dans la convalescence (Dujardin-Beaumetz, Descroizilles). Quand il y a hypothermie (Ferrand). Contre la faiblesse du cœur (Moizard, Proust, Faisans). Ces auteurs y ajoutent volontiers alors l'usage soit de la caféine, soit des préparations de digitale.

Caféine. — Elle est employée en injections sous-cutanées à des doses qui varient, suivant les auteurs, de 50 centigrammes à 3 grammes par jour (Dujardin-Beaumetz, Moizard, Huchard, Hutinel, Legroux).

La kola, le café, le thé sont prescrits par M. Dujardin-Beaumetz, de préférence à l'alcool.

Citons encore parmi les médicaments analeptiques : l'acétate d'ammoniaque (Ferrand, Hutinel); la teinture d'arnica et de bryone (Ferrand); le camphre, le musc (Ferrand). M. Huchard administre le camphre sous forme d'huile camphrée :

Huile d'olive stérilisée	100	grammes.
Camphre.	20	—

1 ou 2 seringues de Pravaz par jour.

Contre le collapsus, la dépression générale des forces, plusieurs médecins conseillent encore les injections d'éther.

Médication antifébrile et antithermique. — Le sulfate de quinine est conseillé par MM. Bucquoy, Moizard, Legroux, Faisans.

Les bains froids commencent à trouver des partisans. M. Dumontpallier leur est favorable. M. Rigal les conseille contre les accidents nerveux, même lorsqu'il y a néphrite pneumonique. M. Hutinel les emploie chez les enfants lorsqu'il y a hyperthermie excessive.

M. Audhoui donne indifféremment un bain tiède, simple ou savonneux à tous ses malades. C'est plus de la propreté que de la thérapeutique.

L'état gastrique est combattu soit par les purgatifs salins, soit par l'ipéca.

Ajoutons pour terminer que M. Cornil donne un peu de poudre de Dover, pour provoquer la sueur, M. Legroux de l'ergot de seigle quand la résolution tarde à se faire.

Ce tableau de la pratique suivie par les médecins des hôpitaux est très incomplet : beaucoup de maîtres, et des plus éminents, n'y figurent pas. Il a, d'autre part, les défauts inhérents à toute statistique, surtout lorsque cette statistique s'applique à la clinique, chose variable et vivante qui s'accommode mal des cadres tout faits. Tel qu'il est, il a cependant sa signification, et il montre bien quelles sont les préoccupations principales des médecins, lorsque se pose pour eux le problème thérapeutique de la pneumonie.

Lutter contre l'asphyxie, soutenir les forces, soutenir le cœur, tonifier le malade : c'est à cela que répondent surtout les médications énumérées. Ce serait une grosse omission de ne pas ajouter que beaucoup se préoccupent de l'état des reins; ils craignent qu'un rein en mauvais état, fonctionnant mal, élimine difficilement les substances toxiques auxquelles la pathologie générale accorde à l'heure actuelle un rôle si important. De là l'indication du lait, comme diurétique et comme aliment.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 novembre 1891. — Présidence de M. Terrier.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES PAR LA MÉTHODE DE PÉAN

M. Boiffin (de Nantes) adresse une note relative à la discussion actuellement pendante sur ce sujet. Il fait connaître les résultats de son expérience personnelle. M. Boiffin a pratiqué 12 laparotomies pour lésions inflammatoires des annexes de l'utérus et il n'a eu à déplorer qu'une seule mort. Sur ce nombre, il a eu affaire sept fois à des salpingites suppurées, une fois à un hémato-salpinx, une fois à une salpingite catarrhale. Quatre fois il y a eu rupture de la poche dans l'abdomen et épanchement de pus dans le péritoine. Le cas de mort a été la conséquence d'un volvulus. Dans deux autres cas, il y a eu déchirure intestinale, suture et guérison. A côté de ces faits, M. Boiffin en cite trois autres dans lesquels on a eu recours à la voie vaginale. Dans deux cas on s'est trouvé en présence d'ovaires scléro-kystiques que, selon lui, il eût été beaucoup plus facile d'enlever par la laparotomie; dans un autre cas d'hystérectomie vaginale, la malade a succombé à une pyélo-néphrite consécutive à une déchirure de l'uretère, faite dans le cours de l'opération. Jusqu'ici, M. Boiffin n'a pu relever qu'un seul cas dans lequel l'hystérectomie vaginale eût été indiquée, on a fait une laparotomie incomplète qui a été suivie de mort; mais les lésions étaient telles qu'il est probable que l'hystérectomie n'eût pas mieux réussi.

M. Terrier fait observer que, dans la discussion actuelle, la question doit être divisée en deux parties bien distinctes, selon qu'il s'agit de l'hystérectomie vaginale pour lésions utérines ou péri-utérines, ou bien de la même opération pour cancer. Dans cette communication, M. Terrier n'entend traiter que cette seconde partie de la question.

Il rappelle, lors de la première discussion soulevée sur ce sujet il y a trois ans, avoir communiqué les résultats de 17 observations dans lesquelles il avait pratiqué l'hystérectomie vaginale pour lésions cancéreuses (voir *Gaz. des hôpit.*, 1888, p. 569). Il vient aujourd'hui communiquer 17 nouvelles opérations semblables qu'il a pratiquées depuis cette époque, soit un total de 34 hystérectomies vaginales totales pour cancer. Or, ces deux séries, comprenant chacune 17 cas, sont absolument comparables, tant au point de vue des résultats immédiats de l'opération qu'au point de vue de ses résultats éloignés. Dans la première série, il y avait une erreur de diagnostic, une métrite prise pour un cancer. Dans la seconde série, il se trouve un cas où la même erreur de diagnostic a été commise. Les deux malades ont d'ailleurs parfaitement guéri. Sur les 17 cas de la première série, il y a eu 4 morts post-opératoires; sur les 17 cas de la seconde il y en a eu 3 et 1 après quelques jours. La mortalité post-opératoire est donc identique dans les deux séries: elle est de 23 p. 100. M. Terrier ne saurait donc admettre que l'hystérectomie vaginale totale pour cancer soit une opération bénigne.

Des 17 opérées de la première série, il n'en reste plus que 2 vivantes; toutes les autres sont mortes après un temps qui a varié de trois mois à quatre ans. Les deux vivantes sont opérées, l'une depuis quatre ans et huit mois, l'autre depuis six ans et

quatre mois. Il s'agit là de survie et non de guérison définitive. En effet, celle-ci ne saurait être affirmée, puisque parmi les morts il y en a eu une qui a succombé à la récidive quatre ans et huit mois après l'opération.

Parmi les opérées de la seconde série, il en reste 5 vivantes; il y a eu trois opérations incomplètes qui ont donné des survies de deux mois et demi, de trois mois et de quatorze mois. D'autres, opérées par l'hystérectomie totale, ont eu des survies de huit, dix et treize mois, de deux et trois ans. Il s'agit là encore de survies et non de guérisons.

En résumé, sur les 34 opérations, il y a 8 morts, dont 7 rapides; des 26 opérations suivies de succès opératoires, il y en a eu 6 incomplètes ayant donné une moyenne de survie de six mois à six mois et demi ; 18 ont subi l'hystérectomie totale, dont 6 sont encore actuellement vivantes et dont les autres ont eu une survie moyenne de dix-huit mois.

M. Terrier croit devoir conclure de ces faits : 1° que l'hystérectomie vaginale pour cancer est une opération sérieuse; 2° que, faite incomplètement, elle est insuffisante, mais qu'elle procure encore une amélioration passagère; 3° que l'hystérectomie totale est encore suivie de récidives dans la proportion de 66 p. 100, mais qu'elle donne une survie plus considérable.

En terminant, M. Terrier fait observer que M. Richelot a eu tort de dire que cette opération était tombée en discrédit, puisque depuis 1888 il n'a pas paru moins de 122 mémoires ou travaux sur ce sujet à l'étranger.

M. ROUTIER a opéré 21 malades atteintes de cancer de l'utérus dont 4 cas du corps, le col étant indemne, et 17 du col; sur ces derniers, 12 ont été traités par l'amputation ou le grattage, 5 par l'hystérectomie.

Les 4 malades, traitées par le grattage, ont été améliorées sans que la marche de leur cancer ait été sensiblement modifiée. Une seule a été vraiment améliorée pour un temps notable.

Les amputations du col que M. Routier a pratiquées ne l'ont pas satisfait; car, depuis l'apparition du cancer jusqu'à la mort, il n'y a eu qu'une moyenne de onze mois de survie.

Toutefois, une malade, âgée de trente-cinq ans, a subi l'amputation du col en juillet 1890, six mois après le début des accidents. Il y a jusqu'ici seize mois de survie en parfait état.

M. Routier a fait cinq fois l'hystérectomie vaginale pour cancer du col; la moyenne de survie a été de cinq mois; il s'agissait de cancers à marche rapide, qui ont évolué dans une moyenne de neuf mois.

Dans les quatre cas de cancer du corps, la marche a été moins rapide. Il y a eu six mois, quinze mois, deux ans de survie; la quatrième malade vit encore et a été opérée il y a quatre ans et demi. Mais elle est atteinte actuellement d'un rétrécissement du rectum, de nature cancéreuse.

Quoi qu'il en soit, M. Routier préfère l'hystérectomie totale à l'amputation partielle par ce fait qu'on obtient ainsi une guérison apparente complète.

Il pratiquera donc de nouveau l'hystérectomie pour cancer, mais seulement dans le cas où l'utérus est très mobile, alors qu'il n'y a pas de chance que les ligaments soient infiltrés. Quel que soit le procédé employé, on ne fait jamais que de la chirurgie palliative quand il s'agit de cancer.

RAPPORTS

Plaies par armes à feu de la moelle épinière. — M. NICAISE fait un rapport sur un travail de **M. VINCENT** (d'Alger), relatif à la chirurgie du rachis. M. Vincent divise les lésions de cette région en trois groupes :

1° Il y a simple compression de la moelle par un épanchement sanguin, une esquille ou le projectile, situé en dehors du canal médullaire;

2° Le projectile a lésé directement le tissu nerveux en traversant le canal rachidien sans s'y arrêter;

3° Le projectile, fixé dans un point de la colonne vertébrale, fait saillie dans le canal rachidien, ou bien il est logé en totalité dans cette cavité.

Les chirurgiens sont généralement d'accord pour intervenir dans les cas de compression, et, depuis quelques années, on a, de plus en plus, de la tendance à intervenir hardiment en présence des blessures du rachis.

Puis M. Vincent, tout en faisant remarquer la gravité de ces lésions, cite les résultats suivants qu'il a recueillis : sur 33 blessés, l'intervention a eu lieu 8 fois et a donné 5 guérisons et 3 morts; dans 25 cas il y a eu expectation avec 6 guérisons et 19 morts. Ces faits sont donc favorables à la tendance actuelle de la chirurgie.

Mais on doit se demander si tous les cas sont justiciables d'une intervention et s'il y a lieu ou non d'établir une règle uniforme.

Pour les faits du premier groupe, il n'y a pas de doute; l'intervention est utile, ainsi que le démontrent les observations de Morris, de Louis, de Boucher, etc., et une observation de M. Nicaise relative à une fracture du rachis avec plaie de la moelle par coup de feu, dans laquelle la trépanation a amené la guérison. Le diagnostic posé, il faut donc agir; le diagnostic incertain, il y a encore avantage à opérer, car si l'opération ne donne pas de résultat thérapeutique, elle ne peut aggraver la situation du blessé.

L'intervention est plus discutable dans les cas où la moelle a été atteinte dans toute son épaisseur et suivant la région qui a été lésée; toutefois, malgré quelques insuccès, personnels ou non, M. Vincent reste partisan de l'intervention, parce que la moelle présente une intolérance absolue pour les corps étrangers.

On peut donc tirer, du travail de M. Vincent, les conclusions suivantes : les traumatismes de la moelle par coup de feu présentent une grande gravité, mais ils ne sont pas fatalement mortels et l'on peut espérer que l'intervention chirurgicale contribuera à sauver quelques blessés.

Quelle que soit la nature du traumatisme, si le coup de feu a atteint les parties postérieures ou latérales du rachis en un point accessible, il faut débrider le trajet, extraire les corps étrangers, trépaner le canal rachidien; car l'opération peut être avantageuse, et si elle est inutile, elle reste innocente, pourvu que l'on agisse antiseptiquement.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que les opérations sur la colonne vertébrale présentent des conditions bien différentes, suivant qu'il s'agit d'une plaie par arme à feu ou d'une fracture. Dans le premier cas on a déjà un trajet qui guide et qui rend l'accès des lésions intra-rachidiennes ordinairement facile; dans le second, les troubles fonctionnels sont souvent impuissants pour déterminer nettement le point où l'on doit agir; ces faits ne sont pas rares, et M. Lucas-Championnière en observe actuellement un exemple dans son service devant lequel il reste indécis.

Cependant, si on ne peut subordonner l'intervention à des règles fixes, ce n'est pas une raison pour la rejeter.

Quant à la technique opératoire, M. Lucas-Championnière insiste sur ce point que la couronne de trépan ne doit servir qu'à faire un trou; pour le reste de l'opération, c'est à la pince qu'il faut avoir recours. Celle de Nélaton lui paraît la plus convenable.

M. BAZY a eu l'occasion de faire plusieurs trépanations du rachis et il a fait cette remarque, qu'il est fort difficile de bien inspecter la région antérieure de la moelle, au niveau de la région cervicale, à cause de la dissémination des racines nerveuses qui sont fort nombreuses à ce niveau. Pour ces opérations, il s'est servi du ciseau et du maillet, mais il croit qu'on aurait avantage à substituer le ciseau de Hennequin à celui de Mac Even. Il signale encore ce fait que, dans une trépanation de la région cervicale, il a pu, sans accident, chloroformer le malade alors que le diaphragme seul entretenait la respiration.

M. MOTY a pratiqué l'autopsie d'un homme mort accidentellement plusieurs mois après avoir subi la résection d'une lame vertébrale au niveau de la région cervicale. Il a constaté que la

portion de vertèbre enlevée était remplacée par une lame fibreuse résistante; il existait, en outre, une légère déviation de la colonne vertébrale, et il lui a semblé qu'au point de vue de la motilité de la région, il s'était établi une certaine suppléance de la part des vertèbres voisines.

M. BOUILLY cite un mémoire encore inédit de M. Chipault, dans lequel l'étude de ces interventions est longuement discutée; or, de l'analyse des faits que l'auteur a réunis, il ressort ces conclusions peu favorables à l'opération : la trépanation est rarement indiquée dans les lésions traumatiques, sauf lorsqu'il y a fracture avec plaie; elle est, en général, contre-indiquée dans le mal de Pott; enfin, elle est favorable dans les cas de tumeurs bénignes des méninges.

M. SCHWARTZ, se trouvant en Suisse, a assisté, dans une de ces trépanations, un chirurgien qui en avait déjà pratiqué sept; il s'agissait d'une fracture non douteuse de la colonne dorso-lombaire, pour laquelle on intervint de la façon suivante : avec le ciseau et le maillet une section fut faite de chaque côté de l'apophyse épineuse, puis l'ouverture fut agrandie par la résection des lames; on constata alors que la vertèbre fracturée avait contusionné la moelle. Le résultat opératoire fut bon, mais le résultat thérapeutique fut nul.

M. TERRIER a obtenu un semblable insuccès dans un cas de fracture de la partie inférieure de la région lombaire; il ajoute qu'il y avait un tel déplacement que le corps de l'une des vertèbres se trouvait presque sur le même plan que la lame de la vertèbre supérieure. Quant au manuel opératoire, il lui a paru relativement facile.

PRÉSENTATION DE MALADES

Amputation de cuisse. — M. DESPRÉS présente un malade auquel il a pratiqué, avec succès, l'amputation de la cuisse dans un cas d'emphysème septique généralisé à tout le membre et ayant déterminé la gangrène de la jambe. M. Després a traité ce malade par les méthodes anciennes et la guérison n'en a pas été moins bien assurée.

M. NICAISE fait remarquer que le moignon de ce malade est adhérent, phlegmoneux, ce qui n'a pas lieu chez les amputés par la méthode antiseptique.

M. TERRIER a actuellement dans son service une malade qui était atteinte d'emphysème traumatique; il s'est contenté de faire des incisions et de la panser antiseptiquement, et il ne doute pas qu'elle guérisse, sans qu'il soit nécessaire de l'amputer.

M. DESPRÉS fait observer que l'amputation chez son malade était indiquée, puisqu'il y avait de la gangrène de la jambe, et il n'en est pas moins guéri, quoique l'antisepsie n'y ait été pour rien. M. Després s'étonne de l'objection de M. Nicaise au sujet du moignon; d'après lui, tous les moignons sont adhérents.

M. NICAISE répond qu'autrefois l'adhérence était constante, mais actuellement elle ne doit plus exister.

M. DESPRÉS soutient que, s'il y a mobilité dans les premiers jours, il y a constamment une adhérence profonde au bout d'un certain temps.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les quatre points cardinaux de la médecine (1),
par M. le docteur P.-M. DECHAUX.

L'auteur frappé de la prodigieuse quantité de médicaments nouveaux annoncés chaque jour dans les journaux et surtout des inconvénients que présentent ces innovations parfois dangereuses, a voulu réagir contre l'enthousiasme irréfléchi qui les accueille, et les fait accepter d'emblée par les gens du monde et même par les médecins. Il raconte son attachement aux saines doctrines de l'observation et les résultats d'une pratique déjà longue, qui a été toujours rationnelle et souvent heureuse.

Il rattache toute la thérapeutique à ce qu'il appelle les « Quatre points cardinaux », la saignée, l'émétique, l'expectation et l'opium, ce qui ne l'empêche pas de placer, dans les rayons intermédiaires de sa boussole médicale, les spécifiques acquis et les remèdes accessoires, consacrés par l'expérience.

Ces moyens suffisent pour soigner et guérir toutes les maladies.

Ce livre de M. le docteur Dechaux permettra au praticien de s'orienter au milieu des vents de la mode et de la fantaisie.

(1) 1 vol. in-16 de 450 pages, avec 1 planche coloriée. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 novembre 1891, les médecins aides-majors de deuxième classe, dont les noms suivent, ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe, pour prendre rang du 23 novembre 1891. Par décision ministérielle du même jour, ces médecins militaires ont été maintenus à leur poste actuel, savoir :

MM. Benoît dit Becker, Millard, Janot, Arnould, Sturel, Trouillet, de Langenhagen, Arnavielhe, Guirlet, Berger, Coste, Puech, de Viville, Michaud, Beigneux, Rouchaud, Thérault, Faivre, Niclot, Barrier, Huguet, Destrez, Legrain, François, Claoué, Couturier, Rossignol, Chéreau, Benoît (A.-J.-L.-F.), Mignon, de Schuttelaere, Ducurtil, Tournier, Vigerie, Gontier, Terrail, Lenoir, Blanc, Gilliard, Castaing, Claude, Ribière, Julia, Verdierre, Ollier de Vergèze, Donnadieu, Sire, Lanusse-Troussé, Dormand, Laborderie, Lainé, Loustalot, Viguier, de Guénin.

— Par décrets, en date du 21 novembre 1891, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. Cunéo, médecin en chef.

Au grade de médecin en chef. — M. Duchateau, médecin principal.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Magnon-Pujo et Bourat.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Audibert, Vaucel et Damany.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe Mignotte, Bonnefoy, Denis, Lesueur-Florent, Dubois, Cornet, Conte, Labonesse, Doublet, Le Quinquis, Maclaud, Dupuy-Fromy, Boyer, Palasne de Champeaux, Gombaud, Le Marc'hadour, Prat, Bouras, Porquier, Condé, Dupin, Titi, Lorin, Conan, Lenoir, Lecœur, Duranton, Vergues, Lasselves, Dhomé, Chevalier, Dubois, Collin, Garnier, Martin, Mostin, Hennequin, Renault, Hervé et Réjou.

— Les commissions de prix de la Société de chirurgie sont ainsi constituées :

Prix Duval : MM. Marjolin, Routier, Polaillon, Quénu, Prengrueber.

Prix Laborie : MM. Championnière, Marc Sée, Peyrot, Perier, Le Dentu.

Prix Gerdy : MM. Horteloup, Reynier, Delens, Terrillon, Bazy.

Prix Demarquay : MM. Berger, Nélaton, Bouilly, Segond, Jalaguier.

— *Hôpitaux de Nancy.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Winstel, Bertrand, Durand, Debay, Chevalot, Hartmann, Pillon, Lambert, Schmitt, Hagelstein, Roch, Lanique, Guyon, Latasse, Bohn.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Le concours pour la place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Prautois.

— *École de médecine de Caen.* — Ont été proclamés lauréats de l'École, pour l'année scolaire 1890-1891, les élèves en médecine dont les noms suivent :

Première année : premier prix, M. Célos; deuxième prix, M. Degrenne.

Deuxième année : premier prix, M. Devaux; deuxième prix, M. Bouin; mention honorable, M. Rivière.

Concours Le Sauvage : premier prix, M. Wiart; deuxième prix, M. Branca.

Concours de travaux chimiques : prix *ex æquo*, MM. Degrenne et Deslandes; mentions honorables, MM. Célos et Lihou.

— M. le docteur Henri Dugau, conseiller municipal, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Bergerac.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Sattin (de Saint-Laurent-de-Chamousset).

— *Collège de France.* — M. le professeur Brown-Séquard est autorisé à se faire suppléer par M. d'Arsonval; M. le professeur Marey est autorisé à se faire suppléer par M. François-Franck; M. le professeur Balbiani est autorisé à se faire suppléer par M. Henneguy.

— Postes médicaux. — Manche : S'adresser au [illegible] de Saint-Denis-le-Gast. — Nièvre : S'adresser au maire de Lorm[illegible]. — Orne : S'adresser à M. le docteur Prieur, à Trappes (Seine-et-Oise).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 138. — JEUDI 26 NOVEMBRE 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 26 NOVEMBRE 1891. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Saint-Louis. Les frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis. — Traitement des plaies de l'intestin. — Académie de Médecine. — Variétés. A propos du surmenage intellectuel. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il y a quelques semaines, M. Nocard appelait l'attention de l'Académie sur l'utilité que pourrait avoir la tuberculine au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose chez les animaux de l'espèce bovine (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1116). Dans une nouvelle communication qu'il vient de faire sur ce sujet, M. Nocard a porté la question sur le terrain de la pratique et a fait connaître les résultats intéressants qui ont été déjà obtenus. Voici les conclusions qu'il a tirées de cette intéressante expérience :

« 1° Elle confirme les résultats de ma première communication, en montrant que la tuberculine permet de faire aujourd'hui, avec une quasi-certitude, le diagnostic de la tuberculose bovine, même dans les cas où la lésion est tout à fait récente et limitée ;

2° Elle prouve surtout que les injections de tuberculine n'ont aucune influence fâcheuse sur la quantité et la qualité du lait produit ni sur l'issue de la gestation. »

M. Nicolas a lu un travail sur la prophylaxie obligatoire des maladies évitables. Pour lui, la meilleure prophylaxie consiste dans la séquestration, quarantaine privée ou internationale, dans l'aménagement hygiénique de la chambre du malade et dans la neutralisation, sur place, des déjections.

Le reste de la séance a été occupé par des rapports officiels.

A l'occasion d'un rapport sur les eaux minérales, M. Constantin Paul a proposé à l'Académie de décider qu'à l'avenir elle n'autorisera l'exploitation d'une eau minérale qu'après avoir reçu plusieurs échantillons provenant de puisements pratiqués à de certains intervalles. Un de ces puisements devra être fait pendant les sécheresses de l'été, au moment du débit minimum, et l'autre, en automne, au moment du débit maximum. Cette sage proposition a été appuyée et sera transmise au ministre compétent.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Les frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis.

Les méthodes employées pour administrer le mercure dans la syphilis sont au nombre de quatre : les frictions, l'ingestion, les injections sous-cutanées, les fumigations. Je ne crois pas qu'il faille délaisser complètement soit l'une, soit l'autre de ces diverses méthodes. Chacune d'elles a ses indications et ses avantages. Il faut les employer tour à tour, sans faire un choix exclusif. Dans les cas graves, par exemple, est-ce que les frictions, les injections sous-cutanées ne s'imposent pas par la puissance et l'énergie de leur action? Dans les cas bénins, au contraire, quand il s'agit d'avoir un traitement moins intensif que prolongé, ne serait-il pas absurde d'employer ces méthodes plus ennuyeuses, — plus douloureuses s'il s'agit d'injections, — que l'administration par les voies digestives? De même chez les malades que les exigences sociales, que leur situation de famille forcent à se soigner en cachette, qui doivent à tout prix dissimuler leur affection, les frictions seraient à peu près impraticables. Chez d'autres sujets, au contraire, atteints de dyspepsies, d'entérites, et chez qui le mercure augmenterait les troubles digestifs, l'absorption cutanée redevient la méthode de choix. Il en est de même chez ceux qui doivent prendre, en même temps que le mercure, d'autres médicaments, iodure de potassium, bromure de potassium, fer. Il est logique de limiter la fatigue de l'estomac à l'absorption de ces médicaments surajoutés et de lui épargner la fatigue de l'absorption du mercure. Chez les tout jeunes enfants syphilitiques, l'intégrité des fonctions digestives n'est plus seulement, comme chez l'adulte, une question de grande importance; c'est une question de vie ou de mort; les frictions, chez eux, constituent le grand moyen de donner le mercure.

Il ne faut donc abandonner aucune des méthodes qui sont à notre disposition, et les frictions en particulier, dont je désire vous indiquer aujourd'hui la technique opératoire, méritent de garder une large place dans le traitement de la vérole.

L'emploi des frictions dans ce traitement est bien ancien déjà. Du xve au xvie siècle, ce moyen excite un enthousiasme prodigieux, dont on trouve la trace dans les vers dithyrambiques que lui consacre Fracastor. Souvent, pourtant, ces frictions déterminaient des accidents graves, des

stomatites effroyables, des empoisonnements hydrargyriques aigus. Mais il suffira de vous exposer brièvement la technique alors suivie pour que, loin de vous étonner de ces accidents, vous admiriez bien plutôt la tolérance de nos pères.

Le traitement d'autrefois par les frictions comprenait cinq parties distinctes. Le malade était tout d'abord absolument séquestré pendant toute la durée de la cure. On ne le laissait pas sortir un moment, tant on craignait pour lui le moindre courant d'air. La pièce où il séjournait était surchauffée, tellement surchauffée dans quelques cas qu'Astruc rapporte l'histoire de trois pauvres Auvergnats qui moururent étouffés dans cette véritable étuve. Le malade restait couché presque toute la journée. Tout au plus lui permettait-on de passer quelques heures bien au coin du feu. A la séquestration s'ajoutait la dépuration. Le traitement commençait toujours par une ou deux saignées, quelques purgations, force lavements. Le vin, la viande, étaient sévèrement interdits. En revanche, le malade prenait force tisanes laxatives, minoratives, dissolvantes, digestives, éradicatives, à base de germandrée, de cresson d'eau, de salsepareille, de chicorée, de pimprenelle, etc., etc. Le régime était, vous l'avouerez, peu réconfortant.

Les frictions étaient faites devant un feu bien flambant. Elles étaient faites *larga manu* avec des pommades mercurielles renfermant, en dehors du mercure, toute une série d'ingrédients. Le célèbre onguent de Jean de Vigo contenait dix-neuf substances. Son emploi était suivi de celui d'un onguent dit digestif, qui en renfermait trente-quatre autres. Après la friction, le malade était remis au lit et surchargé de couvertures pour déterminer une transpiration abondante. On lui recommandait, d'ailleurs, de ne se laisser aller ni au découragement, ni à la tristesse, et de se divertir par des conversations aussi gaies que possible. Il fallait, pour suivre ce conseil, des caractères heureusement trempés.

Vivant dans ce milieu tellement imprégné de vapeur de mercure que les murs en étaient noirs, soumis à des frictions répétées, les malheureux syphilitiques étaient pris de salivations effrayantes. Mais cet accident, loin d'être redouté, était regardé comme une chose heureuse. Astruc, modéré dans sa thérapeutique, suspendait les frictions quand le malade crachait 4 à 5 litres par jour. D'autres médecins de l'époque étaient plus exigeants. La salivation, qui devait évacuer la vérole, ne leur paraissait jamais ni trop intense, ni trop prolongée. Il fallait, d'après eux, pousser la cure jusqu'à ce que le malade éprouvât une lassitude demi-syncopale.

Passons sans transition, pour que le contraste soit plus frappant, à notre méthode actuelle. Les dépuratifs, l'inanition, la sudation, la séquestration sont abandonnés ; le traitement est dirigé de façon à éviter la salivation dans la mesure du possible. Il n'est pourtant pas inutile de vous signaler quelques vieux préjugés qui persistent plus particulièrement en Russie et en Allemagne. Là, pendant la cure de frictions, on redoute encore beaucoup le froid ; j'ai vu plusieurs malades qui ne croyaient pas pouvoir se soumettre à ce traitement sans garder la chambre. A Aix-la-Chapelle, la station thermale allemande si fréquentée par les syphilitiques, les frictions sont encore suivies d'une séance de sudation. Vous éprouverez surtout une grande difficulté pour décider beaucoup de malades étrangers à accepter, en même temps que les frictions, l'hydrothérapie. Il est pourtant des cas où cette association thérapeutique s'impose. Dans l'épilepsie syphilitique, vous n'obtiendrez le maximum d'effets qu'en employant trois ordres de moyens : frictions mercurielles, iodure de potassium et douches froides.

La pommade dont nous nous servons aujourd'hui est simplement constituée par un mélange, à parties égales, de mercure et d'axonge. Cette pommade doit être fraîchement préparée, car elle rancit vite et devient alors irritante pour la peau. Il n'y a pas d'avantage à employer les pommades à la lanoline. Quant aux savons mercuriels, préconisés par Scheuter, leur emploi, s'il est plus propre que celui de la pommade, a l'inconvénient d'exiger plus de temps. Il faut une demi-heure environ pour dissoudre la quantité de savon suffisante.

La dose employée est en moyenne de 4 grammes chez un adulte. Ce n'est qu'exceptionnellement, et avec un grand danger de stomatite, qu'on peut atteindre 6 à 8 grammes. Les femmes sont, au point de vue de la stomatite, plus sensibles aux frictions que l'homme. Les enfants nouveau-nés, au contraire, n'ayant pas de dents, résistent à merveille. Un nouveau-né supporte en frictions la dose, relativement énorme, de 2 grammes. J'ai même pu, dans les cas graves, employer 3 grammes.

A côté de la dose usuelle, il y a, d'ailleurs, dans les cas menaçants, des doses d'emploi exceptionnel. Dans certaines syphilis cérébrales, par exemple, on atteint 10 et 12 grammes. Certaines eaux minérales sulfureuses, Uriage, Cauterets, Aix, ont la curieuse propriété de faire tolérer des doses énormes de mercure en frictions. Pendant leur séjour dans ces stations thermales, les malades supportent 15 à 20 grammes par jour.

Les frictions doivent toujours être faites avec une quantité de pommade déterminée et pesée exactement. L'usage de s'en rapporter, pour un médicament aussi actif que le mercure, à un à peu près, est vraiment singulier. Vous formulerez donc de la façon suivante pour la pommade usuelle :

Onguent mercuriel double. . . 30 grammes.

A diviser en sept cartouches.

Les 2 grammes d'excédent représentent à peu près ce qui se trouve perdu par la pommade qui reste sur la carte à chaque friction.

Le meilleur moment pour donner les frictions est le soir, au coucher ; la pommade peut rester toute la nuit, sans que le malade soit gêné par la sensation gluante et désagréable qu'elle entraîne.

Le siège le plus favorable est la face interne du thorax, au-dessous des aisselles. La friction, en ce point, est facile. Il faut éviter de remonter dans l'aisselle même, les régions pileuses absorbant trop le mercure. Vous savez, pour vous en rappeler un exemple, avec quelle facilité les frictions sur le pubis, contre les pediculi pubis, entraînent la stomatite.

Il suffit d'ordinaire, pour éviter toute irritation, de faire la friction un jour à droite, un jour à gauche. Si la peau était très sensible, on ferait également, pour augmenter la période de repos, des frictions alternatives à la face antéro-interne de chaque cuisse, à la face antéro-interne de chaque bras.

La friction doit être vigoureuse et assez forte. Elle doit être prolongée, pour 4 grammes, quinze minutes ; pour 8 grammes, trente minutes au moins.

La friction faite, on recouvre la pommade soit d'un linge

mouillé, soit d'un taffetas. La chaleur de l'ouate est d'ordinaire désagréable. Après une nuit, soit huit à dix heures de contact, la pommade est enlevée par une lotion savonneuse; la région est saupoudrée de poudre de riz. Vous recommanderez de prendre deux bains par semaine.

Le nombre des frictions est variable. En général, il est difficile de faire une friction quotidienne pendant plus de trois semaines. Il faut, pour faire les frictions au delà de ce temps, une surveillance extrême. Chez les femmes surtout, quels que soient les soins qu'on fasse prendre de la bouche, cette limite est difficile à dépasser. Souvent même, pour faire tolérer les frictions sans stomatite, il faut une stratégie véritable. Tel sujet ne les supportera qu'un jour ou deux, tel autre les tolérera à condition, après trois frictions en trois jours, d'avoir trois à quatre jours de repos complet; tel autre se trouvera mieux d'une semaine de friction suivie d'une semaine de repos. C'est en ne négligeant aucun des détails de cette véritable technique médicamenteuse, en vous ingéniant à chercher le mode d'alternance le mieux toléré, que vous arriverez à pouvoir employer sans inconvénients un des moyens d'action les plus précieux que nous ayons contre la vérole.

TRAITEMENT DES PLAIES DE L'INTESTIN (1)

Par le docteur Chaput, chirurgien des hôpitaux.

Le traitement des plaies de l'intestin par l'expectation est irrationnel, car il donne, chez l'homme, une mortalité considérable (environ 50 à 60 p. 100, d'après Stimson). J'ai d'ailleurs montré, dans mes expériences sur le chien, qu'une seule plaie sur le bord convexe, chez un animal à jeun, donnait une mortalité de 66 p. 100 (2).

Si la laparotomie n'a pas fourni jusqu'ici de bons résultats, c'est qu'elle a été faite trop tard, ou qu'on a oublié des perforations, ou bien que les sutures ont été mal faites (suture à un étage) ou enfin qu'on a rétréci l'intestin en le suturant.

J'ai montré, chez le chien, que la laparotomie faite dans les délais convenables et suivie d'une suture correcte, donnait 100 p. 100 de succès.

TECHNIQUE DE LA LAPAROTOMIE POUR PLAIE DE L'INTESTIN

Lorsque la perforation est douteuse, Senn conseille d'introduire une canule dans le rectum et d'insuffler de l'hydrogène; le gaz parcourt l'intestin, s'échappe par la perforation et sort enfin par la plaie abdominale où on peut l'enflammer.

J'ai répété cette expérience sur le chien, et j'ai constaté que l'hydrogène ne pouvait franchir la valvule iléo-cæcale que sous une pression très élevée, susceptible de provoquer des ruptures intestinales au niveau des plaies incomplètes ou de rompre les adhérences commençantes. Je repousse donc absolument ce moyen.

Je conseille de chercher la pénétration avec une sonde cannelée bien désinfectée, et en prenant les mêmes précautions que pour une laparotomie. Si le résultat est négatif, on fera une incision de quelques centimètres et on s'assurera de visu de l'état du péritoine.

Une fois le diagnostic établi, on procède à la laparotomie proprement dite.

1° *Incision de la paroi.* — L'incision médiane est seule admissible, elle seule permet d'explorer tous les organes et d'agir partout.

2° *Exploration de l'intestin grêle.* — Je conseille de commencer l'exploration par la première anse qui se présente. On la tire au dehors et on la soulève en perforant son mésentère à l'aide d'une sonde cannelée qu'on pose à cheval sur l'incision abdominale. On dévide d'abord toute la partie de l'intestin grêle située en haut de la sonde cannelée, puis toute la partie située en bas. Ce dévidement se fait progressivement; aussitôt qu'une anse de 10 à 15 centimètres a été examinée, on la réduit, en continuant l'exploration toujours dans le même sens, jusqu'à ce qu'on arrive soit au duodénum, soit au cæcum. L'examen sera fait avec soin, le chirurgien et son aide regarderont chacun de leur côté la surface de l'anse qu'on déroule afin qu'aucune perforation ne puisse échapper.

Lorsqu'on en rencontre une, il faut l'oblitérer temporairement avec une pince en cœur à crémaillère (pour ne pas écraser les tuniques) et continuer l'exploration. On reprendra ensuite une à une chaque pince lorsqu'il s'agira de faire les sutures.

Si l'on n'a pas les pinces en question, on suturera les perforations au fur et à mesure.

Toilette du péritoine. — Avant et après les sutures, il faut faire la toilette du péritoine. J'ai essayé des lavages antiseptiques et aseptiques sous toutes les formes et sans succès; par contre, j'ai obtenu les meilleurs résultats du nettoyage avec des éponges sèches antiseptiques. Ce procédé étant très simple et parfaitement satisfaisant, je lui donnerai la préférence.

De la conduite a tenir en cas d'hémorrhagie. — Quand l'hémorrhagie est considérable, il faut agrandir rapidement l'incision médiane, relever l'épiploon et faire la compression digitale de l'aorte, comme le recommande Senn; puis sortir tout l'intestin grêle sur une grande serviette aseptique et explorer le mésentère.

En agissant autrement on perd un temps précieux, et le blessé meurt entre les mains du chirurgien. Une fois l'hémostase faite; on réduit l'intestin et on commence l'exploration comme il a été dit plus haut.

Oblitération des perforations. — Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° *Petite plaie tangentielle sur le bord convexe.* — Il suffit de placer deux étages séro-séreux à points séparés et parallèlement au grand axe de l'intestin, pour le rétrécir moins.

2° *Large plaie tangentielle du bord convexe. De la greffe intestinale simple.* — Avec une plaie qui mesure plus du quart de la circonférence de l'intestin, la suture à deux étages amène un rétrécissement très considérable.

Je conseille d'employer ici la greffe intestinale (procédé personnel) qui m'a donné d'excellents résultats chez les

---

(1) Extrait d'un livre sous presse : *Technique des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires.* — Paris 1892, Asselin.

(2) Voir Chaput. Étude expérimentale sur les plaies de l'intestin chez le chien, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1891-1892.

chien. Ce procédé consiste à oblitérer la perforation avec une anse saine (fig. 1).

Voici comment on l'exécute :

Il ne faut pas choisir une anse quelconque, mais l'anse blessée elle-même, afin d'éviter les brides péritonéales.

On met en regard de la perforation un point de l'anse blessée, situé à 15 ou 20 centimètres au-dessus ou au-

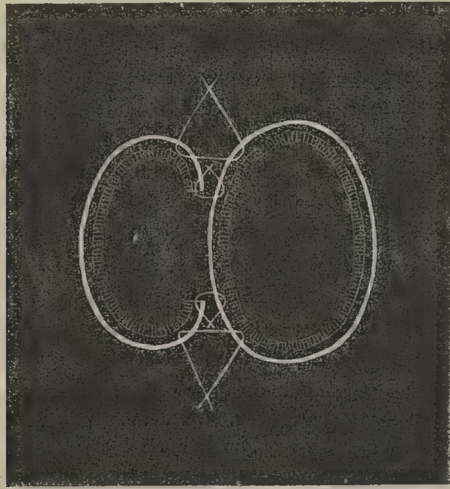


Fig. 1. — Greffe intestinale simple pour une large plaie tangentielle.

dessous de la plaie intestinale. Il s'agit maintenant d'oblitérer la perforation par des sutures réunissant les deux anses et passant en avant, en arrière, en haut et en bas de l'orifice en question.

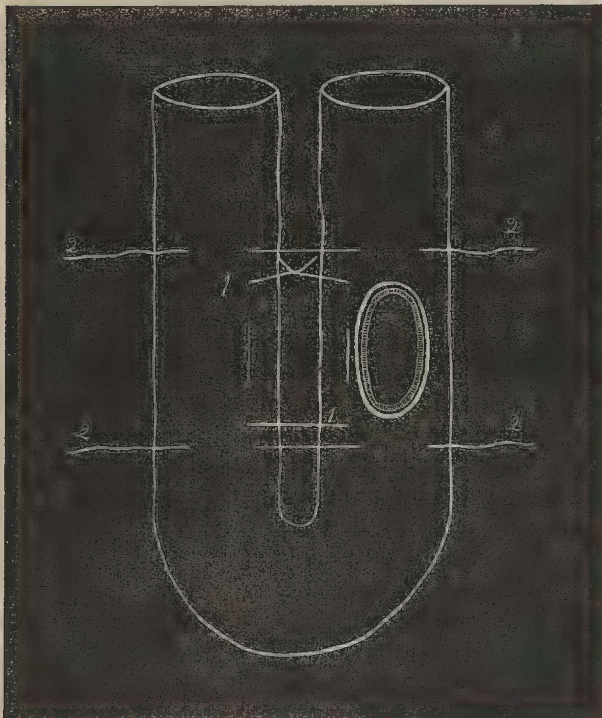


Fig. 2. — Greffe intestinale simple, application des sutures.
1, Suture postérieure; 2, Suture supérieure; 2', Suture inférieure.

Commençons par les sutures postérieures, elles sont placées parallèlement au grand axe de l'intestin, car, autrement, on serait obligé d'employer trop d'étoffe.

Chaque fil est passé dans la lèvre postérieure de la perforation, puis dans un point symétrique de l'anse intacte. On place deux étages de suture pour cette lèvre (fig. 2).

On met également deux étages de suture en haut et en bas de la perforation et sur des points symétriques de l'anse saine. Ces fils sont perpendiculaires au grand axe de l'intestin.

On termine par les sutures antérieures, qu'on exécute identiques aux postérieures et toujours sur deux plans (fig. 3).

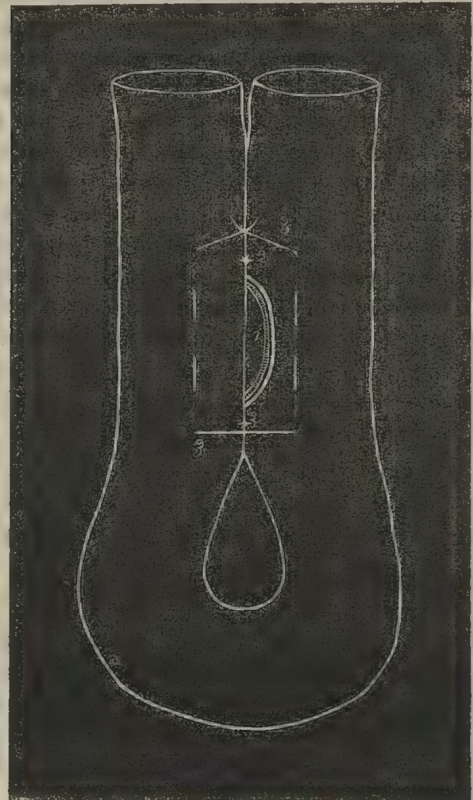


Fig. 3. — Greffe intestinale simple. Application des sutures.
2, 2, Sutures supérieure et inférieure serrées; 3, Suture antérieure.

La greffe intestinale est rapide, facile, et beaucoup plus bénigne que la résection totale.

3° *Double perforation, à égale distance du bord convexe et du bord mésentérique. Double greffe intestinale.* — Ici encore, je repousse la résection totale et je conseille chez l'homme,



Fig. 4. — Greffe intestinale double (coupe).

si les perforations ne sont pas trop larges, d'oblitérer l'une par suture séro-séreuse, l'autre par la greffe intestinale simple.

Si les deux perforations sont larges, je recommande la double greffe intestinale; sur la perforation de droite, on

applique la partie supérieure de l'anse, comme il a été dit plus haut; sur la perforation de gauche, on applique la

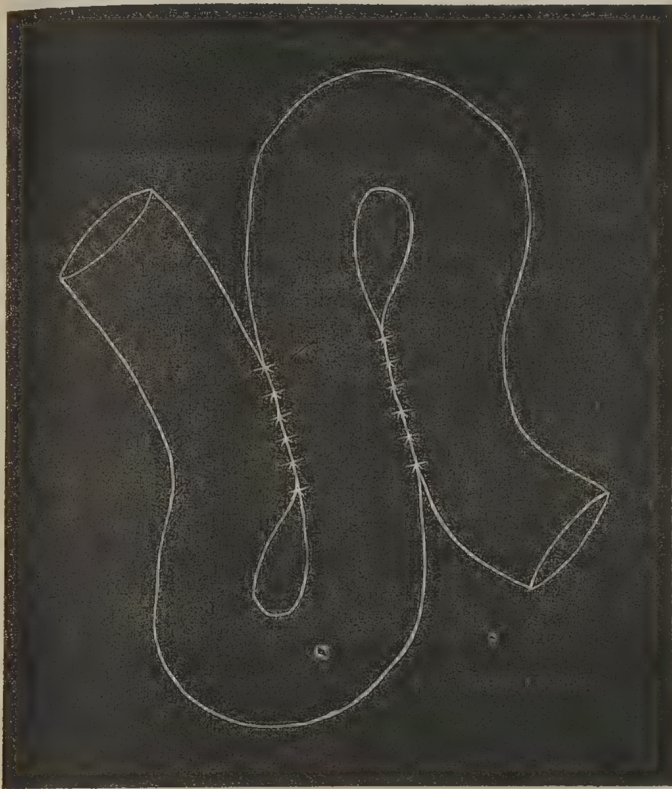


Fig. 5. — Greffe intestinale double. Opération terminée.

partie inférieure. Il en résulte que l'anse opérée a l'aspect d'un *s* italique (fig. 4 et 5).

4° *Deux perforations très rapprochées.* — Il faut exciser le pont de tissus qui les sépare et se comporter comme pour une large plaie tangentielle.

5° *Perforation unique au voisinage du mésentère.* — Dans ces conditions, il est impossible de placer les sutures postérieures sur l'intestin lui-même, faute d'espace.

Je recommande de prendre dans les sutures postérieure, supérieure et inférieure, le tissu même du mésentère, à la



Fig. 6. — Greffe intestinale simple pour une perforation siégeant au voisinage du mésentère.
Les fils postérieurs passent dans l'épaisseur du mésentère.

condition toutefois de ne pas perforer de vaisseaux importants avec l'aiguille (fig. 6).

6° *Double perforation au voisinage du mésentère ou perforation unique ayant désinséré le mésentère.* — On peut ici, ou bien faire la résection totale suivie de suture (1), ou bien employer la double greffe intestinale (fig. 7). Il suffira d'appliquer deux anses de chaque côté du mésentère et, pour

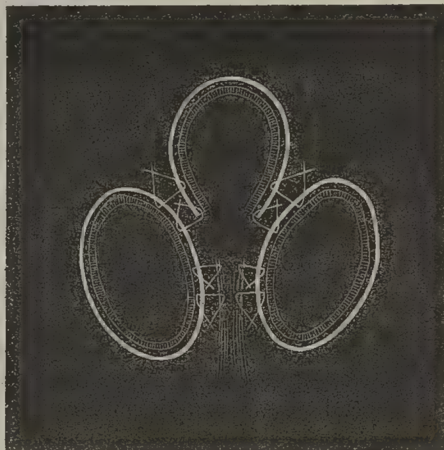


Fig. 7. — Double greffe intestinale pour une perforation ayant désinséré le mésentère.
Les fils postérieurs passent dans l'épaisseur du mésentère.

les sutures postérieure, supérieure, inférieure, de passer les fils dans le tissu du mésentère, comme nous l'avons dit plus haut.

7° *Plaies du gros intestin.* — Si la plaie est unique et petite, suture simple; si elle est très large, on l'oblitérera avec l'anse grêle la plus proche. Les plaies doubles seront traitées comme celles de l'intestin grêle.

La greffe intestinale m'a donné les résultats suivants chez le chien :

3 greffes immédiates, 3 guérisons.

10 greffes après une demi-heure d'expectation, 10 guérisons (chiens à jeun).

5 greffes après une demi-heure d'expectation sur des animaux en pleine digestion, 5 guérisons.

Total : 18 cas, 18 guérisons.

En face de ces succès, il faut se rappeler que l'expectation m'a donné sur des animaux à jeun, avec une seule plaie intestinale, 66 p. 100 de mortalité.

On pourrait reprocher à la greffe intestinale d'exposer à l'occlusion ultérieure, une anse saine pouvant s'engager dans l'anneau de l'anse opérée. Ce danger me paraît improbable, car le mésentère se soude ordinairement à la partie postérieure de la région opérée, tandis que l'épiploon adhère en avant. Il n'existe donc pas d'orifice dans lequel une anse saine puisse s'engager.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un travail de M. le docteur D. Albespy (de Rodez) sur les tumeurs adénoïdes;

(1) Les meilleurs procédés de suture, après résection totale, sont, à mon avis, la suture circulaire avec fente ou l'entérorrhaphie longitudinale. (Voir *Technique des opérations sur l'intestin*, Paris 1892.)

2° Un mémoire de M. le docteur Foveau de Courmelles (de Paris) sur l'albuminurie eczémateuse.

COMMUNICATIONS

La tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose bovine. — M. NOCARD, après avoir rappelé sa première communication sur l'emploi de la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose chez les animaux de l'espèce bovine (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1116), fait observer que jusqu'ici l'inspection des vacheries n'est qu'un leurre. Or, l'adjonction de la tuberculine au nombre des moyens de diagnostic dont dispose le vétérinaire, permet de faire de cette inspection une précieuse réalité.

M. Nocard, dans ses premières expériences, avait vérifié la valeur diagnostique attribuée à la tuberculine. Il avait constaté que les animaux sains n'éprouvaient du fait de la tuberculine aucune altération organique appréciable. Mais il ne savait absolument rien de l'influence que la tuberculine peut avoir sur la quantité et la qualité du lait sécrété, ou sur l'évolution de la gestation. C'était une lacune grave, car si la tuberculine provoquait l'avortement, si elle supprimait ou diminuait notablement la quantité de lait produit, il ne fallait pas songer à appliquer aux vaches laitières ce précieux moyen de diagnostic. Heureusement il n'en est rien; les injections diagnostiques de tuberculine ne provoquent pas l'avortement, si avancé que soit la gestation; elles ne modifient ni la quantité, ni la qualité du lait donné par les vaches laitières saines. M. Nocard est en mesure de l'affirmer, il vient d'en faire l'expérience dans une grande vacherie qui renfermait 18 vaches laitières appartenant à la race normande; 14 de ces vaches étaient dans l'étable depuis longtemps; les 4 autres n'y étaient que depuis quelques jours : elles ne devaient y rester que si elles supportaient sans réaction l'injection de tuberculine.

Six des anciennes vaches étaient pleines de cinq, six ou sept mois; six autres vaches parmi lesquelles les quatre nouvelles, avaient mis bas tout récemment et donnaient chaque jour de 16 à 22 litres de lait.

Pendant plusieurs jours avant l'injection de tuberculine, on a noté exactement, matin et soir, et pour chaque sujet, la température rectale et la quantité de lait produit.

Le 28 octobre, M. Nocard pratiqua l'injection de tuberculine. Chaque vache reçut dans le tissu cellulaire 3 centim. cubes et demi d'une solution au 10e, soit 35 centigr. de substance active. Le lendemain, la température fut prise cinq fois dans la journée.

Des 4 vaches nouvelles, une a éprouvé une élévation de température de plus de 2 degrés; le vendeur l'a reprise, car M. Nocard considère cette vache comme tuberculeuse, en dépit de son excellente apparence et des seize litres de lait qu'elle donnait chaque jour.

Sur les 14 vaches anciennes, 13 n'ont éprouvé aucune modification notable de la température centrale; une seule a présenté la réaction caractéristique.

Cette vache était dans l'étable depuis plus d'un an; elle n'avait jamais paru malade, on ne l'avait jamais entendue tousser; elle était en très bon état; il fut impossible, à l'examen le plus minutieux, de constater le moindre signe de suspicion; néanmoins, M. Nocard n'hésita pas à la déclarer tuberculeuse. Elle fut abattue.

L'autopsie fit découvrir des lésions tuberculeuses très discrètes, exclusivement localisées à la poitrine. Trois des ganglions lymphatiques du médiastin antérieur étaient malades; l'un d'eux était farci de tubercules au point que la substance ganglionnaire avait presque entièrement disparu. La porte d'entrée du bacille consistait en un seul foyer pulmonaire du volume d'une aveline.

Par la faible importance des lésions, par la netteté et l'intensité des réactions obtenues, on peut juger de la haute valeur diagnostique de la tuberculine.

Revenant aux deux points particulièrement visés dans cette expérience, M. Nocard ajoute que la quantité de lait donnée le lendemain de l'injection est restée sensiblement égale à la production moyenne des cinq jours précédents.

Les deux vaches qui avaient réagi ont donné un peu moins de lait; la diminution provient sans doute de la fièvre provoquée chez elles par la tuberculine.

La qualité du lait est restée absolument la même.

La gestation n'a pas été troublée, une vache qui était à terme n'a pas eu le plus petit malaise; sa température est restée absolument normale; elle a mis bas le 6 novembre, dans les meilleures conditions.

Aucune des autres vaches pleines n'a paru souffrir de l'injection; non plus d'ailleurs que les six vaches qui avaient mis bas depuis moins de quinze jours.

M. Nocard tire de cette expérience les conclusions que nous avons reproduites plus haut. (Voir le Premier-Paris.)

Prophylaxie obligatoire des maladies évitables.— M. AD. NICOLAS lit un travail sur ce sujet. (Voir au Premier-Paris.)

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

A propos du surmenage intellectuel.

Par M. le docteur BADOUR,
Médecin principal de première classe.

La question du surmenage intellectuel vient de se raviver dans un brillant tournoi où nos humanités ont eu leur grande part : ces vieilles et toujours jeunes humanités qui, par la force indéniable d'une hérédité directe, constituent et constitueront à jamais la supériorité de tout enseignement et le complément de toute éducation.

A cause d'elles les programmes scolaires sont beaucoup trop chargés. Place aux langues vivantes, qui nous disputent les denrées coloniales! A bas les langues mortes! Sur elles il faut tomber dans le sens restrictif, comme si notre terroir gréco-latin ne pouvait plus porter ce nectar de l'esprit.

Maintenant que nous vivons à la vapeur, le commun des martyrs n'ira plus au Parnasse essayer des couronnes.

C'est trop loin, c'est trop haut!

Eh bien! tant pis pour l'opinion courante, à laquelle je me permets d'opposer carrément une note contraire!

Qui ne sait, en effet, ce que sont les livres d'aujourd'hui avec leurs savantes paraphrases, leurs amplifications historiées; ce que sont les traductions correctes, les multiples lexiques; ce que sont les leçons de choses qui s'étalent partout pour frapper le regard et forcer la mémoire en dehors même de tout effort cérébral? Et qui ne conviendra que, si le travail actuel paraît être plus grand, il est sans comparaison bien plus facile que de notre temps où, littéralement, nous étions dénués de ces mille ressources?

Et puis ne bûchait-on pas du matin jusqu'à une heure avancée de la nuit? Et avait-on des vacances aussi fréquentes et aussi longues que celles qui s'octroient présentement et qui, franchement, sont pour nous étonner?

Est-ce qu'on n'étudiait pas tout, même l'histoire sainte : idée qui me vient parce que, si féru de sciences que l'on doive être maintenant, il faut aussi savoir les énigmes bibliques?

Était-on malade pour cela et n'arrivait-on pas allègrement au but avec un bon bagage sur de fières épaules, ainsi que d'ailleurs il en sera toujours pour la jeunesse sage, bien élevée, studieuse?

Pas n'est besoin de dire qu'à l'âge où l'on apprend, la restitution d'un passé sur lequel reposent toutes nos grandes œuvres, sont un hommage naturel à d'immortelles beautés, comme elles sont de l'âge mûr l'exquise griserie.

Ce qui nous manquait, c'était quelque pratique de cette excellente médecine, la meilleure entre toutes, l'hygiène qui prévient et sûrement guérit. Aérons donc, assainissons, agrémentons les établissements et faisons du gymnase! Mais, pour Dieu! voyons les choses sous leur jour véritable et ne mettons pas sur le compte

du travail intellectuel ce qui dépend de tout autres facteurs.

Car le surmenage n'est pas où les gâteurs le placent; j'entends par là les éleveurs en boîtes de coton qui fabriquent des prodiges ou des niais, en tous cas des candidats à la névropathie. Ceux-là seuls ont inventé le surmenage, et voici en conséquence comme il faut le comprendre.

Le surmenage est dans l'exagération des habitudes mondaines, dans les appétits précoces, dans le tabac, la chope; il est dans les nuits blanches, au bal, au théâtre et ailleurs.

Il est, en résumé, dans le ventre qui offre et non dans le cerveau qui accepte et qui paie.

— Le jury du concours de l'agrégation de médecine, qui doit s'ouvrir le 15 décembre prochain devant la Faculté de médecine de Paris, est composé comme suit :

Juges titulaires : MM. Bouchard, Debove, Peter, Potain et G. Sée (de Paris); Dupuy (de Bordeaux); Tripier (de Lyon); Mairet (de Montpellier); Spillmann (de Nancy).

Juges suppléants : MM. Fournier, Hanot, Quinquaud et Straus (de Paris).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La tuberculose intestinale, par le docteur Gaston LYON, chef de clinique médicale de la Faculté. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

La tuberculose intestinale.

Par le docteur Gaston LYON, chef de clinique médicale de la Faculté.

I

Suivant les points de l'économie où pénètre le bacille de Koch, l'invasion et l'évolution de l'infection tuberculeuse présentent de notables différences. Que le bacille pénètre par les voies respiratoires, le poumon sera le premier organe intéressé, c'est ce que démontrent les expériences de Tappeiner, qui renfermait des animaux dans une atmosphère où ils respiraient des crachats de phthisiques, pulvérisés et mélangés à l'air. Qu'il pénètre, au contraire, par les voies digestives, l'intestin sera cette fois l'organe atteint le premier; des follicules tuberculeux se développeront dans ses tuniques, des lésions banales d'entérite ne tarderont pas à se joindre aux altérations spécifiques et l'entérite tuberculeuse sera constituée. Ce n'est pas là, toutefois, ce qui se passe dans tous les cas. Il semble acquis que le bacille peut traverser l'intestin sans s'y arrêter, sans y déterminer de lésions appréciables, pour venir se cantonner, soit dans les ganglions mésentériques où il détermine la phthisie mésentérique ou carreau, soit dans le péritoine.

On peut se demander pourquoi, lorsque le bacille est introduit avec les aliments dans les voies digestives, il ne pénètre pas plutôt dans l'organisme par l'intermédiaire de l'estomac, premier point d'arrêt des aliments. Les troubles et les lésions gastriques sont fréquents chez les tuberculeux, mais n'ont rien de comparable aux altérations intestinales; les altérations constatées à l'autopsie dans les estomacs des phthisiques sont des lésions de gastrite vulgaire; rien n'est plus rare que de trouver des tubercules ou des ulcérations au niveau de la muqueuse gastrique. Les lésions de la gastrite paraissent dues à des causes multiples, parmi lesquelles l'action de la tuberculine n'est certainement pas indifférente, mais ne sont pas produites directement par le bacille. Comment expliquer cette immunité relative de l'estomac à l'égard du bacille de Koch? Est-ce par l'action antiseptique qu'exerce le suc gastrique? Mais l'intestin ne serait presque jamais envahi par le tubercule, si le suc gastrique exerçait toujours l'action microbicide qu'on se plaît à lui accorder? En réalité, la cause de la rareté de la *tuberculose gastrique*, comparée à la fréquence de la tuberculose intestinale, nous échappe.

Cette dernière est connue depuis longtemps; tous les cliniciens de la première moitié du siècle la décrivent, mais ses modalités cliniques seules étaient connues; sa pathogénie, son mode de développement étaient faussement interprétés; l'entérite tuberculeuse était considérée uniquement comme la résultante de l'irritation banale déterminée par les crachats déglutis. Depuis les travaux de M. Villemin, d'une part, et ceux de Robert Koch, de l'autre, son étude est entrée dans la voie spécifique; la virulence des crachats, celle de certains aliments fut démontrée par l'expérimentation, et lorsque le bacille fut découvert, on put déterminer ses procédés d'effraction, suivre pas à pas ses progrès dans l'organisme.

Dans cette Revue, nous insisterons particulièrement sur les différentes sources d'infection de l'intestin et sur le mode de pénétration et de propagation des bacilles à son niveau.

II. — ÉTIOLOGIE ; PATHOGÉNIE

C'est à M. Villemin que l'on doit les premières expériences démonstratives sur l'infection tuberculeuse par les voies digestives; elles méritent d'être rapportées en détail, puisque toutes les expériences ultérieures sur le même sujet ne s'en écartent que par quelques variantes de peu d'importance.

M. Villemin fit ingérer à des lapins, soit des liquides dans lesquels avait été trituré un morceau de poumon de phthisique, qu'on administra avec de la farine; soit de petites boulettes molles, également composées avec des poumons tuberculeux; à des cobayes enfin, il fit prendre des pâtes de consistance d'opiat, faites avec du son et des crachats virulents. L'autopsie montra :

1° Chez deux lapins sur trois, de la première série, des lésions tuberculeuses des poumons, de la rate, des ganglions mésentériques; le troisième échappa à la tuberculose.

2° Sur un des deux lapins de la deuxième série, des lésions tuberculeuses de la rate et du foie, du grand épiploon, des ganglions mésentériques, du cæcum, de l'intestin grêle. L'autre lapin de cette série ne présentait aucune lésion.

3° Sur les quatre cobayes qui avaient ingéré des crachats mélangés à du son, des lésions tuberculeuses des mêmes organes.

M. Chauveau confirma bientôt les recherches de M. Ville-

min; il avait, d'ailleurs, précédé M. Villemin dans cette voie, en rendant trois génisses tuberculeuses, par un procédé analogue; la même année Parrot présenta à la Société de biologie des pièces provenant d'animaux rendus tuberculeux par l'ingestion de matières tuberculeuses.

En 1873, M. Chauveau fit de nombreuses expériences devant une Commission de membres du Congrès de Lyon; il démontra l'année suivante (Congrès de Lille), que le danger de l'infection n'est pas proportionnel à la quantité de matières tuberculeuses ingérées, qu'il suffit de quantités pour ainsi dire infinitésimales pour infecter l'animal en expérience.

Les recherches de M. Chauveau ont été reproduites par un grand nombre de vétérinaires, notamment par Leisering (de Dresde), par Zurn (d'Iéna), par M. Viseur (d'Arras); ce dernier réussit à provoquer la tuberculose chez les chats, bien que ces derniers animaux soient assez réfractaires à la tuberculose spontanée. Quelques contradicteurs s'élevaient contre les conclusions que l'on tirait de toutes ces expériences. MM. Colin, Dubuisson, Metzquer en contestaient le bien fondé, mais ils durent ultérieurement se rendre à l'évidence et il est acquis aujourd'hui que l'homme peut infecter son tube digestif de trois façons : en s'alimentant avec du lait ou de la viande provenant d'animaux tuberculeux, en avalant ses crachats.

1. Contamination par la viande. — M. Toussaint admit que toutes les parties musculaires de l'organisme atteint de tuberculose portent en elle le germe morbide; M. Bouley partagea cette manière de voir et le Congrès international des vétérinaires, de 1883, adopta leurs conclusions; mais, en 1885, M. Arloing fit admettre cette réserve qu'on devait exclure de la consommation seulement la viande qui provenait d'un animal mort avec des lésions tuberculeuses généralisées, ayant franchi les ganglions afférents aux organes malades.

Ce n'est pas seulement la *fibre musculaire* qui est dangereuse; le *sang*, le *suc musculaire* le sont également (Toussaint, Vallin, Galtier). Le sang frais employé pour clarifier le vin peut être virulent; de même le sang frais, pris dans un but thérapeutique; aussi M. Guinard (de Dijon) s'est-il élevé avec raison contre la pratique de l'absorption du sang frais, si répandue dans le vulgaire; inutile tout au moins, elle est parfois dangereuse.

Au Congrès de la tuberculose (1888), et récemment au Congrès d'hygiène (Londres, 1891), M. Nocard a émis quelques réserves au sujet de la virulence du sang et du suc musculaire; il ne nie pas cette virulence, mais il la croit exceptionnelle; c'est ainsi qu'ayant recueilli du suc musculaire provenant de vingt et une vaches atteintes de tuberculose *généralisée*, et injecté ce suc, à la dose de 1 centimètre cube, dans le péritoine de cobayes, une fois seulement il a obtenu un résultat positif; d'ailleurs, d'après M. Nocard, le fait que les cobayes deviennent tuberculeux quand on leur injecte du suc musculaire dans le péritoine ne prouve pas qu'ils le seraient devenus s'ils avaient mangé de la viande des animaux malades; il n'a pu rendre tuberculeux des jeunes chats en leur donnant de la viande dont le suc contenait des bacilles; de son côté, M. Galtier, sur vingt-deux séries d'expériences analogues à celles de M. Nocard (injection dans le péritoine), n'a réussi que cinq fois à inoculer la tuberculose. Cependant, MM. Arloing et Chauveau ont déterminé, dans les mêmes conditions, la tuberculose une fois sur deux; et la *cuisson* de la viande, d'après M. Arloing, ne suffirait pas toujours à prémunir contre le danger de l'infection tuberculeuse, car, à la température de 70 degrés, qui est rarement dépassée pour la préparation de la viande, le bacille n'est pas tué.

Dans les cas où la tuberculose est au contraire *localisée*, le sang ne contient pas habituellement de bacilles.

L'opinion qui paraît prévaloir aujourd'hui, au sujet de la transmission de la tuberculose par la viande et le suc musculaire, est la suivante : *la viande n'est sûrement dangereuse, que dans les cas où les animaux sont atteints de tuberculose généralisée;* cependant le Congrès de la tuberculose de 1888 n'a pas hésité à voter ces conclusions : « Il y a lieu de poursuivre par tous les moyens, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totale, pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, *quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur les animaux.* »

2. Contamination par le lait. — La transmission de la tuberculose par le lait, infiniment plus fréquente que la transmission par la viande, a été l'objet de nombreuses recherches.

Depuis le jour où l'on a reconnu l'identité de la pommelière de la vache avec la tuberculose humaine, l'attention a été appelée maintes fois sur la fréquence de la tuberculose chez la vache; il est difficile de donner des chiffres indiquant la proportion précise d'animaux contaminés; cette proportion n'a été établie que dans des territoires trop peu étendus pour que l'on puisse se permettre de donner des conclusions générales; d'ailleurs, la proportion est des plus variables suivant les régions, ainsi qu'en témoignent les pourcentages établis en Allemagne; les résultats obtenus montrent que le nombre des animaux infectés par la tuberculose atteint parfois 10 p. 100; il est probable que la proportion est plus grande chez les vaches élevées dans les villes, mal nourries, privées d'air et de lumière.

« J'ai la conviction, dit M. Duclaux, qu'une enquête sur l'extension de la tuberculose, si elle était bien faite, donnerait des résultats navrants. Combien il y a de paysans et de fermiers qui ne s'inquiètent pas de la *maladie des glandes* chez leurs animaux, ignorant que c'est la tuberculose! M. Sonnenberger affirme connaître, dans son pays, des régions dans lesquelles il y a 40 à 60 p. 100 de tuberculeux dans les étables. »

C'est Gerlach qui, le premier (1878), dénonça le danger présenté par le lait provenant des vaches atteintes de pommelière; Bollinger confirma l'opinion de Gerlach, mais il fit certaines restrictions au sujet de l'usage du lait d'animaux tuberculeux; si la pommelière est localisée aux poumons, le lait n'est pas virulent; il le devient si la tuberculose est généralisée; enfin, la virulence est constante, si le pis des vaches malades est atteint de tuberculose. Pour d'autres, au contraire, la tuberculose mammaire augmenterait seulement la virulence du lait; mais celui-ci pourrait être infecté alors même que les glandes mammaires sont parfaitement saines (Bouley et Bang).

Recherchons, au milieu de ces assertions contradictoires, quelle est l'opinion la plus plausible.

Il convient d'abord de constater qu'il y a désaccord sur la fréquence ou la rareté de la tuberculose mammaire; M. Nocard, sur quatorze vaches phthisiques, n'a pas rencontré une seule fois cette tuberculose; elle serait, au contraire, très fréquente, d'après M. Degive et van Hertsen

et d'après Bang; quoi qu'il en soit de cette fréquence, tout le monde est d'accord aujourd'hui sur l'infectiosité du lait lorsque le pis est lui-même malade, et les recherches positives ne se comptent plus (Stein, May, Bang, Hirschberger, etc.); non seulement le lait, dans ces cas, contient des bacilles, mais il peut en contenir une grande quantité.

Voilà donc un premier point hors de contestation, l'*infectiosité du lait chez les vaches atteintes de tuberculose mammaire;* mais il est acquis également que *le lait peut être virulent, alors même que la mamelle est saine.* Bang a trouvé des bacilles dans du lait provenant de vache tuberculeuse à pis indemne, et Csokor a vu aussi des bacilles dans le lait chez des vaches atteintes de tuberculose localisée des poumons. Sur cent quatorze échantillons de lait provenant de trente-six vaches tuberculeuses, sans lésions du pis, Ernst a trouvé dix-sept échantillons bacillifères, provenant de dix vaches différentes. Mieux encore que la recherche des bacilles, l'expérimentation a confirmé la virulence du lait. Dès 1883, en s'appuyant sur le résultat de ses inoculations, Bollinger avait admis que, même sans lésions du pis, le lait des vaches tuberculeuses peut être virulent. Koubassof a injecté quelques gouttes de pus tuberculeux à une cobaye, aussitôt après la mise bas, il a examiné son lait plusieurs fois par jour; pendant la première semaine, il n'a pas trouvé de bacilles dans le lait; mais ceux-ci apparurent dans le cours de la deuxième semaine. Hirschberger a produit la tuberculose chez le cobaye dans 33 p. 100 des cas, par l'inoculation du lait provenant de vaches chez lesquelles les lésions tuberculeuses étaient localisées au poumon; Ernst a obtenu des chiffres comparables (37,5 p. 100).

Les recherches les plus récentes, celles de Bang, ont montré : 1° que la contamination par le lait n'était pas très fréquente ; 2° que le danger était à redouter presque exclusivement dans les cas où la mamelle est tuberculeuse; chez quarante cobayes il a inoculé dans le péritoine le lait de vingt et une vaches tuberculeuses; chez quatre cobayes seulement le lait se montra virulent et dans trois de ces cas un examen minutieux du pis de ces vaches montra soit des petites granulations, soit des infiltrations localisées. En résumé donc, le lait de toute vache tuberculeuse peut devenir une source d'infection, mais il n'est, à coup sûr, virulent que dans deux conditions :

1° *Lorsque la tuberculose est généralisée;*

2° *Lorsqu'elle affecte la mamelle.*

Il faut donc se prémunir contre cette cause de contamination, surtout dans les grandes villes, où la source du lait est le plus souvent ignorée ; rappelons que M. H. Martin a rendu tuberculeux nombre de lapins et de cobayes, en leur inoculant du lait acheté au hasard, à des laitiers de Paris.

Le lait de femme est-il virulent ? L'absence de documents sérieux nous empêche de nous prononcer sur ce point; disons cependant que, d'après Bang, ce lait ne semble pas infectieux.

La virulence du lait est conservée dans ses différents produits ; la crème, le beurre sont virulents. Le beurre rendu tuberculeux par l'addition de matière tuberculeuse, peut encore donner la tuberculose au bout de cent à cent vingt jours (Gasperini).

La clinique confirme-t-elle les résultats donnés par l'expérimentation ? N'existe-t-il pas certaines conditions organiques ou extrinsèques qui contrecarrent l'action nocive du lait tuberculeux ? C'est ce qu'il nous reste à examiner. On s'est demandé si le *suc gastrique* normal ne peut détruire le bacille. Les expériences de Wesener, de Bollinger, d'Hirschberger ont semblé confirmer cette hypothèse; toutefois, celles de Falck, de Baumgarten, de Fischer ont montré qu'il ne fallait guère compter sur l'action microbicide du suc gastrique, tout au moins en ce qui concerne le bacille de Koch. Quant au rôle semblable que pourraient jouer les fermentations intestinales, il est absolument conjectural ; mais si l'on peut admettre avec Koch que l'intestin est un terrain de culture relativement peu favorable au développement du bacille, qui exige un certain temps pour se développer, il faut songer que les spores, elles, ne sont pas détruites par le suc gastrique et que leur germination dans l'intestin, milieu alcalin, doit être facile.

Les conditions extrinsèques dépendent évidemment de la proportion des bacilles contenus dans le lait ; plus celui-ci renfermera de bacilles, plus il est virulent (Baumgarten, Fischer) ; la dilution atténuerait, ou ferait même disparaître la virulence (Gebhart).

En somme, tout lait bacillifère n'est pas nécessairement infectant ; Wurzburg a cité un certain nombre de cas d'enfants ayant pris pendant longtemps du lait de vaches ultérieurement reconnues tuberculeuses, sans avoir été contaminés.

Il importe de remarquer en terminant que l'ingestion de lait virulent ne détermine pas nécessairement la tuberculose intestinale ; les leucocytes pourraient transporter les bacilles à travers la couche épithéliale de l'intestin restée saine, et les entraîner jusque dans les ganglions mésentériques où ils se multiplient et déterminent la dégénérescence caséeuse (Tchistowitch, Wesener, Orth); l'absence de tuberculose intestinale ne prouve rien contre l'origine alimentaire de l'infection, si l'on prend en considération les expériences de Orth qui, sur 9 cas de tuberculose alimentaire, provoquée expérimentalement chez les animaux, a trouvé 2 fois l'intestin indemne et dans les 7 autres cas des lésions intestinales pour ainsi dire négligeables, relativement à celles des autres organes; d'après Wesener, ce serait surtout sous forme de tuberculose mésentérique ou carreau, qu'évoluerait la tuberculose secondaire à l'alimentation par le lait tuberculeux, notamment chez l'enfant.

3. Contamination par les crachats. — Les expériences de M. Villemin ont démontré la virulence des crachats ; bien avant lui, Malin avait vu deux chiens succomber à la maladie de leur maîtresse, phthisique, après avoir avalé ses crachats ; personne ne conteste que la déglutition des crachats ne soit l'une des causes principales de l'infection secondaire de l'intestin au cours de la tuberculose pulmonaire ; le suc gastrique est d'autant plus impuissant à détruire les bacilles, qu'il est lui-même altéré, et que s'il y a parfois hyperpepsie ou hyperchlorhydrie au début de la tuberculose, celle-ci fait bientôt place à une hypopepsie, dont les progrès se mesurent à ceux de la gastrite.

Les crachats ne contiennent pas seulement les bacilles de Koch ; outre d'autres microbes, ils contiennent des produits organiques toxiques, des ptomaïnes dont le contact avec l'intestin, incessamment renouvelé, peut sans doute créer cette entérite pré-tuberculeuse, admise par nombre d'auteurs, et si favorable à l'infection bacillaire ultérieure de l'intestin.

4. Infection par la voie sanguine. — Nous venons de passer en revue les différents modes de l'infection tuberculeuse intestinale ; mais le bacille n'est pas toujours

apporté par les voies digestives; dans certaines phthisies aiguës, alors que des granulations multiples se forment en tous les points de l'organisme, les bacilles sont vraisemblablement disséminés par les voies sanguines.

5. Causes prédisposantes. — La tuberculose intestinale est le plus souvent *secondaire*; elle ne l'est pas toujours; contrairement à ce qu'affirmait Klebs, elle peut être *primitive*. L'entérite secondaire est « une loi », d'après Cruveilhier; en fait, on peut dire que l'intestin des tuberculeux n'est jamais normal (Girode). Aucun *âge* n'en est à l'abri; mais elle est plus fréquente à l'*âge adulte*, comme d'ailleurs les autres localisations de l'infection tuberculeuse; la forme primitive est plus fréquente dans l'enfance, ce qui s'explique aisément par ce fait que chez eux l'infection est surtout de cause alimentaire (lait).

La tuberculose intestinale peut s'observer dans la phthisie *aiguë* comme dans la phthisie *chronique*. M. Empis s'est montré trop absolu en avançant que l'intestin n'a aucune aptitude à « l'inflammation granuleuse »; en fait, dans la tuberculose aiguë, on peut observer des granulations miliaires dans l'intestin comme dans tous les autres viscères; toutefois, les symptômes d'ordre intestinal restent, en général, au second plan; c'est dans la phthisie commune, à marche chronique, qu'ils acquièrent de l'importance et qu'ils exercent une influence souvent considérable sur l'évolution de la maladie.

Nous avons vu quels étaient les agents de l'infection tuberculeuse par la voie intestinale. Existe-t-il des *causes prédisposantes* expliquant dans certains cas la localisation des bacilles au niveau de l'intestin? On admettait autrefois que les irritations prolongées du tube digestif, celles notamment déterminées par une alimentation défectueuse, peuvent favoriser cette localisation. « Les diarrhées négligées chez les enfants, disait Fonssagrives, ne sont pas moins à redouter que les rhumes négligés, et pour la même raison. » Cette opinion, croyons-nous, est sujette à caution; de même que les prétendus rhumes négligés ne sont, le plus souvent, que des bronchites symptomatiques de tuberculose commençante, de même ces diarrhées qui traînent ne sont, dans la plupart des cas, que des entérites spécifiques. Nous ne faisons d'ailleurs aucune difficulté à admettre qu'une lésion antérieure de l'intestin ne puisse être une cause d'appel pour le bacille de Koch; c'est ainsi que Birch Hirschfeld a vu les tubercules se développer dans l'intestin sur des ulcérations typhiques; une observation de la thèse de M. Girode est relative à un malade qui avait eu la diarrhée de Cochinchine, dix-huit mois avant le début d'une tuberculose à marche rapide, avec lésions intestinales prononcées.

III. — Anatomie pathologique

1. Examen macroscopique. — A l'ouverture du corps, on trouve *tout le tube intestinal, et surtout l'iléon*, *affaissé*, rétracté. Exceptionnellement, il est dilaté par suite d'accumulation de matières.

Le *péritoine* présente assez souvent des traces d'inflammation consistant en *fausses membranes* lamellaires ou bien en petites nodosités, que l'on peut aisément distinguer des tubercules; mais ces productions inflammatoires s'accompagnent rarement d'*adhérences*, sauf quand elles siègent au niveau du cæcum; les abcès sous-péritonéaux sont exceptionnels.

La coloration de la surface péritonéale de l'intestin est le plus souvent normale; parfois, cette surface présente des taches rouges ou même un pointillé hémorrhagique; enfin, dans les points qui correspondent extérieurement aux ulcérations tuberculeuses de la surface interne, se voient souvent des plaques violacées ou noirâtres, reproduisant la configuration de la lésion; sur ces plaques, et à leur pourtour, sont des tubercules confluents ou des granulations isolées, grises, semi-transparentes; de leurs bords partent des traînées de lymphangite se dirigeant vers les ganglions mésentériques.

A la *coupe* de l'intestin, on peut constater, dans certains cas, principalement vers l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, de l'*œdème de la paroi*. L'épaisseur de celle-ci peut donc être augmentée soit par l'œdème, soit par le fait de plaques de Peyer infiltrées par le tissu tuberculeux, boursouflées.

Toutefois la diminution d'épaisseur des parois est infiniment plus commune que l'augmentation.

Le *calibre* de l'intestin est parfois *rétréci* en certains points, comme nous le verrons en étudiant l'évolution des lésions.

L'examen de l'intestin, du côté de la muqueuse, permet de constater des *lésions tuberculeuses* (ulcéreuses ou non), et des *lésions inflammatoires ou autres, non spécifiques*. Ces différentes lésions peuvent siéger sur les différentes parties de l'intestin; toutefois elles occupent, avec une prédilection marquée, l'intestin grêle, surtout la partie inférieure; lorsque le gros intestin est intéressé, ce qui est plus rare, contrairement à l'assertion de Broussais, les lésions siègent à peu près exclusivement dans le cæcum (exception faite de la tuberculose ano-rectale qui est plutôt du ressort chirurgical); quant à la première partie de l'intestin grêle, au duodénum, les tubercules s'y présentent rarement. Cependant M. Girode a vu, dans deux cas, de nombreuses granulations dans le duodénum.

La *coloration* de l'intestin, normale par endroits, est remplacée sur un certain nombre de points par une rougeur congestive, qui prédomine habituellement au niveau des plaques de Peyer; d'autres fois, c'est une coloration brune, ardoisée (Andral), que présente l'intestin, ou bien un simple piqueté noirâtre.

La muqueuse peut être *ramollie* par places (Louis).

La *psorentérie* est assez commune; Andral l'avait signalée; M. Girode l'a rencontrée dans treize cas. Andral aurait enfin observé la *gangrène*.

Les altérations spécifiques, déterminées par la tuberculose au niveau de l'intestin, sont, comme partout, des tubercules et des ulcérations.

Les tubercules peuvent se présenter sous la forme de granulation ou d'infiltration.

Les *granulations* sont, de beaucoup, les plus communes; elles peuvent être fort discrètes ou, au contraire, extrêmement nombreuses, disséminées tantôt sur tout le pourtour de l'intestin, tantôt prédominant au niveau des plaques de Peyer, ou même les occupant exclusivement; là elles se montrent sous forme de grains isolés ou d'un semis confluent.

Les granulations grises semi-transparentes seraient plus fréquentes chez l'adulte que chez l'enfant; le plus souvent, c'est le tubercule cru, jaunâtre, que l'on rencontre.

Laënnec admettait que les tubercules siègent dans la muqueuse; Louis et Andral qu'ils sont, au contraire, situés dans la sous-muqueuse; en réalité, ils peuvent occuper l'un et l'autre siège; d'ailleurs, la prédilection incontestable des tubercules pour les plaques de Peyer plaide en

faveur de l'origine sous-muqueuse des tubercules, les follicules clos étant situés dans la sous-muqueuse.

Le *tubercule infiltré* est plus rare que les granulations; on peut observer tous les intermédiaires entre la granulation et l'infiltration caséeuse.

Les *ulcérations* résultent de la fonte des tubercules isolés ou conglomérés; d'où deux sortes d'ulcérations, les *ulcérations lenticulaires* et les *grandes ulcérations*; Laënnec admettait également des ulcérations simples, non tuberculeuses. La découverte des bacilles dans toutes les ulcérations, sans exception, a réduit à néant cette hypothèse.

Les ulcères lenticulaires sont, en général, nombreux et leur siège est variable; mais il en existe toujours sur les plaques de Peyer; ils ont la forme de godet ou celle de gourde, par suite du décollement des bords (Girode), leur confluence sur une plaque donne à celle-ci l'aspect réticulé; la fusion de plusieurs ulcères lenticulaires voisins donne naissance à une ulcération proprement dite.

Les ulcérations siègent surtout dans la partie inférieure de l'iléon; elles occupent ou non les plaques de Peyer; dans le premier cas, elles affectent une forme circulaire ou elliptique et leur grand axe est longitudinal; quant à celles qui siègent en dehors des plaques de Peyer, leur grand axe est dirigé transversalement à la direction de l'intestin.

Cette dernière forme d'ulcérations serait la plus fréquente, d'après les anciens auteurs, mais sur 24 cas d'ulcérations, rapportés par M. Girode, la disposition annulaire était accusée 7 fois et, dans 9 cas, la direction longitudinale était prédominante. Il est rare que l'anneau soit complet; l'étendue et le nombre de ces ulcérations est essentiellement variable. On a longtemps discuté sur le mode de formation de ces ulcérations annulaires; l'origine artérielle a été invoquée (thrombose d'après M. Colin, thrombose par artérite tuberculeuse pour Rindfleisch et M. Laveran, par dégénérescence amyloïde pour H. Meckel); M. Girode place au contraire dans l'appareil lymphatique le point de départ de ces ulcérations; il a vu, partant des extrémités d'une ulcération transversale, des traînées de granulations tuberculeuses dessinant un trajet vasculaire et coïncidant avec de la lymphangite sous-péritonéale au même niveau.

Les ulcérations longitudinales, plus communes d'après M. Girode, reproduisent la forme des plaques de Peyer sur lesquelles elles siègent, les plus étendues siègent à la fin de l'iléon et empiètent sur la valvule iléo-cæcale; elles résultent, ainsi que nous l'avons dit plus haut, de la coalescence d'ulcères lenticulaires multiples, mais elles pourraient aussi se développer par caséification en masse d'une plaque.

A côté de ces deux grandes variétés d'ulcérations : *annulaires*, *longitudinales*, il en est d'autres *irrégulières* qui ne peuvent guère être classées, elles sont serpigineuses, s'étendent dans toutes les directions.

Quelle que soit la variété, les caractères généraux des ulcérations sont identiques; leurs *bords* sont légèrement tuméfiés, rouges ou violacés, souvent décollés, et présentent un aspect festonné (résultat de la confluence de plusieurs ulcères lenticulaires); sur ces bords siègent des granulations qui tranchent aisément par leur coloration sur la teinte congestive; quant au *fond* il est inégal, de couleur brunâtre ou marbré de teintes diverses, et présente également des granulations; parfois s'y ouvre l'orifice béant d'un vaisseau. Ce fond est le plus souvent constitué par la couche celluleuse détruite elle-même en partie; la muqueuse n'est donc pas uniquement intéressée, contrairement à ce que croyait Cruveilhier; *c'est la tunique musculaire qui constitue la véritable barrière protectrice contre le processus ulcératif*, encore cette barrière est-elle parfois franchie.

Telles sont les altérations visibles à l'œil nu; ce sont essentiellement des lésions spécifiques; les altérations non spécifiques décrites par les anciens auteurs sont sujettes à caution; ils ont dû prendre souvent des altérations cadavériques pour des altérations d'entérite catarrhale; toutefois celles-ci peuvent exister.

La prédominance des lésions sur certains points de l'intestin imprime parfois un cachet particulier à ces lésions; c'est ainsi que l'on a décrit une *typhlite tuberculeuse*, bien connue, aujourd'hui, depuis les travaux et les observations de MM. Blatin, Duguet, Paulier, etc.; la muqueuse cæcale est violacée, tuméfiée, rougeâtre, en partie ulcérée; la surface péritonéale du cæcum est recouverte de fausses membranes; la valvule iléo-cæcale est ulcéré et déformée; quant à l'appendice, il peut être adhérent, ulcéré, rempli de pus, etc.

Lorsque le *gros intestin est intéressé à son extrémité terminale*, on trouve la muqueuse boursouflée, d'un rouge ecchymotique; les ulcérations y sont larges et profondes, à bords décollés; de plus, on y observe la psorentérie; M. Andral a signalé la gangrène; c'est cette tuberculose du gros intestin que Lebert a dénommée colite diphthéritique et que Spillmann a décrite comme une forme dysentérique; M. Girode a observé un cas où la muqueuse du gros intestin jusqu'au rectum était recouverte d'un mucus consistant, violacée, très ramollie et s'en allant par lambeaux.

2. Examen microscopique. — Les altérations constatées au microscope portent sur tous les éléments de la muqueuse.

Les *villosités* sont parfois atrophiées, plus souvent renflées en massue et allongées; leur épithélium est habituellement desquamé, et quand il est conservé, presque partout caliciforme; les capillaires des villosités sont dilatés; mais l'altération principale consiste en l'infiltration des villosités par une grande quantité de cellules rondes; ces altérations prédominent au niveau des bords des ulcérations.

Les *glandes de Lieberkuhn* sont également atrophiées ou bien, au contraire, allongées, déviées de leur direction normale; c'est qu'en effet elles sont comprimées par une prolifération embryonnaire qui se produit dans le tissu voisin; cette prolifération débute ou prédomine soit autour du goulot des glandes, soit entre les tubes glandulaires ou au-dessous de leur fond; quant à leur épithélium il revêt également le caractère caliciforme et se remplit de globules muqueux; des kystes glandulaires peuvent se former par suite de la compression s'exerçant au niveau du col des glandes. Parfois, enfin, ce sont de véritables productions adénomateuses que l'on observe, émettant leurs prolongements dans la couche sous-glandulaire, immédiatement au-dessus de la « muscularis mucosæ » qui est refoulée; dans les tubes de nouvelle formation, l'épithélium est plus clair et moins haut que dans la glande primitive. Ces *adénomes* sont parfois visibles à l'œil nu, sous forme de saillie lenticulaire blanchâtre (Girode).

Dans les *autres couches* de l'intestin, les lésions histologiques consistent essentiellement en foyers de prolifération embryonnaire, qui siègent dans la celluleuse autour des vaisseaux, ou encore dans la tunique musculaire et le tissu sous-péritonéal. Quant au péritoine il est épaissi, soit par des fausses membranes d'apparence feuilletée, soit par des néo-membranes vasculaires en voie d'organisation.

Les altérations de l'*appareil lymphatiquo* consistent en la

tuméfaction des follicules clos; toute apparence de vaisseau à leur centre, ou de sinus à leur pourtour a disparu (Girode). Ils forment des nappes, s'étendant parallèlement à la surface ou proéminant vers la surface, entre les glandes, en soulevant la « muscularis mucosæ »; la psorentérie est surtout marquée dans l'intestin grêle. Par suite du tassement des cellules lymphatiques, l'afflux sanguin est entravé et il en résulte la nécrobiose du centre des follicules.

Les troncs lymphatiques présentent des lésions de deux ordres : des lymphangites vraies et de simples stases lymphatiques; dans le premier cas, on trouve la lumière du vaisseau remplie par une véritable formation réticulaire; « les cellules endothéliales desquamées semblent hérissées de prolongements qui se fixent sur la paroi ou s'unissent aux prolongements des cellules voisines, d'où le réseau. Dans les mailles se voient des éléments lymphatiques » (Girode). On voit parfois, au centre d'un lymphatique ainsi altéré, une plaque cellulaire énorme, uni ou polynucléée, ressemblant à une cellule géante, hérissée de prolongements filamenteux; il est probable qu'il s'agit d'une production tuberculeuse endo-lymphatique avec cellules géantes.

Les *vaisseaux* sont toujours altérés : dilatations vasculaires dans la muqueuse, les villosités, le tissu cellulaire sous-péritonéal; parfois, thrombus oblitérant les veines de la celluleuse. M. Girode a observé dans un cas la dégénérescence amyloïde des artérioles; les vaisseaux peuvent se rompre et les extravasations sanguines laissent à leur suite des granulations pigmentaires dont la réunion constitue ces taches noires que l'on observe parfois à la surface de l'intestin.

Les *tubercules* peuvent siéger dans toutes les couches; mais c'est surtout dans les parties profondes de la muqueuse et dans la celluleuse qu'on les observe; les autres couches ne sont envahies que secondairement; leur point de départ se trouve dans les follicules clos (Cruveilhier), ce qui n'a pas lieu de surprendre, étant donné la prédilection connue des tubercules pour les organes lymphoïdes; ultérieurement glandes et villosités sont envahies et remplies d'éléments embryonnaires. Nous avons déjà dit que le tubercule pouvait se présenter sous deux formes : granulation et tubercule diffus ou infiltré; dans ce cas, la muqueuse tout entière est infiltrée par les éléments embryonnaires; les glandes ont disparu. Les cellules géantes se voient très nettement, mais le follicule tuberculeux élémentaire avec ses trois zones s'observe plus rarement que les formations embryonnaires à centre caséeux. Lorsque le tubercule se ramollit, le tissu qui le recouvre, aminci et refoulé, cède et un ulcère lenticulaire est formé, ayant pour fond la couche celluleuse, et des bords où les villosités et les glandes sont atrophiées.

3. Mode d'entrée des bacilles; topographie bacillaire. — Les travaux qui ont eu pour objet de déterminer le mode d'entrée des bacilles au niveau de l'intestin, ainsi que la topographie des bacilles parvenus dans la muqueuse, sont peu nombreux et n'ont pas tous donné des résultats concordants; dans son mémoire, Koch avait signalé la présence des bacilles dans les granulations intestinales et constaté que le nombre des bacilles est surtout considérable dans les granulations fraîches, de date récente. Wesener pense que les tubercules se forment d'abord par l'agglomération des cellules lymphatiques, et qu'ils se transforment ultérieurement en tubercules épithélioïdes. La théorie de Baumgarten est assez obscure; d'après cet auteur, les tubercules commenceraient toujours par se développer dans les follicules clos et n'envahiraient qu'ensuite les tissus environnants.

Les cellules fixes du tissu conjonctif, aussi bien que celles de la couche épithéliale, proliféreraient, et de la division de leurs noyaux résulteraient les cellules épithélioïdes et les cellules géantes; il y aurait donc multiplication karyokinétique des cellules de l'intestin; d'autre part, les bacilles détermineraient l'issue des leucocytes hors des vaisseaux, et ces leucocytes pénétrant le tubercule, le transformeraient d'épithélioïde qu'il était en tubercule à petites cellules, tubercule lymphoïde.

Honing émet une hypothèse peu vraisemblable, il admet qu'au début les lésions intestinales sont purement inflammatoires, et que les tubercules se développent seulement sur le terrain ainsi modifié; à l'appui de cette opinion, il prétend que les bacilles n'apparaissent qu'après la formation des ulcérations, en petit nombre au début, et uniquement à la surface; plus l'ulcération est ancienne, plus les bacilles deviennent nombreux et ils pénètrent alors dans la profondeur. Honing n'a jamais trouvé de bacilles dans les follicules clos.

Plus dignes d'intérêt sont les travaux récents de Dobroklonski et de Tchistovitch, faits tous deux au laboratoire de M. le professeur Cornil.

Dobroklonski a communiqué le résultat de ses expériences au Congrès de la tuberculose; il s'était proposé de déterminer si réellement une modification préalable de la couche épithéliale est nécessaire pour que l'infection bacillaire puisse se produire. On sait que, pour nombre de médecins, un processus inflammatoire de la muqueuse précède toujours la tuberculose intestinale; cette inflammation serait due à l'action irritante des produits tuberculeux ingérés.

On a dit que la moitié des tuberculeux souffraient d'un catarrhe intestinal chronique, alors qu'il n'y a pas encore de tuberculose confirmée dans l'intestin; les agents irritants seraient le plus souvent les crachats. Baumgarten et Orth ont semblé confirmer cette opinion par leurs recherches expérimentales; ils ont trouvé que le nombre d'animaux infectés augmentait considérablement lorsque, dans les expériences d'ingestion des matières tuberculeuses, ces matières étaient mélangées avec des corps durs, pointus. Wesener a affirmé qu'en neutralisant le suc gastrique, c'est-à-dire en protégeant les bacilles contre l'action destructive exercée à leur égard par l'acide chlorhydrique, on arrivait toujours à provoquer une inflammation de la muqueuse intestinale avant l'infection générale de l'organisme par les virus tuberculeux. D'autres auteurs admettent, au contraire, que *le bacille peut pénétrer dans les tuniques de l'intestin à travers la muqueuse intestinale intacte*; c'est l'opinion de M. le professeur Cornil. Elle paraît devoir être adoptée, si l'on prend en considération les résultats des expériences de Dobroklonski. Cet expérimentateur a fait avaler à des cobayes quelques gouttes de culture pure et virulente de bacilles dans du bouillon glycériné. Ces animaux ont été sacrifiés à différentes périodes, variant du quatrième au quarantième jour. Ils ne présentèrent pas de diarrhée; dans les premiers jours, rien d'anormal ne fut constaté; vers le dixième jour, les follicules clos et les plaques de Peyer commencèrent à se tuméfier et à proéminer dans la lumière du canal intestinal; les vaisseaux étaient dilatés, et par places on trouvait une accumulation de corpuscules lymphatiques autour des vaisseaux situés vers la périphérie des follicules solitaires. A une époque plus avancée, la surface des plaques de Peyer était couverte

de mucus, et il existait une dégénérescence mucoïde de la plupart des cellules des glandes de Lieberkuhn, dégénérescence surtout marquée vers la base des glandes et accompagnée d'une accumulation de cellules lymphoïdes dans la même région.

Des foyers semblables existaient également en dehors des plaques de Peyer et des follicules clos; vers le vingtième jour, on trouvait des tubercules microscopiques dans les plaques de Peyer ou au sommet de certaines villosités, toujours recouverts par l'épithélium intact; les seules modifications épithéliales constatées par Dobroklonski consistaient dans l'augmentation du nombre des cellules caliciformes.

A la même époque, le mésentère contenait déjà de petites granulations; celles-ci étaient visibles à l'œil nu vers le trente-deuxième jour; il en existait également dans le foie. Quant aux bacilles, ils existaient, dès le quatrième jour, dans la paroi intestinale et dans les ganglions mésentériques; on en trouve soit dans le stroma des villosités, à une certaine distance de la couche épithéliale, soit immédiatement sous cette couche.

En résumé, « la tuberculose peut infecter l'organisme par les voies digestives; pour que cette infection ait lieu, il n'est pas nécessaire qu'il existe ni une lésion de la paroi intestinale, ni une desquamation épithéliale, ni une modification locale quelconque, ni un processus inflammatoire antérieur; le bacille peut traverser facilement la couche épithéliale complètement normale. Les bacilles ne sont pas capables de provoquer dans la paroi un processus inflammatoire ou une modification de la couche épithéliale, s'ils ne restent pas longtemps en contact avec la paroi » (Dobroklonski).

Tchistovitch (1) a étudié la *répartition des bacilles et leur mode de propagation dans l'intestin*. Les lésions intestinales pouvaient être réparties en deux catégories; les unes concernaient les tubercules de la muqueuse ulcérés ou non; dans les secondes étaient compris les tubercules développés à la suite de péritonite tuberculeuse et limités surtout à la couche sous-péritonéale de l'intestin.

Dans la tuberculose intestinale ayant eu la muqueuse comme porte d'entrée, Tchistovitch a vu plusieurs fois, au début, des bacilles siégeant dans la couche épithéliale ou au-dessous d'elle; ils étaient placés dans des leucocytes logés eux-mêmes entre les cellules ou contenus dans les cellules épithéliales elles-mêmes; une fois la couche épithéliale traversée, *la propagation des bacilles dans les parois de l'intestin se fait par la voie lymphatique*; Tchistovitch a trouvé très rarement des bacilles dans l'endothélium vasculaire et, plus rarement encore, à l'intérieur des vaisseaux (contrairement à ce que l'on observe pour la muqueuse du pharynx et du larynx); il combat l'opinion accréditée, à savoir que la direction transversale des ulcérations tuberculeuses de l'intestin dépend de la pénétration des bacilles par les artères mésentériques. Cette disposition serait due à ce fait que les bacilles se propagent plus facilement dans une direction transversale, le long du tissu adénoïde sous-muqueux qui entoure les troncs vasculaires.

Lorsqu'il existe des ulcérations c'est sur les bords ou au fond de l'ulcère qu'on rencontre le plus de bacilles; leur nombre diminue dans la profondeur; ils sont très rares dans les granulations intra-musculaires, et il y en a très peu aussi dans la séreuse; d'après Tchistovitch les cellules géantes se rencontrent surtout là où les bacilles sont en petit nombre; elles sont absentes dans les bords des ulcérations qui abondent en bacilles; elles sont, au contraire, nombreuses dans les tubercules de la sous-séreuse qui sont pauvres en bacilles.

Dans la tuberculose intestinale, à début péritonéal, la couche musculaire oppose une barrière difficile à franchir par les bacilles, aussi est-il rare que l'on trouve dans ces cas la muqueuse ulcérée.

Le bacille de la tuberculose n'existe pas seul; il est le plus souvent associé à d'autres micro-organismes (bacilles saprogènes).

4. Évolution des lésions. — La tuberculose intestinale se propage par la voie lymphatique; c'est pourquoi l'on retrouve sous le péritoine des traînées de *lymphangite* qui naissent le plus souvent du pourtour des plaques noirâtres qui correspondent aux ulcérations; les vaisseaux suivent tantôt un trajet transversal (vers le bord mésentérique), tantôt un trajet longitudinal ou oblique; ils peuvent se prolonger entre les feuillets du mésentère, le tronc lymphatique atteint est moniliforme, les nouures correspondant aux granulations.

Les altérations *ganglionnaires* sont constantes et constituent, suivant l'expression de Parrot, le miroir des lésions intestinales; on sait que, dans l'enfance, les adénopathies prennent parfois un développement extrême, alors que les lésions intestinales sont peu marquées, et donnent lieu à cette tuberculose mésentérique, bien connue sous le nom de carreau; les ganglions atteints peuvent suppurer, ou présenter la dégénérescence crétacée ou amyloïde; dans quelques cas, ils sont sains en apparence, et l'examen microscopique seul permet d'y constater des lésions tuberculeuses. Les autres ganglions abdominaux peuvent également être altérés.

La *péritonite tuberculeuse* va souvent de pair avec l'entérite de même nature, presque toujours chez l'enfant, rarement, au contraire, chez l'adulte, d'après Delpeuch.

Le plus souvent, les lésions tuberculeuses de l'intestin sont interrompues dans leur évolution par les progrès de la tuberculose pulmonaire. Sinon elles présentent deux modes de terminaison : la perforation et la cicatrisation.

La *perforation* n'est pas très rare, du moins chez l'adulte, où sa fréquence a, d'ailleurs, été appréciée diversement; sur 29 autopsies pratiquées par M. Girode, 2 fois l'intestin était perforé. Il s'agit habituellement d'une perforation unique, siégeant soit au niveau d'une plaque de Peyer de la partie terminale de l'intestin grêle, soit au niveau du cæcum ou de son appendice (Leudet); on a même vu des perforations se produire au niveau du duodénum (Aufrecht). Le danger de ces perforations est moins grand que celui des perforations qui surviennent dans la fièvre typhoïde, parce que, habituellement, des adhérences péritonéales préalables délimitent une cavité où vient s'ouvrir le contenu de l'intestin; d'autres fois, l'ouverture a lieu dans une anse intestinale voisine; il peut en résulter de la lientérie, lorsqu'une partie élevée de l'intestin vient s'aboucher dans une partie inférieure et empêche ainsi le contact prolongé du chyme avec les divers sucs intestinaux.

Signalons, enfin, à titre d'exception, l'ouverture de l'intestin dans le tissu cellulaire sous-péritonéal (à la suite d'adhérences du péritoine); il en résulte des *phlegmons gangréneux* qui peuvent se faire jour en divers points de la paroi abdominale (ombilic, aine), etc.

(1) Tchistovitch. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1889, p. 209,

Les cas de *guérison* relatés sont assez fréquents (Spillmann, Girode); à la place de l'ulcération, on trouve un tissu blanchâtre de sclérose, séparé des parties saines par un faible sillon.

La guérison n'est pas toujours absolue, la cicatrisation des ulcérations annulaires pouvant déterminer la production de *rétrécissements*, comme ceux qu'ont signalés Corbier, Rintel, Klebs et M. Cornil; ils sont caractérisés par des brides fibreuses en demi-anneau.

Chez une femme soignée pour un lupus, M. Darier (1) a trouvé huit rétrécissements échelonnés en forme de diaphragmes valvulaires, assez minces, percés d'un orifice central qui, sur plusieurs, admettait à peine un crayon ordinaire; le tissu sous-muqueux était remplacé par une bride fibreuse circulaire, dans laquelle étaient parsemés quelques follicules tuberculeux très nets.

IV. — Symptômes

La tuberculose intestinale peut faire partie du syndrome granulie, auquel cas elle présente une évolution aiguë.

D'autres fois — ce sont les cas les plus fréquents — sa marche est chronique; elle est alors primitive, précède d'un temps plus ou moins long les signes de la tuberculose pulmonaire, ou bien ne survient que dans le cours d'une phthisie chronique confirmée, à une époque variable de son évolution.

A. Tuberculose intestinale aigue. — Les symptômes abdominaux sont plus ou moins marqués suivant les cas; dans quelques circonstances, ils paraissent prédominer (phthisie aiguë à forme typhoïde), au point que la maladie simule la dothiénentérie; le ventre est ballonné et la pression exercée au niveau de la fosse iliaque détermine de la douleur; la constipation alterne avec la diarrhée, et si les ulcérations ont le temps de se former, celle-ci devient abondante et rebelle; leur siège, au niveau du gros intestin, donne lieu à des selles muqueuses, fréquentes, sanguinolentes, s'accompagnant de ténesme et de coliques; les ulcérations peuvent même être le point de départ d'entérorrhagies (Charcot, Laveran); MM. Hérard et Cornil ont vu un malade emporté par une hémorrhagie intestinale foudroyante; d'autres fois, les ulcérations sont le point de départ de perforation, d'où péritonite (plus souvent généralisée, que quand les ulcérations ont progressé avec lenteur, comme dans la forme chronique).

B. Tuberculose intestinale chronique. — Les troubles divers qui indiquent la tuberculisation de l'intestin sont, pour ainsi dire, constants chez les tuberculeux chroniques, mais ils peuvent survenir à des périodes variables de la maladie, et présentent parfois une telle intensité, qu'ils attirent presque exclusivement sur eux l'attention. Lorsqu'ils ouvrent la scène, ils s'annoncent par une *diarrhée* persistante, résistant aux médications habituelles, tantôt sans douleur, tantôt accompagnée de coliques sourdes; à cette période où les tubercules pulmonaires ne sont pas encore ramollis, où l'expectoration est insignifiante ou nulle, on ne peut l'attribuer à l'irritation intestinale déterminée par les crachats déglutis, et elle est due sans doute à la tuberculisation primitive de l'intestin, ou bien à l'action de la tuberculine sécrétée par le bacille de Koch.

La fréquence des selles est variable, ainsi que leur abondance; elle n'a pas de rapport constant avec l'étendue des lésions. Il peut ne survenir qu'une ou deux selles par jour, toujours liquides, ou bien dix à quinze; elles sont fréquentes surtout dans les premières heures du jour; on sait qu'à la période terminale survient souvent une diarrhée profuse, contribuant, pour une large part, à l'épuisement du malade (diarrhée colliquative de Bayle); parfois, les aliments ingérés se retrouvent sans modification dans les selles (*lientérie*); exceptionnellement, les selles contiennent des lambeaux de muqueuse. La couleur des évacuations est, en général, blanchâtre ou grisâtre, mais assez rapidement les selles deviennent d'une coloration foncée ou franchement noire; cette teinte est due à l'existence dans l'intestin d'une petite quantité de sang provenant des ulcérations, et qui, n'ayant pas été rejeté immédiatement, a subi les transformations habituelles; d'autres fois, les selles sont striées de sang rouge, ce qui indique que le gros intestin est intéressé.

Par suite des fermentations intenses dont l'intestin est le siège, les selles prennent une fétidité prononcée. Le *bacille* existe dans les selles où Lichteim, Cræmer, Giacomi, Menche, etc., l'ont rencontré; M. Girode l'a trouvé 6 fois sur 10.

Pour être la règle, la diarrhée n'est cependant pas constante, et il existe un certain nombre d'observations où la *constipation* était le phénomène dominant, alors qu'à l'autopsie on rencontra des ulcérations sur l'intestin. Récemment, M. Rendu a rapporté l'intéressante observation d'un malade qui, au cours de sa tuberculose intestinale, n'a présenté ni diarrhée, ni hémorrhagie; chez cet homme, le symptôme dominant a été, pendant plusieurs mois, une tympanite douloureuse qui avait fait songer plutôt à de la péritonite qu'à de l'entérite tuberculeuse.

Immédiatement après le repas survenaient la tympanite et la douleur qui duraient au moins cinq à six heures après chaque ingestion d'aliments; la constipation était absolue, et le malade n'allait à la garde-robe qu'à l'aide de lavements; les matières étaient sèches, dures, ou liées, parfois recouvertes de mucosités; le malade mourut quelques mois plus tard et, à l'autopsie, on trouva tout l'intestin grêle, à partir du pylore, tapissé d'ulcérations profondes et de granulations tuberculeuses; les ulcérations étaient assez confluentes pour qu'on ait pu en compter 19 sur un segment de 35 centimètres; il n'existait pas de péritonite, mais quelques granulations discrètes sur le péritoine; il ressort de cette observation que des ulcérations, extrêmement nombreuses et profondes, peuvent se développer sans donner lieu aux symptômes habituels de l'entérite.

La *douleur* va de pair avec la diarrhée; elle se manifeste sous forme de coliques ou de douleurs continues; elle est réveillée, en général, par l'ingestion des aliments, mais n'est pas toujours suivie d'une selle; lorsque la douleur n'est pas spontanée, elle peut être réveillée par la pression exercée en certains points de l'abdomen, surtout au niveau de la fosse iliaque droite.

Les *troubles digestifs* qui traduisent la tuberculose intestinale ne contribuent pas peu à la dénutrition du malade. Le chimisme gastrique comme le chimisme intestinal sont profondément troublés; il est probable que le suc pancréatique et le suc intestinal, comme le suc gastrique, ne sont plus aptes à remplir leurs fonctions, ainsi que le prouvent et la lientérie et les fermentations dont l'intestin est le siège; c'est aux innombrables microbes de l'intestin que sont dues les infections secondaires, et les produits toxiques sécrétés par ces microbes trouvent dans les ulcé-

(1) Darier. *Bulletin de la Société anatomique*, 1890, p. 87.

rations des portes d'entrée qui leur permettent de se disséminer dans l'économie. Enfin le foie prend également sa part dans la pathogénie complexe de ces troubles digestifs.

L'aspect du ventre est variable, il est habituellement de volume normal, rarement plat, déprimé en bateau ou bien, au contraire, ballonné ; la sonorité est normale. On conçoit que la coexistence de péritonite tuberculeuse, ou, chez l'enfant, d'adénopathie mésentérique très développée, puisse modifier sensiblement la forme et la consistance du ventre.

Nous ne pouvons insister ici sur les phénomènes généraux qui accompagnent l'évolution de la tuberculose intestinale ; ils sont connus de tous et, d'ailleurs, leur description se confond avec celle des tuberculoses en général.

L'*évolution* de la tuberculose intestinale est continue, progressive, au moins dans la forme primitive ; car, dans la forme secondaire, la diarrhée du début cesse souvent sous l'influence d'un régime alimentaire et d'un traitement appropriés ; à la période ultime, la diarrhée résiste à toute intervention. Il est difficile de faire la part qui revient à l'intestin dans la pathogénie des accidents ultimes, le plus souvent la mort paraît survenir du fait des lésions pulmonaires. D'ailleurs, comme toutes les tuberculoses, celle de l'intestin est susceptible de guérison, ainsi qu'en témoignent les cicatrices d'ulcérations, les rétrécissements rencontrés à certaines autopsies ; ces rétrécissements peuvent, eux-mêmes, être la cause d'accidents : Litten a vu quelques cas d'étranglement consécutifs à la tuberculose intestinale.

Deux complications liées à la tuberculisation de l'intestin peuvent abréger les jours du tuberculeux ; ce sont : l'*hémorrhagie intestinale* et *la perforation*.

L'hémorrhagie abondante de sang rouge est rare (par contre, les selles mélæniques colorées par le sang provenant des ruptures des capillaires au niveau des ulcérations s'observent fréquemment) ; ces hémorrhagies peuvent être foudroyantes ; la première observation de ce genre fut rapportée par Tonnelé ; elles aggravent notablement l'état général du malade par l'anémie aiguë qu'elles déterminent.

Les perforations sont également peu communes ; car la marche lente des lésions ulcératives laisse aux adhérences le temps de se former. Les symptômes qui les annoncent sont peu bruyants, parfois même leur existence ne se révèle qu'à l'autopsie ; comme toutes les perforations de l'intestin, elles sont suivies de péritonite généralisée mortelle, si le péritoine est libre d'adhérences ; dans le cas contraire, le contenu péritonéal s'épanche dans une poche intestino-péritonéale qui, ultérieurement, s'ouvrira à l'extérieur, de préférence à la région ombilicale ou à la région inguinale ; d'autres fois, deux anses intestinales communiquent entre elles.

Lorsque la tuberculose intestinale se cantonne au niveau du gros intestin ou y prédomine, elle se présente avec des caractères particuliers.

La forme *dysentérique* (colite diphthéritique de Lebert) rappelle la dysentérie ; elle s'en rapproche par le caractère aigu de la douleur qui devient du ténesme, par la fréquence des évacuations ; celles-ci se succèdent à intervalles rapprochés, mais sont peu abondantes, glaireuses, parfois muco-membraneuses, souvent accompagnées d'un léger épanchement de sang rouge.

La tuberculose localisée au cæcum, la *typhlite* tuberculeuse, n'est pas rare ; Blatin l'avait signalée ; en 1869, notre maître, M. Duguet, en rapporta des observations à la Société de biologie ; depuis, elle est mentionnée dans toutes les publications relatives à la tuberculose du tube digestif ; au début, tout au moins, ses symptômes ne diffèrent pas de ceux de la typhlite vulgaire, stercorale ; elle s'annonce par une constipation opiniâtre, par de la douleur iliaque et par une tumeur loco dolenti ; pour peu qu'il s'agisse d'une tuberculose intestinale primitive ou que les lésions pulmonaires n'aient pas dépassé la période des germinations, on conçoit que le diagnostic de la nature tuberculeuse de certaines typhlites soit malaisé ; alors que nous étions interne à la Charité, entra dans notre service un homme qui était atteint d'une typhlite qu'aucun indice ne nous permettait de rattacher à la tuberculose ; cette typhlite céda au traitement habituel ; mais, quelques mois plus tard, notre malade revenait avec une nouvelle atteinte de typhlite ; cette fois il avait de la diarrhée, accusait un amaigrissement notable et l'auscultation nous révéla un début de tuberculose pulmonaire ; on ne pourra, en somme, déterminer la nature tuberculeuse de la typhlite que si la constipation est remplacée par la diarrhée symptomatique des ulcérations ; la récidive n'est pas un critérium suffisant, puisque la typhlite stercorale est éminemment sujette à répétition.

Lorsque la tuberculisation de l'intestin est liée à celle du *péritoine*, les symptômes ne diffèrent guère de ceux qui ont été précédemment décrits ; des vomissements surviennent de temps à autre, pour peu que l'évolution des granulations tuberculeuses éveille une réaction du côté de la séreuse ; d'autre part, l'aspect du ventre se modifie ; il devient ballonné, contient du liquide enkysté ou non, etc. ; c'est surtout chez l'enfant que péritonite et entérite vont de pair ; chez l'adulte, au contraire, d'après Delpeuch, la péritonite tuberculeuse pourrait se développer primitivement sans tuberculisation préalable de l'intestin.

V. — Diagnostic

Le diagnostic de l'entérite tuberculeuse est en général facile, surtout lorsque, comme c'est le cas le plus fréquent, existe une tuberculose pulmonaire concomitante.

La diarrhée rebelle au traitement, la diarrhée au long cours, suivant l'expression de Louis, doit toujours être suspecte au médecin.

Lorsque la tuberculose de l'intestin fait partie du syndrome granulie, la prédominance des symptômes abdominaux peut prêter à confusion avec la *fièvre typhoïde*, d'autant mieux que les taches rosées peuvent s'observer dans la tuberculose aiguë comme dans la fièvre typhoïde. Une analyse minutieuse des symptômes, la constatation de l'irrégularité thermique, de la fixité des signes pulmonaires et de leur localisation au sommet, etc., et surtout l'évolution de la maladie permettront d'éviter l'erreur.

Lorsque l'entérite est chronique, son diagnostic est également facile, si l'on a toujours présent à la mémoire le précepte de Trousseau « que toute diarrhée chronique avec fièvre et sueurs nocturnes est un signe à peu près certain de tuberculisation », aussi n'y a-t-il pas lieu de discuter bien longtemps les causes d'erreur.

Chez les enfants, on pourrait confondre l'entérite tuberculeuse avec celle qui est liée à l'*allaitement artificiel*, *au rachitisme*.

Chez l'adulte, on devra également la distinguer d'avec *les diarrhées chroniques liées à la dilatation de l'estomac*, *aux affections du foie*, *du cœur*, *des reins*. Déjà moins facile est le diagnostic d'avec les diarrhées symptomatiques d'un *néoplasme intestinal*, cancer, lymphadénome, tant que la tumeur

n'est pas appréciable; alors même qu'il existe une tumeur, une erreur est possible; MM. Hartmann et Pilliet ont communiqué à la Société anatomique l'observation d'un malade que l'on crut atteint de cancer du cæcum, en raison notamment de la tumeur qu'il présentait à ce niveau; l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une typhlite tuberculeuse; mais à l'œil nu, on pouvait encore être induit en erreur; car les tuniques étaient considérablement épaissies par une infiltration embryonnaire diffuse; le microscope y montra de rares follicules tuberculeux. Billroth a signalé un cas analogue. La lymphadénie à forme hyperplasique diffuse de Gilly se distingue par la précocité de la diarrhée, des œdèmes et de l'ascite, la tuméfaction rapide des ganglions mésentériques, l'absence de fièvre, les caractères du sang, etc., néanmoins elle n'est pas souvent reconnue. La *syphilis de l'intestin* peut présenter le même tableau symptomatique que l'entérite tuberculeuse: diarrhée persistante, fièvre, etc., ce qui ne doit pas étonner puisqu'elle donne lieu également à des ulcérations, et que fièvre et diarrhée sont les symptômes de toutes les ulcérations intestinales, de quelque nature qu'elles soient.

VI. — Traitement

Le traitement de l'entérite tuberculeuse s'adresse exclusivement aux symptômes.

Tout d'abord il convient de suspendre, chez les tuberculeux atteints d'entérite, l'usage de certains agents médicamenteux, comme l'huile de foie de morue, l'arsenic, la créosote qui ne peuvent qu'irriter l'intestin. Quant à l'*alimentation*, elle devra se composer d'aliments de digestion facile et laissant peu de résidu, c'est-à-dire que les viandes très cuites, le poisson frais, les œufs, le lait additionné d'eau de chaux, les légumes secs en purée devront en faire tous les frais; la viande crue est souvent prescrite, comme régime exclusif dans les cas rebelles, notamment par M. le professeur G. Sée; nous croyons que le secret de son succès consiste en ce qu'elle est donnée à l'état de pulpe très divisée, et par suite d'une digestion facile; mais les malades s'en dégoûtent rapidement. Quant au régime lacté exclusif, il est parfois nécessaire dans les cas où l'alimentation, même la mieux choisie, entretient une diarrhée incessante; mais s'il est supporté à merveille par certains malades, chez d'autres, au contraire, il paraît augmenter la diarrhée; les boissons alcooliques (le grog surtout) seront utiles pour relever les forces épuisées.

Les deux grands symptômes de l'entérite tuberculeuse sont la diarrhée et la douleur: les *préparations opiacées* sont indiquées pour combattre l'un et l'autre symptôme; on usera donc avec avantage du laudanum, de l'élixir parégorique, du diascordium, de la thériaque, etc.; d'autres fois de la belladone; il ne faudra pas, cependant, abuser de ces différentes préparations, qui ont l'inconvénient parfois de favoriser la rétention dans l'intestin de matières en fermentations, qu'il importerait, au contraire, d'évacuer. C'est pourquoi il nous semble plus logique, suivant en cela l'exemple de Guéneau de Mussy, de M. Jaccoud, d'administrer de temps à autre quelques verres d'eau purgative, et dans l'intervalle de ces purgations, d'administrer d'une part le *salicylate de bismuth*, qui est à la fois anti-diarrhéique et antiseptique, associé ou non au naphtol, au salol, au bétol, etc.; d'autre part l'*acide lactique*, qui est efficace dans toutes les diarrhées (Hayem) et qui, dans l'entérite tuberculeuse en particulier, a été employé avec succès par différents médecins (1); l'acide lactique, à des doses qu'il ne faut pas craindre d'élever jusqu'à 4 et même 8 grammes par jour, réussit souvent à modifier les selles au bout de cinq à six jours. Comme succédané de l'acide lactique, on peut employer le képhyr qui a l'avantage, tout en combattant l'entérite, de stimuler les forces; on devra recourir soit au képhyr n° 2, soit même au képhyr n° 3 ou képhyr fort, dont on donnera une à deux bouteilles par jour (le képhyr faible n° 1 a des effets laxatifs, c'est pourquoi il n'est pas indiqué dans ces cas); le traitement local pourra être essayé lorsque les symptômes indiqueront une prédominance des lésions au niveau du gros intestin (*lavements* de décoctions de pavots additionnés d'une cuillerée à soupe d'eau-de-vie ou d'une cuillerée à café de teinture de ratanhia, Ferrand; lavements à la décoction de racine d'ipéca, MM. Bourdon et Chouppe; lavement au sulfate de zinc, Lasègue, etc.).

Index bibliographique. — 1884 : Wesener. Uber Vorkommen der Tuberkelbacillen in der Organen Tuberkuloser, *Deuts. Arch. f. klin. Med.* — 1885 : Honing. *Uber das Auftreten der bacillen bei Darmtuberkulose*, Inaug. Dissert., Bonn. — 1888 : Congrès pour l'étude de la tuberculose; — Combe. *Transmission de la tuberculose par le lait*, Th. de Paris; — Girode. *L'intestin des tuberculeux*, Th. de Paris; — Degail. *Hémorrhagies intestinales des tuberculeux*, Th. de Paris. — 1889. Hirschberger. Recherches expérimentales sur la contagiosité du lait provenant de vaches tuberculeuses, *Deuts. Archiv. f. klin. Med.* — Hermsdorff. *De la tuberculose intestinale primitive par infection alimentaire*, Th. de Munich; — Tchistovitch. Contribution à l'étude de la tuberculose intestinale chez l'homme, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, numéro de mai. — 1890 : G. Gasperini. Le beurre naturel comme moyen de transmission de la tuberculose, *Giorn. d. R. Soc. Ital. d'Ygiene*, p. 5-34; — Dobroklonski. De la pénétration des bacilles tuberculeux à travers la muqueuse intestinale, *Archives de médecine expérimentale*, mars, p. 253; — Rendu. Entérite tuberculeuse à symptômes insolites, *France médicale*, p. 274. — 1891 : Wurzburg. *Therap. Monats.*, janvier, n° 1; — Hartmann et Pilliet. Note sur une variété de typhlite tuberculeuse simulant les cancers de la région, *Bull. de la Soc. anat.*, p. 471.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a procédé, dans sa dernière séance, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique, en remplacement de M. Edmond Becquerel, décédé. M. Potier, présenté en première ligne, à l'unanimité, par la section de physique, a été élu par 49 voix sur 58 votants.

— Sur la proposition de M. le docteur Chénieux, le Conseil municipal de Limoges vient de décider qu'une plaque commémorative serait placée sur la maison où naquit Jean Cruveilhier, le 9 février 1791.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur E. Bouchut, médecin en chef des Maisons d'éducation de la Légion d'honneur, agrégé libre de la Faculté, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants-Malades, décédé le 26 novembre, à l'âge de soixante-treize ans.

Les obsèques auront lieu le samedi 28 courant, à midi très précis, en l'église Saint-Louis-d'Antin.

— *Erratum.* — Page 1274, 2e colonne, ligne 56e, au lieu de « la restitution d'un passé » lisez « les restitutions d'un passé ».

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée

(1) Sézary et Anne. *Lyon médical*, 1888, p. 600; Polyak. *Therapeutische Monatshefte*, 1889.

de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*, 2 ou 3 à chaque repas.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

44

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude ...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

60

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

77

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau ; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

23

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse)

Contre les maux de gorge, angines, extinction de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, à Paris, et tes pharmacies de France et de l'étranger. Adh. Dethan

33

ANALYSE DE NOVEMBRE DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours, en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de novembre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1032.600
	gr.	
Beurre par litre	46.200	
Albumine	4.500	
Caséine	32.500	
Sucre de lait	42.800	
Sels	7.200	
Total des matières fixes	133.200	133.200
Eau		899.400

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.080
Acide sulfurique	0.128
Potasse	1.620
Soude	0.515
Chaux	1.940
Magnésie	0.209
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.708
Total	7.200

Prix	Dans les dépôts	65 c. le litre.
	—	40 c. le 1/2 litre.
	Rendu à domicile	70 c. le litre.
	—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

43

L'HUILE DE FOIE DE MORUE

DE BERTHÉ

est la seule qui soit préparée par des procédés approuvés par l'Académie de médecine de Paris.

« Dans différents mémoires présentés à l'Académie, M. Berthé a fourni la démonstration que, pour obtenir une huile d'une composition constante et aussi riche que possible en principes actifs, il était impossible que sa couleur ne fût pas foncée.

L'huile de foie de morue, préparée par les procédés de M. Berthé, contient une proportion considérable d'iode, de phosphore, de principes biliaires et de phosphate de chaux, quantité au moins double de celle qui se rencontre dans les huiles préparées autrement. » (Conclusions adoptées par une Commission de l'Académie de médecine de Paris après visite à la fabrique et examen des procédés.)

« C'est l'huile brune que l'on doit employer en médecine à l'exclusion des deux autres. » (*Traité de thérapeutique* de Trousseau et Pidoux.)

Les enfants acceptent facilement l'**Huile de Berthé** et ne tardent pas à la demander, car elle n'est pas « repoussante ». (Bouchardat.)

L'**Huile de Berthé** est l'huile de morue naturelle préparée avec des foies frais, directement importés par les soins de la maison L. FRÈRE, A. CHAMPIGNY et Cie, succes., 19, rue Jacob, Paris. Elle ne se vend qu'en flacons du prix de 2 fr. 50.

HUILE DE BERTHÉ CRÉOSOTÉE

(5 centigr. de créosote pure par grande cuillerée)
2 fr. 50 le flacon.

CAPSULES DE BERTHÉ CRÉOSOTÉES

(2 centigr. 1/2 de créosote pure par capsule)
2 fr. 50 le flacon de 60 capsules.

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

74

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Remède certain contre les **varices** et **hémorrhoïdes**. Dose, 15 à 20 gouttes par jour. **Bougies américaines Logeais**, 3 à 4 pr jour.

DÉPÔT : 37, avenue Marceau, Paris.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : DE 1 A 4 CUILLERÉES A SOUPE DANS UN PEU D'EAU.

Phie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

50

SANATORIUM DU CANIGOU

à VERNET-LES-BAINS (Pyrénées-Orientales).

Affections lympatiques : Tuberculoses chirurgicales, Tumeurs, Scrofules, Maladies cutanées.

Affections des voies respiratoires : Laryngites, Bronchites chroniques.

Traitement spécial par la cure d'air des affections pulmonaires chroniques, phthisie, etc.

HOTELS DE PREMIER ORDRE, VILLAS, CHALETS CASINO, THÉATRE ET PARCS

62

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

23

CÉRÉBRINE (COCA-THÉINE ANALGÉSIQUE PAUSODUN)

Migraines, Névralgies *faciales, intercostales* et *sciatiques, Zona, Vertige stomacal.* **Névroses** et toutes formes de l'*Hystérie*, de l'*Épilepsie* et de l'*Ataxie*. — CEREBRINE BROMEE ou IODEE : Névralgies diathésiques ou symptomatiques.

Eug. FOURNIER, pharm., *Issy-Paris*, et tes phies.

74

OREZZA EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE GAZEUSE

CHLORO-ANÉMIE — GASTRALGIES

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIERS-PARIS. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Traitement du goître exophthalmique par la faradisation. — Sur l'implantation de fragments volumineux d'os décalcifiés pour combler les pertes de substance du squelette. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 30 novembre 1891.

E. BOUCHUT

Samedi, au milieu d'un immense concours de confrères et d'amis, ont été célébrées les obsèques du docteur E. Bouchut. Une députation de la Faculté, doyen en tête, était venue rendre les derniers devoirs à l'agrégé dont les travaux ont jeté un si vif éclat sur la médecine des enfants.

Au cimetière Montparnasse, M. le professeur Grancher a pris la parole pour saluer, au nom des agrégés, celui qui fut son maître. Nous sommes heureux de reproduire ce discours ;

Messieurs,

La médecine infantile vient de faire, coup sur coup, de cruelles pertes. Après Roger, Bouchut! Deux chefs! Deux noms connus, deux noms célèbres, deux carrières voisines qui se sont souvent rencontrées et heurtées dans la vie et que la mort semble avoir voulu rapprocher dans la paix inaltérable et définitive du tombeau.

Bouchut, né en 1818, conquit très brillamment ses grades universitaires. Interne des hôpitaux en 1838, médaille d'or en 1842, lauréat de la Faculté de médecine en 1843 et 1844, il était nommé médecin du Bureau central en 1850 et agrégé en 1853.

Mais le travail des concours était loin de suffire à son activité, et déjà, en 1844, il avait publié plusieurs mémoires parmi lesquels je choisis ses « Recherches sur la phlegmatia alba dolens », couronnées par la Faculté. — Depuis cette date, et jusque dans les derniers temps de sa vie, jusqu'à son dernier jour même, Bouchut s'est montré un travailleur infatigable, un esprit d'avant-garde et toujours en éveil, toujours poursuivant quelque nouveau problème dans les voies multiples de la médecine : pathologie interne, pathologie générale, histoire de la médecine, philosophie médicale, thérapeutique, etc.

Après les ouvrages classiques sur « l'Hygiène de la première enfance », sur « les Maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance (1) », après les « Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie », après les études sur « la Vie et ses attributs », sur « le Nervosisme aigu et chronique », vinrent ses recherches sur le « Diagnostic des maladies du système nerveux, par l'ophthalmoscope », et « l'Histoire de la médecine et des doctrines médicales » et le « Dictionnaire de médecine et de thérapeutique » en collaboration avec M. Després.

Tous ces ouvrages, et j'en oublie, écrits d'une plume élégante et facile, recevant le meilleur accueil du public médical, sur qui le nom de Bouchut exerçait une réelle influence — plusieurs traduits en quatre ou cinq langues — ont semé la science française à l'étranger, en même temps que les éditions successives servaient à plusieurs générations médicales dans notre pays.

Par surcroît, ces travaux apportaient à l'auteur la renommée et l'autorité parmi ses confrères, la clientèle la mieux choisie, les titres honorifiques et les situations les plus enviés. Bouchut était commandeur de la Légion d'honneur et médecin en chef des Maisons d'éducation de la Légion d'honneur.

Il semble difficile de trouver une carrière plus remplie. Et cependant Bouchut consacrait encore le meilleur de ses forces et de son temps à l'enseignement clinique. Partout et toujours il a enseigné, à Sainte-Eugénie d'abord, puis à l'hôpital des Enfants-Malades, où pendant près de vingt ans sa voix a retenti. Et Bouchut enseignait fort bien! Tous ceux qui l'ont entendu se rappellent l'aisance, l'abondance de sa parole, la clarté de ses démonstrations et aussi la chaleur de ses convictions scientifiques, quand il abordait un sujet favori et qui lui tenait au cœur, la cérébroscopie, par exemple. — En 1869, lorsque Bouchut préparait les matériaux de son grand ouvrage sur ce sujet, j'avais l'honneur d'être son interne et je me rappelle avec quel enthousiasme, mes camarades et moi, nous suivions ses leçons captivantes et quelquefois passionnées.

La cérébroscopie n'a pas donné tout ce qu'elle promettait alors, il est vrai; mais son inventeur n'a jamais douté qu'elle aurait un jour la même bonne fortune qu'une autre de ses découvertes, le tubage de la glotte, tour à tour abandonné, décrié, condamné même, et, trente ans après, triomphant.

Hier encore, au Congrès de Berlin, Bouchut, toujours plein de verve et de flamme, réclamait hautement — et il avait raison — la paternité de cette méthode de traitement, rivale de la trachéotomie, mais tout aussi française.

Un autre ouvrage partageait avec la cérébroscopie et le tubage les prédilections du maître, je veux parler du « Traité des signes de la mort », qui avait mérité les récompenses de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Bouchut ne manquait donc ni d'originalité, ni d'imagination, ni de hardiesse, ses amis craignaient même que ces qualités si précieuses, et sans lesquelles il n'y a pas de progrès, ne l'entraînassent un peu trop vite et un peu trop loin; soit! et un esprit plus classique et plus mesuré eût évité bien des écueils, mais il n'eût pas soulevé autour de lui tous ces problèmes, toutes ces controverses, qui sont, après tout, une des formes du mouvement scientifique.

J'ai dit quel était l'écrivain, le médecin, le professeur, j'ajoute

(1) Ouvrage couronné par l'Institut.

que Bouchut était un penseur, en ce sens qu'il s'attachait volontiers à ces questions de vitalisme ou de philosophie médicale qui touchent à l'au-delà. « Quest-ce que la vie? dit-il quelque part. Quel est son principe et sa fin?... Pourquoi l'humanité?... Que sommes-nous et quelle est notre destinée?... Qu'est-ce que la mort?... »

Dormez en paix, cher maître, et laissons là ces problèmes décevants! Vous avez rempli votre tâche en travaillant de toutes vos forces à tous vos devoirs et en aimant de tout votre cœur, tous ceux qui vous aimaient, l'épouse et les enfants d'abord, puis les élèves, car vous aviez pour eux, je ne dis pas pour tous, mais pour quelques-uns, une affection sincère et profonde. J'étais de ceux-là, et je vous garde au cœur une reconnaissance attendrie.

Souffrez que notre douleur fasse cortège à la douleur si légitime et si cruelle de votre famille, et, au nom de la Faculté de médecine de Paris, qui reconnaît et salue un de ses enfants les plus vaillants, recevez, cher maître, un dernier adieu.

Il est difficile de retracer avec plus de netteté et plus de loyauté l'œuvre de celui qui vient d'être enlevé à notre affection et à notre admiration.

Bouchut fut, en effet, un maître, dans la plus haute acception de ce mot. Il avait un sentiment profond de sa valeur. Doué des plus brillantes qualités professorales, travailleur infatigable, il chercha toujours la vérité. Précédant son temps, il a étonné; il a blessé bien des vanités, soulevé des colères imméritées et brisé sa carrière. Aucune considération mesquine ne sut l'arrêter; il semblait avoir pris pour devise : « Vitam impendere vero. »

Depuis 1853, — près de quarante années! — nous avons été le témoin de sa vie, de ses travaux, de ses espérances et de ses découragements. Ce qu'il n'avait pas cherché, il en a été comblé — honneurs et fortune. La seule chose qu'il ait désirée, — et avec passion, — la robe rouge, il ne l'a pas pas obtenue! Mais, au jour des funérailles, devant cette tombe ouverte, l'organe de la Faculté de 1891 l'a noblement vengé des injustes rancunes dont il avait été la victime.

Il y a, en effet, quelque chose de supérieur aux vaines passions des hommes. Les hommes passent, la vérité reste. Bouchut a eu la consolation de voir, avant sa mort, le triomphe du tubage de la glotte!

Et maintenant qu'il repose dans sa tombe près d'un fils à jamais regretté, l'ère de la justice s'ouvre pour Bouchut. Puisse cette justice tardive apporter quelque consolation à une famille écrasée de douleur! Puisse-t-elle relever le courage de celui qui est appelé à continuer, dans notre carrière, le grand souvenir de son père!

Les articles se succèdent sur l'*organisation de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux*, et nous avons la satisfaction de voir la plupart de nos confrères de la presse médicale adopter notre manière de voir. Il importe bien plus, en effet, d'organiser ce qui existe déjà que de créer de toutes pièces un enseignement nouveau. Il faut canaliser ces mille ressources que les hôpitaux offrent à l'enseignement médical et ne plus les laisser se diffuser et se perdre; il suffit de perfectionner ce qui existe. C'est ce qu'admettent, avec nous, tous ceux qui sont au courant de la manière d'être de nos hôpitaux parisiens. La question est, d'ailleurs, fort judicieusement mise au point par M. le professeur Le Dentu, au cours d'ouverture duquel nous empruntons les lignes suivantes :

Aussi, nous autres, les professeurs de clinique, nous ne pourrions avoir l'idée de revendiquer pour nous le monopole de l'enseignement. Ce serait revendiquer l'absurde et méconnaître ce qui existe déjà depuis longtemps, à savoir la dissémination de l'enseignement dans tous les services de chirurgie, de médecine ou d'accouchement des hôpitaux de Paris.

La réforme, d'où qu'elle vienne, qu'elle émane de l'État ou de la Ville de Paris, *consistera essentiellement dans la consécration, dans la régularisation d'un ordre de choses, d'une situation qui a pour elle toute la force d'un fait accompli.*

Ne sont-ce pas là les termes mêmes du rapport de M. Straus qui ne veut « que développer un enseignement déjà prospère »? N'est-ce pas ce que nous disions nous-même (1), lorsque, au commencement de ce mois, nous écrivions : « Ce projet rend officiel un enseignement jusqu'ici dû à la simple initiative privée, il le consacre par une subvention et, par conséquent, l'encourage, le développe et lui fait prendre corps. » D'ailleurs, les bienfaits de la réforme annoncée se font déjà sentir, avant même qu'elle soit nettement formulée. L'hôpital Saint-Louis a organisé un enseignement hospitalier complet avec programme arrêté, défini, grâce à des maîtres de bonne volonté, qui se sont associés pour mener à bien l'enseignement des affections cutanées. L'hôpital Saint-Antoine va suivre cet exemple, des cours, des conférences cliniques vont être organisés. A la Charité, l'enseignement des accouchements est désormais largement assuré, d'autres hôpitaux vont suivre; l'élan est donné et il porte déjà ses fruits.

Cette vaste organisation de l'enseignement clinique rendue officielle et plus vivante, n'est-elle pas mille fois préférable à la création de quelques professeurs municipaux nommés au choix, c'est-à-dire à l'intrigue?

A la Société médicale des hôpitaux (26 novembre), M. Variot a lu un intéressant travail sur le tatouage des rhabilleurs et des piqueurs de meules.

M. Desnos a fait une communication sur un cas de défécation par la bouche. Un jeune homme hystérique, qui s'était échappé pour la septième fois d'un asile d'aliénés, avait été amené dans son service à la suite d'une attaque épileptique ou épileptiforme survenue dans la rue. On s'aperçut bientôt, qu'après les attaques ultérieures, il avait dans la barbe des matières demi-liquides présentant une odeur fécale des plus nettes. Il déclara que, depuis deux ans, il n'allait à la selle que par la bouche; le directeur de l'asile lui avait même donné des pastilles de menthe pour masquer ce que son haleine avait de désobligeant (?). En effet, à deux reprises, dans le service même, sans préparation appréciable, on le vit rendre par la bouche des matières fécales non méconnaissables. M. Desnos pense qu'il n'y a pas eu supercherie. Le malade avait vomi ces matières immédiatement après avoir avalé son potage, mais, chose singulière, il n'y avait pas trace de potage dans les excréments rejetés par la bouche.

On sait que, pour se rendre intéressants, des hystériques n'ont pas reculé devant l'ignoble jonglerie consistant à s'introduire des excréments dans la bouche et à en simuler le rejet par vomissements.

Cependant, dans trois ou quatre cas, il semble bien qu'il n'y ait pas eu tricherie, et il paraît possible que des mouvements anti-péristaltiques puissent, chez certains individus,

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1181.

ramener des matières fécales moulées du gros intestin dans l'estomac. Cherchewski cite un cas d'expulsion de matière stercorale par la bouche, chez un homme âgé, d'une haute situation sociale, qui n'était pas hystérique, mais seulement neurasthénique et dyspeptique. Son caractère semblait le mettre à l'abri de tout soupçon et il n'avait aucun intérêt à simuler un accident aussi particulièrement dégoûtant.

Être allé à la selle exclusivement par la bouche depuis deux ans, cela dépasse réellement la mesure et il est difficile, malgré le témoignage de M. Desnos, de croire à la sincérité de ce malheureux.

Dans la même séance, M. Rendu a présenté une jeune femme atteinte d'arthrite aiguë suppurée du genou survenue sans cause connue. Cette arthrite a guéri après qu'on eut extrait du genou 125 grammes de liquide, et injecté dans l'articulation le contenu d'une seringue de Pravaz d'une solution de sublimé à 1/4000. L'examen histologique non plus que la culture n'ont permis de déterminer la nature de cette arthrite : on n'a pas pu démontrer dans le liquide l'existence de microbes.

On peut évidemment, sans danger, se conduire de la même façon dans un cas analogue; mais il est certain qu'on ne pourrait pas compter toujours sur un succès semblable.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. R. Vigouroux.

Traitement du goître exophthalmique par la faradisation.

Par le docteur Aug. Vigouroux,
Interne à l'asile Sainte-Anne.

I

Le traitement du goître exophthalmique par l'électricité n'est pas nouveau. Tous les auteurs allemands, depuis quinze ou vingt ans, recommandaient la galvanisation du cou. C'est aussi par le courant galvanique que M. le docteur R. Vigouroux a commencé à traiter la maladie de Basedow; mais il ne tarda pas à le remplacer par le courant faradique, après avoir eu l'occasion de constater que les effets attribués à l'électrisation du nerf sympathique cervical sont bien plus marqués avec lui qu'avec le courant galvanique. Le fait, du reste, a été reconnu par un grand nombre d'électrothérapeutes. Entre autres, Erb dit que « les effets de l'excitation galvanique du nerf sympathique cervical sont moins nets et plus faibles que ceux produits par l'excitation faradique ».

M. le docteur R. Vigouroux a constaté en outre que, chez une malade à face fortement colorée, la faradisation de la carotide déterminait, du côté électrisé, des marbrures livides dues à l'ischémie partielle du derme. De plus, au moyen d'un thermomètre dont le réservoir est en forme de spirale plane, il a montré que la température baissait rapidement de ce même côté. Cet abaissement de la température, dû à la faradisation de la carotide, a été signalé par Przewuski, cité par Erb. Personne, cependant, n'a pu constater la dilatation de la pupille du côté correspondant pendant l'électrisation, de sorte que l'on ne peut dire si les effets produits sont dus à l'excitation du nerf sympathique ou à celle de la carotide.

En présence de ces faits, il n'y a donc aucune raison, à moins de préférence systématique, à continuer à employer les courants galvaniques.

D'un autre côté, des raisons d'un autre ordre justifient la préférence accordée à la faradisation, ce sont les résultats que l'on obtient. Depuis quinze ans que M. R. Vigouroux emploie ce mode de traitement, dans le service d'électrothérapie de la Salpêtrière, il l'a toujours vu amener, à de très rares exceptions, une prompte amélioration d'abord et, après prolongation suffisante, la guérison complète, c'est-à-dire la disparition de tous les symptômes.

Il est malheureusement impossible de donner le nombre exact des malades traités par ce procédé; mais on peut l'évaluer approximativement à une centaine, et ce chiffre ne paraîtra pas exagéré si l'on songe que c'est vers la Salpêtrière que sont dirigées la plupart des malades de ce genre, et qu'il comprend tous les cas frustes qui, autrefois méconnus, deviennent de jour en jour plus fréquents. Ces formes frustes de la maladie de Basedow sont également vite améliorées par la faradisation.

Il est à remarquer aussi que ce traitement est employé à l'exclusion de tout autre, l'expérience ayant montré qu'une autre médication, ou tonique ou calmante, ne pouvait s'y associer et qu'elle déterminait un retard à la guérison, loin de la favoriser.

Rappelons, enfin, que le mode de faradisation dont nous parlons, et qui est employé à la Salpêtrière, est celui que M. R. Vigouroux a décrit dans le *Progrès médical* (1886). Il consiste à faradiser négativement les carotides, le goître et les yeux, positivement la région précordiale. Une légère modification a été apportée dernièrement au procédé décrit en 1886. La faradisation positive du globe oculaire a paru donner de meilleurs résultats. La séance doit durer environ cinq minutes.

C'est dans ces conditions, et en suivant rigoureusement ce procédé, que, dans le service d'électrothérapie à la Salpêtrière, nous avons obtenu les résultats que nous croyons utile de faire connaître.

Observation I. — *Maladie de Basedow chez une fille de vingt et un ans. Début brusque il y a un an. État mental particulier, accompagnant les symptômes physiques. Amélioration assez rapide de ces deux ordres de symptômes.* — Del..., vingt-deux ans, fut envoyée dans le service d'électrothérapie par M. le professeur Charcot, en mars 1891.

Antécédents héréditaires. — Sa grand'mère maternelle est sujette à des attaques d'hystérie qui se renouvellent très fréquemment. Sa mère est en bonne santé, mais très impressionnable; une sœur de sa mère a eu des crises de nerfs à la suite de fortes émotions. Son frère et sa sœur sont nerveux. Son père est bien portant.

Aucun autre membre de la famille n'a jamais été atteint de maladie nerveuse.

Antécédents personnels. — Elle a toujours été nerveuse, elle s'est trouvée mal quelquefois, mais n'a jamais eu de convulsions.

Réglée à quatorze ans, régulièrement.

Au point de vue mental, c'est une femme d'intelligence vive; elle est instruite et est passionnée pour la musique. Elle est d'un caractère assez prompt, se met en colère facilement et pleure pour des motifs futiles. Elle a toute la série des stigmates psychiques de dégénérescence. Elle nous raconte qu'elle a toujours eu de petites manies. Elle ne peut supporter que l'on trouble en rien l'ordre de sa chambre. Elle n'a jamais voulu longer une rivière, et c'était un supplice pour elle que de traverser un pont. Elle a eu un accès d'arithmomanie, mais qui s'était limité aux pavés de la rue : en marchant, elle comptait les pavés de la rue, qu'elle fût seule ou en train de causer avec quelqu'un. Elle éprouva aussi la folie du doute : elle ne pouvait envoyer une lettre sans la décacheter et la relire à plusieurs reprises; elle eut également peur du

feu; elle ne s'endormait pas avant d'avoir visité plusieurs fois les foyers de l'appartement et se relevait plusieurs fois pour aller visiter la fermeture de la porte de sa chambre.

A l'heure actuelle, ces différentes obsessions qui, dans le cours de la maladie de Basedow, ont fait place aux idées de suicide, ont disparu, pour être remplacées par une variété d'onomatomanie. Au milieu d'une conversation elle se met à siffler plusieurs mesures d'un air.

La malade a une conscience très nette de son état, elle est très ennuyée de l'irrésistibilité de ses impulsions, elle raconte très bien l'angoisse qui les précède, et la satisfaction qui succède à l'accomplissement de l'acte.

Vers la fin du mois d'août 1890, elle eut un grand chagrin, et passa plusieurs journées à pleurer. Elle s'aperçut un matin que ses yeux sortaient de leur orbite d'une façon « effrayante » et que son cou était excessivement grossi.

A partir de ce moment elle se sentit énervée et fiévreuse. Ses mains étaient toujours moites, elle était brûlante bien qu'on fût en hiver et elle en souffrait beaucoup. Sa bouche était en feu, ses lèvres sèches. Elle fut prise d'un tremblement nerveux dans tout le corps, mais surtout localisé aux mains, qui l'empêchait de se livrer à aucun travail manuel.

La moindre émotion lui occasionnait des crises, des étouffements et des douleurs au niveau du cœur. Son pouls battait 135 pulsations à la minute. Les nuits étaient très agitées, elle dormait à peine 2 ou 3 heures, et avait des cauchemars terrifiants, elle voyait des loups et des chiens enragés, les membres de sa famille morts. Ces rêves l'épouvantaient à un point tel que non seulement elle se réveillait en sursaut, mais que toute la journée elle restait sous leur pénible impression, jamais, cependant, réveillée elle n'a continué à voir l'objet de son cauchemar.

Son caractère changea peu à peu, elle devint triste et très irritable, elle se mettait à pleurer sans motif, alors il lui vint des idées obsédantes de suicide. Elle était indifférente à ce qui se passait autour d'elle, ne s'occupait plus ni du ménage, ni de ses études. Elle se trouvait mal à chaque instant, et était devenue d'une faiblesse excessive, et d'une grande maigreur. Toute nourriture lui répugnait, elle ne mangeait presque plus, quelque temps après, au contraire, elle eut une fringale que rien ne pouvait apaiser.

La malade se décida alors à consulter des médecins, et, pendant trois mois, elle fut successivement traitée par les douches, le bromure de potassium, le valérianate d'ammoniaque, l'extrait de quinquina.

Découragée par l'insuccès de ces divers traitements, elle resta quatre mois sans se soigner, et ce n'est qu'à la fin de mars 1891, qu'elle vint à la consultation de M. le docteur Charcot qui l'envoya à l'électrothérapie. Depuis ce moment, elle fut électrisée trois fois par semaine, à l'exclusion de toute autre médication.

A son entrée dans le service, Del... est dans un état de faiblesse excessive, elle est très fatiguée de marcher, elle ne peut se tenir longtemps debout, elle est animée d'un tremblement à oscillations très rapides, et généralisé dans tout le corps, elle peut à peine défaire les boutons de son corsage. La sensibilité est égale des deux côtés.

La peau est moite, couverte d'une sueur épaisse.

Les yeux sont énormes, le globe oculaire est presque sorti de l'orbite. On ne trouve la paralysie d'aucun des muscles de l'œil. La paupière supérieure n'arrive pas à recouvrir complètement le globe oculaire.

La conjonctive est légèrement enflammée, les réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont conservés. La vue est normale.

Le cou est gros, mesure 35 centimètres au lieu de 32 qu'il mesurait auparavant au dire de la malade.

Les deux lobes du corps thyroïde sont également développés.

La respiration est rapide et compte 24 respirations à la minute.

L'auscultation des poumons ne décèle rien d'anormal.

Le pouls est rapide et régulier (134 pulsations), le cœur n'est pas hypertrophié, et son auscultation fait entendre des battements tumultueux, mais sans aucun bruit anormal.

La carotide est excessivement tendue.

La résistance électrique est tellement faible, qu'elle ne peut être mesurée avec la force électromotrice de 12 volts dont on se sert habituellement; avec 10 volts, elle est de 800 ohms.

La malade se plaint d'insomnies, de cauchemars. Elle est très irritable, abattue, découragée, a peu de confiance dans le traitement. En ce moment, la malade était obsédée par des idées de suicide.

Dès les premières séances, la malade a commencé à accuser une amélioration notable de son état général, elle se trouvait mieux portante, le sommeil était meilleur, cinq heures par nuit, et elle n'avait plus de cauchemars.

Le 16 avril, c'est-à-dire vers la douzième séance environ, l'amélioration se continue; les symptômes objectifs sont également amendés, le tremblement est bien moins accentué, la malade a recommencé à écrire, le cou a diminué de 1 centimètre et demi, et est à 33,5.

Le nombre des respirations est tombé à 24 et celui des pulsations à 120.

Depuis le mieux a toujours été en augmentant.

Le pouls ne bat plus que 102 pulsations.

La résistance électrique est toujours très faible.

Le 3 novembre. Le mieux continue, la malade peut travailler et passer ses examens, l'exophthalmie diminue peu à peu.

La malade a pu reprendre peu à peu toutes les occupations qu'elle avait dû abandonner, la force est revenue, elle a repris ses études de chant, et peut préparer le concours du Conservatoire. Il ne reste plus que l'exophthalmie et les palpitations, les autres symptômes ont disparu.

Le 15 septembre, la malade continue à suivre son traitement, quoique moins régulièrement : les yeux ont beaucoup diminué, comme en témoignent deux photographies de la malade à cinq mois d'intervalle. La paupière supérieure recouvre complètement le globe oculaire.

Le cou ne mesure plus que 32,5.

Les respirations ne sont plus que 18 à la minute.

SUR L'IMPLANTATION DE FRAGMENTS VOLUMINEUX
D'OS DÉCALCIFIÉS POUR COMBLER LES PERTES DE SUBSTANCE DU SQUELETTE

Par M. le professeur Le Dentu.

(Note communiquée à l'Académie des sciences.)

La greffe osseuse proprement dite, au moyen de fragments d'os vivant, est loin d'avoir réalisé les espérances que l'on avait fondées sur elle. La plupart du temps, ces fragments se résorbent peu à peu, ou bien sont éliminés comme corps étrangers, et, même lorsqu'ils paraissent avoir conservé toute leur vitalité, ils n'exercent sur les surfaces avec lesquelles ils sont fusionnés qu'une action de présence, n'aboutissant qu'à une lente réparation. Si on les emprunte à un animal, leur disparition est encore plus rapide que si on les prend sur le sujet opéré ou sur un autre sujet, et, dans ce dernier cas, on s'expose à greffer sur un organisme sain des os syphilitiques ou tuberculeux. Il n'est donc pas surprenant que l'on ait essayé de remplacer la greffe osseuse vivante par la greffe d'os décalcifié et aseptique.

Les premières tentatives, dans cette voie nouvelle, ont été faites par Senn (de New-York). En 1880, ce chirurgien publiait les observations de dix malades chez lesquels il avait comblé des cavités osseuses avec des petits copeaux d'os décalcifié; cette façon de procéder lui avait donné de bons résultats. Au mois de mars 1891, paraissait un travail de Kümmel (de Hambourg) sur le même sujet. Le chirur-

gien allemand, enhardi par les succès de Senn, avait remplacé de petits os longs, comme les métacarpiens et les métatarsiens, par des fragments d'os décalcifié de longueur égale.

Allant plus loin encore, j'ai pensé que l'implantation de très volumineux fragments pourrait être suivie de résultats aussi favorables, dans les cas où il y aurait à combler des pertes de substance de grandes dimensions. Une résection du tibia et du péroné, à la partie inférieure de la jambe, me fournit la première occasion de vérifier l'exactitude de ces prévisions.

L'opéré était un jeune homme de seize ans, atteint d'ostéite tuberculeuse depuis l'âge de quatre ans. Plusieurs fistules livraient passage à du liquide séro-purulent. Les deux malléoles étaient hypertrophiées. Toute mobilité avait disparu du côté de l'articulation tibio-tarsienne. Un pied bot talus commençant, compliqué de pied creux, contribuait, avec les lésions osseuses, à rendre la marche impossible. Le membre malade, atrophié depuis le haut de la cuisse, était notablement plus court que celui du côté opposé.

Le 8 mai 1891, je réséquai 7 centimètres du tibia et du péroné, qui étaient soudés ensemble. Après avoir détruit et extirpé les fongosités et abrasé la face supérieure de l'astragale, je remplaçai les os enlevés par un fragment unique d'os de veau décalcifié, également de 7 centimètres. Pardessus ce fragment, le périoste et les téguments furent suturés avec soin, si bien qu'une fois l'opération terminée, le membre avait recouvré sa forme normale. Un appareil plâtré immobilisa le pied et la jambe pendant la suite du traitement.

Le premier pansement put rester quinze jours en place sans que la température s'élevât jamais au-dessus de 38 degrés; au quinzième jour, il fallut désunir un peu l'une des plaies pour laisser s'écouler une assez grande quantité de sérosité louche. Le 21 juin, six semaines après l'opération, on pouvait constater un commencement d'ossification évident au niveau de l'implantation. Le 15 août, trois mois après l'intervention, le malade quittait l'hôpital, marchant avec un appareil silicaté.

Actuellement, la consolidation est parfaite ; entre l'extrémité inférieure de l'os nouveau et la face supérieure de l'astragale, s'est constituée une articulation mobile dans tous les sens. Par précaution, l'opéré marche avec un brodequin muni de tuteurs latéraux, avec lequel il peut faire plusieurs kilomètres sans fatigue.

L'application de cette méthode a été faite par moi chez neuf autres malades, dont on trouvera l'histoire détaillée dans la thèse de M. Buscarlet (12 novembre 1891), ainsi que des expériences sur ce que deviennent les os ainsi transplantés.

Quant à la préparation de ceux-ci, voici comment on y procède :

Sur un animal que l'on vient de tuer (bœuf, veau, mouton, chevreau), on prend des os que l'on dépouille immédiatement de leur périoste et de leur moelle. Le fémur et le tibia du bœuf, qui possèdent une épaisse couche de tissu compact, sont les meilleurs. Coupés en fragments de différentes dimensions, ces os sont plongés dans une solution d'acide chlorhydrique au dixième, pendant une huitaine de jours. Une plus longue macération les priverait de la fermeté nécessaire pour le rôle de soutien ou squelette provisoire qu'ils auront à remplir. Ils sont alors lavés à l'eau pure, laissés pendant vingt-quatre heures dans une solution de sublimé, puis conservés dans l'éther iodoformé.

Conclusions. — Substitués à un fragment d'os long ou à un os tout entier, les fragments d'os décalcifiés remplissent le rôle d'un soutien temporaire qui, avant sa disparition, laisse au périoste ou aux tissus osseux le temps de reconstituer un os nouveau. La jeunesse du sujet, la conservation d'un étui périostique ou d'une gouttière osseuse, l'ablation aussi complète que possible des parties malades (substances osseuses ou fongosités), sont des conditions particulièrement favorables au succès. L'antisepsie la plus rigoureuse est nécessaire.

La méthode peut trouver son application dans les circonstances suivantes :

1° Résections de petits os longs ou d'os courts entiers, pour tuberculose, ostéomyélite, tumeurs, etc.;
2° Résections des os longs dans la continuité (fractures compliquées, tumeurs, etc.);
3° Évidements, pour ostéomyélite ou tuberculose;
4° Trépanation du crâne (pour blessures, tumeurs, etc.);
5° Traitement opératoire des pseudarthroses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

De l'hystérectomie vaginale dans le traitement du cancer utérin. — M. SEGOND a fait 33 hystérectomies vaginales pour cancer, dont 25 pour cancer du col et 8 pour cancer du corps. Il a eu 26 guérisons opératoires et 7 morts après l'opération, soit par péritonite, par septicémie, hémorrhagie ou obstruction intestinale. Des 26 opérées qui ont guéri de l'opération, 8 l'ont été récemment; sur les 18 autres, 4 sont mortes au bout d'un an, mais après avoir éprouvé un notable soulagement. Trois ont eu une récidive dans les trois mois, après avoir été améliorées. Pour 8 autres, les résultats sont inconnus. Il en reste 3, opérées depuis trois ans, deux ans et un an et demi qui ne présentent jusqu'ici aucune récidive.

M. SCHWARTZ compte 3 hystérectomies vaginales pour cancer; dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une femme de quarante-six ans, atteinte d'un cancer limité au col, avec utérus abaissable et ligaments larges intacts. La récidive est survenue six mois après l'opération. Dans un second cas, c'est une femme de cinquante-cinq ans opérée dans les mêmes conditions, seulement depuis quelques mois, actuellement encore sans récidive. Enfin, la troisième malade, opérée il y a trois mois, était âgée de vingt-neuf ans; M. Schwartz a enlevé chez elle l'utérus et une partie du vagin. Elle est encore sans récidive, mais elle porte une fistule vésico-vaginale, la vessie ayant été ouverte.

M. Schwartz, à côté de ces faits, en signale trois autres dans lesquels il a pratiqué des ablations partielles de l'utérus ou une amputation simple du col, suivie de cautérisaton au thermocautère. Deux de ces malades ont eu une survie de dix et douze mois. La troisième, opérée en 1885, n'a pas encore de récidive.

M. VERNEUIL rappelle l'observation d'une malade qu'il a communiquée à la Société et qu'il a opérée, en 1869, d'un épithélioma du col par la chaîne de l'écraseur, le diagnostic ayant été confirmé par l'examen microscopique. Il a revu cette malade, il y a quelques mois, et il a constaté qu'elle n'avait encore aucune trace de récidive. Il cite un cas analogue dans lequel la malade, opérée depuis huit ans, est encore sans récidive. M. Verneuil persiste donc à croire qu'on obtient généralement une survie plus longue avec les amputations partielles qu'avec l'amputation totale de l'utérus.

Lithotritie, influence des mouvements imprimés aux malades pour la prise des calculs et de leurs fragments. — M. HORTELOUP, après avoir rappelé les divers procédés, les différents lits ou fauteuils imaginés dans le but de faire tomber la pierre entre les mors du lithotriteur, fait connaître un nouvel appareil qu'il a fait construire dans le même but. C'est une sorte de chaise sur laquelle le malade est fixé de telle façon qu'il suivra tous les mouvements qui seront imprimés à cette chaise. On peut ainsi saisir plus facilement le calcul à plein corps ainsi que les fragments qui, par le fait de la pesanteur, viennent tomber d'eux-mêmes dans les mors du lithotriteur. En outre, en raison du fonctionnement du lithotriteur, on ne touche presque pas à la muqueuse et on ne tiraille pas sur le col, ce qui permet d'éviter les hémorrhagies.

Depuis que M. Horteloup a recours à ce procédé, il n'a rencontré que quatre cas dans lesquels il lui a été impossible de saisir une pierre bien nettement constatée, ce qui s'expliquait par ce fait, qu'a montré la taille, que dans deux cas, la pierre était adhérente, dans un cas enchâssée dans une cellule, dans un cas, enfin, enclavée entre la paroi vésicale et une énorme tumeur de la prostate. Ce fauteuil a-t-il aussi l'avantage d'assurer le diagnostic, car, lorsque la pierre ne peut être saisie, c'est que l'on a affaire à l'une de ces complications.

M. BAZY présente quelques observations relativement à l'emploi de la chaise imaginée par M. Horteloup et fait remarquer qu'il peut se trouver d'autres cas, que ceux indiqués par M. Horteloup, dans lesquels ce procédé peut ne pas donner les résultats annoncés.

M. HORTELOUP répond à M. Bazy qu'il a eu soin de tenir compte de ces faits qu'il vient d'indiquer et qu'en dehors d'eux il a toujours obtenu les meilleurs résultats de l'emploi de cet appareil.

RAPPORT

Cure radicale des ulcères variqueux. — M. QUÉNU fait un rapport sur une observation adressée par M. Cerné (de Rouen), dans laquelle il s'agit d'une femme atteinte de deux ulcères variqueux siégeant au niveau et au-dessus de la malléole interne et accompagnés d'énormes varices qu'il a guérie en faisant la résection et la ligature des veines variqueuses. M. Cerné pense que les troubles trophiques de la peau, dans ces cas, sont le résultat d'une lymphangite chronique dépendant elle-même d'une périphlébite. La guérison s'expliquerait donc par la suppression des veines malades. M. Quénu fait observer que cette assertion émise par M. Cerné ne s'appuie sur aucune constatation anatomique ou physiologique et que, d'autre part, M. Cerné ne semble tenir aucun compte des états constitutionnels, des altérations artérielles et des troubles du système nerveux dont l'influence sur la production des ulcères est incontestable. Toutefois, ce procédé d'intervention radicale mérite, aux yeux de M. Quénu, d'être pris en sérieuse considération.

M. SCHWARTZ déclare avoir obtenu de bons résultats de cette opération dans les cas de larges et vieux ulcères.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Fracture et suture de la rotule. — M. RECLUS présente un malade qui était atteint d'une fracture de la rotule, avec fragment inférieur très petit et capsule largement déchirée. Il a suturé la rotule et refermé la capsule par sept points de suture. Le malade a bien marché dix-neuf jours après l'opération.

M. SCHWARTZ cite un cas analogue dans lequel il a fait également la suture de la rotule. Le malade a marché après vingt-cinq jours; mais après six semaines un des fils faisait saillie sous la peau et causait un peu de gêne.

M. KIRMISSON ne trouve pas que le malade présenté par M. Reclus soit complètement guéri. Il constate encore chez lui un certain degré d'empâtement et de mobilité des fragments. Il trouve, qu'en général, on fait marcher ces opérés beaucoup trop tôt et qu'il y aurait avantage à les immobiliser plus longtemps.

Fracture comminutive de la rotule. — M. QUÉNU présente un malade qui, étant tombé d'un quatrième étage, s'était fait une fracture comminutive de la rotule. Il n'y avait pas moins de six fragments. Deux seulement ont pu être suturés; les autres ont été simplement rapprochés par une sorte de faufilage à la soie, fait sur les débris de la capsule. Ce malade a été immobilisé pendant six semaines, aujourd'hui il marche très bien et fait de fort longues courses.

Traitement des fongosités par les injections de chlorure de zinc. — M. RECLUS montre une jeune fille qu'il a traitée d'une tumeur fongueuse de l'avant-bras par les injections de M. Lannelongue. Il a obtenu chez cette malade une très notable amélioration. Il a également obtenu de bons résultats du même traitement dans quatre cas d'arthrite fongueuse.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 25 novembre 1891, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin-major de première classe Cazalas, pour l'hôpital militaire de Marseille.

M. le médecin-major de deuxième classe Cassedebat, pour le 2e zouaves.

MM. les médecins aides-majors de première classe Chauseix, pour le 2e spahis; — Colombel, pour le 30e d'artillerie; — Auger, pour l'École de Saint-Cyr; — Provost, pour le 15e d'artillerie; — Rouffignac, pour le 13e dragons; — Manoha, pour le 21e chasseurs; — G. Rivière, pour le 4e spahis; — Baillé, pour le 13e chasseurs à cheval; — Fosse, pour le 163e d'infanterie; — Armynot du Châtelet, pour le 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — de Viville, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie; — Rossignot, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Gilliard, pour le 110e d'infanterie; — Lanusse-Troussé, pour le 34e d'infanterie; — Lainé, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Ménétrier, Clado, Lyot, Lejars, Tissier, Martin de Gimard et Chaffard sont maintenus, pour un an, dans leurs fonctions de chef de clinique.

Sont institués, pour un an, chefs de clinique, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

Clinique médicale : MM. Vaquez, Lion et Lyon. — Clinique chirurgicale : M. Delbet. — Clinique obstétricale : M. Varnier. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Hudelo. — Clinique des maladies mentales : M. Pactet. — Clinique des maladies du système nerveux : M. Dutil.

Sont institués, pour un an, chefs-adjoints de clinique : 1° des maladies cutanées et syphilitiques, M. Wickham; 2° des maladies mentales, M. Sollier.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Larre est nommé prosecteur; — MM. Grimard, Fieux et Arnould sont nommés aides d'anatomie; — M. Lafarell est nommé préparateur de médecine expérimentale.

— M. le docteur Moisset a été élu hier sénateur de la Charente-Inférieure.

— M. le docteur Bouchaud, professeur de pathologie interne à la Faculté libre de Lille, vient d'être nommé chevalier de Saint-Grégoire-le-Grand.

— M. le docteur Destrée, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique à l'Université libre de Bruxelles.

— M. le docteur François Raspail vient d'être condamné à 500 francs d'amende et 200 francs de dommages-intérêts envers la partie civile, pour exercice illégal de la pharmacie.

— M. le professeur Émile Blanchard commencera son cours de zoologie (animaux articulés), le mercredi 2 décembre 1801, à une

heure, dans la nouvelle galerie de zoologie du Muséum, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Entrée par la grande porte, voisine de la galerie de minéralogie.

— M. le professeur Léon Vaillant ouvrira son cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons), le jeudi 3 décembre 1891, à une heure, dans l'amphithéâtre du rez-de-chaussée des galeries de zoologie du Muséum, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Le cours sera complété par des conférences pratiques au laboratoire et à la ménagerie.

— Postes médicaux. — Gironde : s'adresser à M. le docteur Clément, à Arrès. — Loire-Inférieure : s'adresser à M. le docteur Saquet, 25, rue de la Poissonnerie, à Nantes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. La ténotomie dans le traitement du pied-bot varus équin. — Statistique de 1115 opérations de tumeurs adénoïdes. — Un cas d'hémorrhagie aiguë (apoplexie) de la luette. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les discussions chôment en ce moment à l'Académie, qui se presse d'en finir avec ses rapports officiels et ses rapports de prix, la séance annuelle devant avoir lieu le 15 décembre. Aussi n'avons-nous, cette fois encore, que deux lectures à signaler, l'une de M. E. Ménière sur le diagnostic et le traitement des tumeurs adénoïdes chez les enfants; l'autre de M. Chaumier (de Tours) sur l'hystérie des nouveau-nés. Il y a une vingtaine d'années à peine, on n'entendait parler d'hystérie que chez la femme; puis les observations d'hystérie chez l'homme se sont multipliées, et voilà qu'aujourd'hui le nouveau-né lui-même, d'après M. Chaumier, payerait un large tribut à cette affection.

Après ces deux lectures, l'Académie s'est formée en comité secret.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. KIRMISSON.

La ténotomie dans le traitement du pied-bot varus équin.

L'emploi de la ténotomie dans le traitement des pieds-bots est de date déjà assez ancienne. En 1784, Lorenz, sur le conseil de Tilanus, pratiquait la section du tendon d'Achille. En 1806, Sartorius renouvelait cette opération. Ces diverses tentatives avaient été faites à ciel ouvert. En 1816, Delpech (de Montpellier), s'il n'inventait pas la ténotomie sous-cutanée, essayait tout au moins de réduire l'étendue de la plaie. Il pratiquait deux incisions latérales en introduisant le bistouri sous le pont de peau ainsi formé. Cette opération ingénieuse, bien que suivie de quelques accidents, suppuration et exfoliation partielle du tendon, donna un résultat favorable. Vingt ans après, Bouvier, retrouvant l'opéré de Delpech, put constater que la correction de l'équinisme s'était bien maintenue.

Le nouveau procédé fut, malgré le succès qu'il avait donné, mal accueilli; des critiques fort vives s'élevèrent. Abandonnée en France, où elle avait été découverte, la ténotomie sous-cutanée était reprise en 1831, par Stromayer (de Hanovre). Parmi les opérés de Stromayer, se trouvait un futur chirurgien, Little. Le succès obtenu chez lui fut éclatant, si éclatant qu'il devait susciter chez un autre médecin, qui l'avait tout d'abord soigné, Dieffenbach, un véritable enthousiasme en faveur de la méthode. C'est par centaines que se comptent, à partir de cette époque, les opérations de Dieffenbach. Son mémoire sur la ténotomie, reproduit dans les *Archives de médecine*, introduit de nouveau, en France, l'opération tout à fait abandonnée. Vincent Duval, Bouvier, Jules Guérin la pratiquent tour à tour. Dieffenbach avait, d'ailleurs, beaucoup perfectionné le procédé primitif de Delpech. C'est à lui qu'on doit l'usage des deux ténotomes, l'un pointu, l'autre mousse; il se contentait d'une seule incision au lieu de deux; son procédé est encore le procédé actuel.

La ténotomie du tendon d'Achille, la première pratiquée, a été faite par deux méthodes différentes : la méthode sus-tendineuse et la méthode sous-tendineuse. La section du tendon est faite des parties superficielles vers les parties profondes dans le premier cas, des parties profondes vers les parties superficielles dans le second. La première méthode est plus simple et, par suite, préférable. Si, dans d'autres régions, la présence de vaisseaux contre la face profonde du tendon doit faire préférer la méthode sous-tendineuse, aucune raison de ce genre n'existe pour le tendon d'Achille. Au contraire, la méthode sus-tendineuse expose, dans les cas d'échappées, au petit inconvénient de l'incision de la peau.

Les rapports du tendon avec l'artère et le nerf tibial postérieur imposent, par contre, le côté interne du tendon comme point d'élection pour la ponction. C'est bien à tort qu'on a conseillé de faire indifféremment cette ponction au côté externe ou interne. En choisissant toujours le côté interne, on est beaucoup plus sûr d'éviter la blessure des vaisseaux. Il suffit à l'opérateur de se placer soit du côté plantaire, soit du côté dorsal du pied, suivant le pied qu'il opère, pour que cette règle ne cause pas la moindre gêne dans la ponction.

Le mode de réparation du tendon sectionné mérite d'être étudié en raison des conclusions pratiques auxquelles il donne lieu. C'est Hunter qui, le premier, en 1767, a étudié, par une série d'expériences, ce mode de réparation. Il faisait jouer le plus grand rôle à l'organisation du sang qui s'épanche entre les extrémités sectionnées. Deux faits doivent être particulièrement retenus par vous. La gaine celluaire qui entoure le tendon et qui n'est pas complètement

divisée lors de la section, joue dans la réparation un grand rôle ; elle sert de direction aux tissus de formation nouvelle. Cette gaine, après la ténotomie, se sent très bien sous forme de deux petites bandelettes latérales encore résistantes. Il ne faut pas s'acharner à achever la section de ces bandelettes comme je l'ai vu faire quelquefois.

Le deuxième point digne de remarque est le suivant : la réparation du tendon est rapide. Au début, le tissu qui unit les extrémités divisées est souple, élastique ; il permet la correction du pied, mais cette souplesse diminue vite. Il faut donc en profiter de bonne heure, pendant qu'elle favorise l'action du massage et des appareils. Loin de différer, comme on l'a fait, ces manœuvres complémentaires, je vous conseille de les pratiquer aussitôt après la ténotomie.

Le tendon d'Achille n'est pas le seul qui ait été sectionné. Dans le varus équin, on a pratiqué la ténotomie des jambiers antérieurs et postérieurs, dans le valgus celle des péroniers latéraux. La section de l'aponévrose plantaire, si résistante, si fréquemment rétractée dans sa moitié interne, est-elle aussi souvent nécessaire. La ténotomie sous-cutanée du jambier antérieur est facile. Celle de l'aponévrose plantaire, à condition de la faire vers la moitié de la plante du pied, un peu plus près même du talon que des orteils, n'offre pas non plus grand danger. Il n'en est pas de même de celle du jambier postérieur. Au niveau de la tubérosité du scaphoïde, le tendon est difficile à atteindre, en raison de l'enfoncement qui se produit en ce point dans le cas de pied-bot. Dans la gouttière de la malléole interne, l'opération est rendue périlleuse, par la présence de l'artère et du nerf tibial postérieur. Mais aujourd'hui, au lieu de tenter ces ténotomies incertaines et hasardeuses, l'antisepsie nous permet de procéder à ciel ouvert ; une incision de quelques centimètres, l'ouverture d'une gaine tendineuse n'offrent pas le moindre inconvénient. Sur un malade propre, avec des mains propres et des instruments propres, vous pouvez, en toute sécurité, abandonner, dans des régions difficiles, la ténotomie sous-cutanée pour la ténotomie à ciel ouvert.

Autrefois, au contraire, les ténotomies sous-cutanées elles-mêmes étaient loin d'être exemptes d'accidents. La suppuration était très commune, l'érysipèle fréquent. La phlébite, la septicémie, la gangrène ont même été observées dans ces opérations minimes. Faute de précautions antiseptiques suffisantes, rappelez-vous que vous ne seriez, pas plus qu'autrefois, à l'abri de toutes ces complications.

La ténotomie, pour donner tous ses résultats, doit être complétée par le massage et par le port d'appareil. Le massage, vous le savez, devra porter à la fois sur l'articulation tibio-tarsienne et sur l'articulation médio-tarsienne. Les appareils sont extrêmement nombreux. Les uns, appareils plâtrés, appareils emplastiques, appareils à traction de caoutchouc, peuvent être fabriqués par le chirurgien. Parmi eux, celui que j'emploie le plus chez les jeunes enfants est l'appareil de gutta-percha. Il est d'une application facile, il n'excorie pas la peau, il ne se ramollit pas quand il est mouillé par l'urine. Les appareils, plus complexes, des orthopédistes, se réduisent tous en résumé à trois articulations permettant une action à triple effet : 1° articulation transversale corrigeant l'équinisme ; 2° articulation latérale portant le pied, soit en adduction, soit en abduction ; 3° articulation à la partie moyenne de la semelle permettant de mettre la pointe du pied en rectitude, de dérouler le pied. Cette dernière action est de beaucoup la plus importante, la plus difficile à bien réaliser.

Ces divers moyens, je vous l'ai dit, doivent être employés aussitôt après la ténotomie. Il est inutile d'attendre, comme on l'a fait, trois, six, huit jours et plus. L'action immédiate assure, sans accidents, un résultat meilleur.

Quels sont les résultats de ce mode de traitement du pied-bot varus équin ? Ils sont satisfaisants dans les formes simples et à un âge encore peu avancé. Scarpa n'opérait plus après douze ans, Bonnet n'opérait guère après quinze ans. Comme il l'avait bien remarqué, à propos de deux opérés âgés de dix-huit ans, et d'un opéré âgé de vingt-trois ans : à un certain âge, on réussit bien encore à corriger l'équinisme et l'adduction, mais l'enroulement du pied autour de son bord interne n'est pas modifié. C'est en vain qu'on s'est alors acharné à multiplier les sections tendineuses. Bouvier, dans un cas, n'avait pas fait moins de seize à dix-huit ténotomies ; Malgaigne, qui vit le malade plus tard, montra que le seul résultat de ces interventions réitérées avait été, sans corriger la difformité, d'affaiblir le pied, au point de rendre toute marche impossible. Excellente dans les cas moyens et assez récents, la ténotomie doit donc, dans les formes graves et anciennes, faire place aux modes d'interventions plus énergiques que nous avons aujourd'hui : sections des parties molles à ciel ouvert, sections et résections osseuses.

STATISTIQUE DE 1115 OPÉRATIONS DE TUMEURS ADÉNOIDES

Par le docteur E. Ménière,

Médecin-adjoint de l'Institution des sourds-muets.

Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal sont connues maintenant de tous les médecins. Mais, beaucoup de confrères ne paraissent pas encore se rendre un compte exact des graves inconvénients et des lésions nombreuses et diverses dus à l'hypertrophie du tissu adénoïde de His dans la région naso-pharyngienne chez les enfants.

J'ai l'honneur d'apporter à l'Académie la statistique de 1115 opérations faites de 1884 au 30 septembre 1891. Elles se décomposent ainsi :

844 au dispensaire Furtado-Heine ;
27 à la clinique otologique des sourds-muets ;
8 aux maisons de la Légion d'honneur ;
236 dans ma clientèle particulière.

Je demande à l'Académie la permission de lui donner très succinctement les conclusions qui me sont fournies par l'expérience.

Les tumeurs adénoïdes qui se rencontrent le plus généralement chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux sont dues à un processus inflammatoire de la région naso-pharyngienne. L'hérédité joue un rôle important (j'ai opéré jusqu'à quatre enfants dans la même famille, frères et sœurs), et l'on retrouve facilement chez beaucoup de parents les stigmates de l'hypertrophie adénoïde qu'ils ont eue dans leur enfance.

La rhinoscopie postérieure à l'aide du miroir, toujours assez difficile chez les très jeunes sujets, sans être inutile, n'est pas nécessaire.

Il n'en est pas de même de l'exploration digitale, que j'appellerais plus volontiers rhinoscopie digitale, et qui donne des résultats plus précis, plus nets, plus rapides et plus complets. Elle est bien supportée et ne cause vraiment qu'un ennui passager.

Les masses adénoïdes encombrant le pharynx nasal bouchent plus ou moins les choanes. La respiration nasale, physiologiquement nécessaire, est entravée, et le plus souvent presque abolie.

La respiration buccale reste seule.

Quels effets produit cette grande modification de la respiration normale, sur l'économie, chez les enfants?

Sur le squelette. — Déformations de la cage thoracique et déviations diverses de la colonne vertébrale, causées par le développement défectueux dû lui-même à l'entrée insuffisante de l'air dans les cavités pulmonaires, pendant plusieurs années. Déformations de la tête, de la face. Le nez est souvent proéminent, la cloison fortement déviée. Ces divers états sont causés par le manque de développement latéral des sinus ethmoïdaux, sphénoïdaux et maxillaires, développement arrêté par une aération incomplète de ces cavités.

Il se produit souvent, en outre, une déformation de la voûte palatine, qui devient ogivale, et le maxillaire supérieur s'avance en pointe et occasionne le chevauchement des incisives, etc.

Sur le faciès. — La bouche est constamment ouverte, la lèvre supérieure fortement relevée. Le faciès est assez caractéristique, comme hébété ; la coloration du visage est d'un gris plus ou moins marqué.

Sur l'oreille. — Les tumeurs adénoïdes couvrent parfois l'entrée des trompes ; mais, à défaut de cette occlusion, l'inflammation chronique, qui est la règle, occasionne par l'irritation constante, existant dans la région, un catarrhe tubaire qui peut devenir sérieux par la suite et être cause de la sclérose de l'oreille moyenne et de l'ankylose des osselets.

Il survient assez souvent des otites moyennes graves, dont le processus inflammatoire s'explique facilement et dont la durée peut être fort longue, si on n'intervient pas radicalement du côté du pharynx.

J'ai observé, chez les enfants, de nombreux cas d'otite moyenne, aiguë ou chronique, guérissant rapidement après l'enlèvement des adénoïdes.

Sur la constitution générale. — L'hématose est fortement entravée, à la longue, par cette respiration incomplète, simplement buccale.

Les enfants dorment mal, ronflent, sont agités, ont des sueurs nocturnes fatigantes, et des cauchemars.

J'ai noté aussi des céphalées quotidiennes, durant plusieurs mois, en imposant pour des états graves, et ne cédant à aucun traitement général, quinine, bromures à hautes doses, hydrothérapie, séjour au bord de la mer ou à la campagne. Les enfants travaillent mal, sans entrain ; la mémoire est défectueuse, et l'économie tout entière est en souffrance.

C'est par centaines qu'on compte les cas de ce genre. Est-il besoin d'ajouter que ces divers états morbides se rencontrent chez les enfants atteints d'adénoïdes, à des degrés variables, suivant leur âge ou l'ancienneté de leur affection. Mais, chez certains malades, on les trouve avec leur maximum d'intensité.

J'ai remarqué aussi que les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire et de la gorge sont beaucoup plus graves chez les enfants dont le pharynx nasal est obstrué.

Enfin, le catarrhe naso-pharyngien chronique peut, chez certains sujets, causer de la rhinite ou de l'ozène.

L'hypertrophie des amygdales et de la muqueuse des cornets inférieurs coexiste assez fréquemment.

L'ablation de ces masses adénoïdes peut seule modifier complètement ces divers états, pourvu que l'opération soit faite au moment propice, c'est-à-dire dans le jeune âge.

Il n'y a qu'un procédé opératoire vraiment parfait, suivant moi, c'est l'emploi des pinces coupantes, dont il existe bien des modèles. Les pinces primitives de Lowemberg, de Woackes, ont été beaucoup modifiées. Je me sers d'un modèle construit par Collin, sur mes indications. Il en existe de plusieurs grandeurs, suivant l'âge des enfants.

Quel que soit le procédé choisi, il est important de faire faire des irrigations nasales antiseptiques. L'eau chaude, additionnée de coaltar saponiné, m'a donné d'excellents résultats.

Le procédé opératoire s'emploie de deux manières :

Première manière. — Les prises, avec la pince, se font une seule à la fois, en recommençant à cinq ou huit jours d'intervalle.

La douleur est vraiment minime, à ce point que la plupart des enfants préfèrent ne pas subir le badigeonnage du pharynx nasal avec la cocaïne, qui leur est presque aussi désagréable que l'opération elle-même.

La prise se fait si rapidement — deux à trois secondes, — que les petits malades la supportent en général très facilement.

Un seul aide suffit pour tenir l'enfant ; mais il faut que cet aide connaisse bien le tour de main nécessaire à l'immobilisation.

On fait ensuite fortement moucher le patient ; il se gargarise avec de l'eau froide, puis on termine par une injection nasale antiseptique. Les oreilles sont fermées avec du coton, il ne quitte pas l'appartement, le jour de l'opération, et, à part cela, son existence n'est changée en rien. La moyenne des séances est de trois, et souvent la dernière est employée à faire un grattage métallique rigide, qui nivelle complètement tous les points du « cavum », qu'on ne pourrait atteindre aussi facilement avec la pince.

Quelques badigeonnages à la teinture d'iode pure complètent la guérison.

Tel est le procédé que j'emploie exclusivement.

Deuxième manière. — On opère en une seule séance par prises successives, jusqu'à ce qu'on se soit assuré qu'il ne reste plus d'adénoïdes. Mais il faut donner le chloroforme. L'écoulement du sang est souvent considérable, et il peut survenir de la réaction fébrile, etc. L'enfant doit prendre le lit, et le garder plus ou moins longtemps.

En résumé, je trouve un peu exagérée la mise en scène opératoire, eu égard au but qu'on veut atteindre.

J'ajouterai que le chloroforme, ou un autre anesthésique, n'étant pas absolument sans dangers, il me paraît inutile de les employer pour une intervention opératoire relativement bénigne et exempte de vraies douleurs.

Sur les 1 115 opérations que j'ai pratiquées, 1 109 ont été faites par le procédé en plusieurs séances. C'est, du reste, celui qui convient le mieux aux parents, quand je leur demande de choisir.

Il est préférable d'opérer entre quatre et douze ans.

Voici quelques chiffres de ma statistique : 1 enfant à dix-huit mois, 5 de dix-neuf à vingt-quatre mois, 28 de deux à trois ans, 1 039 de trois à douze ans, 42 de douze à vingt ans. Au-dessus de quatorze ans, il faut être très prudent, afin d'éviter les hémorrhagies, dont j'ai vu deux cas, chez une jeune fille de seize ans et chez une autre de dix-sept.

Vers dix-huit ou vingt ans, le tissu adénoïde hypertrophié subit une répression marquée. Mais, certaines lésions, dues à cet état maladif, restent acquises définitivement.

Je n'ai jamais vu se reproduire les tumeurs adénoïdes quand l'opération a été faite complètement et avec soin.

L'innocuité du procédé en plusieurs séances est démontrée par ce fait, que les enfants opérés au Dispensaire Heine, s'en retournent chez eux, souvent fort loin, en hiver, par la pluie, la neige, le froid, ayant aux pieds des chaussures souvent insuffisantes, des vêtements parfois bien sommaires, et la tête simplement couverte d'une capeline, d'un tablier ou même d'un mouchoir.

Sur 850 cas, je n'ai jamais observé que quatre ou cinq fois un léger mal de gorge et trois ou quatre fois une petite réaction fébrile, ou un peu de mal de tête, dus probablement à un léger refroidissement contracté dans les conditions indiquées, ou plutôt encore au manque de confortable du milieu où ils vivent.

Ce qui réussit aussi bien chez les enfants de la classe pauvre, ne peut que réussir encore mieux lorsqu'il s'agit de jeunes malades appartenant à la classe aisée ou riche.

L'expérience démontre la réalité de cette assertion, et je pourrais en appeler au témoignage de quelques-uns de mes maîtres ou de mes confrères qui appartiennent à l'Académie.

En résumé, les résultats obtenus dépassent souvent de beau-

coup ce qu'on croit devoir espérer, et je ne crains pas d'affirmer que, dans la totalité des cas, l'intervention opératoire est suivie de succès.

UN CAS D'HÉMORRHAGIE AIGUE (APOPLEXIE) DE LA LUETTE

Par le docteur LE JEUNE (de Boulogne-sur-Mer).

Il y a quelques jours, je fus appelé en toute hâte pour donner mes soins à Mme D..., qui venait, me disait-on, d'avaler pendant son souper quelque chose qui lui était resté à l'entrée de la gorge.

Je me rendis immédiatement près de cette dame, que je trouvai en proie à une vive anxiété. Tout d'abord, je constatai que la voix était à peine changée et la respiration normale.

Mme D... me raconta que, pendant son souper, elle avait eu brusquement, en avalant, la sensation d'un corps étranger qui s'était arrêté à la base de la langue, à l'entrée du gosier, et qu'elle avait vainement essayé de le retirer avec le doigt. Cette sensation de gêne avait été en augmentant, rendant difficile et assez douloureux tout mouvement de déglutition.

J'inspectai aussitôt la gorge et voici ce que je constatai : les amygdales et les piliers du voile du palais présentaient une coloration normale et n'offraient aucune trace d'inflammation. Par contre, la luette était énorme. Son extrémité violacée, de la grosseur d'une moyenne aveline, traînant sur la base de la langue, venait d'être le siège d'une hémorrhagie aiguë, véritable apoplexie, qui s'était probablement produite pendant la déglutition, Mme D... ne ressentant absolument rien avant de se mettre à table.

Désireux de trouver une cause à cet effet, j'interrogeai Mme D..., et voici ce qu'elle m'apprit :

Très musicienne, cultivant le piano et, par intervalles, le chant, elle était restée pendant un temps assez long sans exercer sa voix. Elle voulut, il y a deux jours, se remettre à chanter, mais elle s'aperçut que le ton de sa voix était devenu plus grave et, par suite, le registre moins étendu dans les notes élevées.

Attribuant au manque d'exercice cet abaissement dans la tonalité, elle voulut forcer sa voix pour rendre aux cordes vocales leur élasticité antérieure; mais ces efforts fatiguèrent tellement le voile du palais qu'ils occasionnèrent, par tension exagérée et continue, une congestion suivie d'une hémorrhagie brusque de la luette.

Je rassurai de suite Mme D..., en lui faisant connaître le mal et sa cause et en l'assurant d'une guérison immédiate.

Avec un bistouri entouré d'un linge, pour ne laisser à découvert que la pointe, je fis une ponction qui vida instantanément la luette et amena sur-le-champ un soulagement complet.

Mais au bout de quelques instants, l'hémorrhagie se reproduisit; cette fois, elle ne dura pas et céda d'elle-même à la succion d'une pastille au borate de soude que j'avais fait prendre à la malade.

A l'examen, la luette était redevenue de grosseur à peu près normale; à son extrémité pendait un lambeau de muqueuse décolorée qui disparut au bout de quelques jours.

Ce cas d'hémorrhagie aiguë de la luette m'a paru digne d'intérêt par sa cause, par la brusquerie de son apparition, saisissante pour la malade et son entourage, par sa guérison rapidement obtenue à l'aide d'une simple ponction, par sa répétition facile, mais de courte durée, la ponction primitivement faite offrant un point faible cédant facilement à un effort de déglutition.

La guérison s'est parfaitement maintenue; la luette est redevenue tout à fait normale, sans crainte de récidive, Mme D... ayant juré de ne plus jamais ouvrir la bouche... pour chanter.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1891. — Présidence de M. TARNIER.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend une note de M. le docteur Vlacco (de Mételin) sur le traitement de la septicémie puerpérale par le curetage utérin.

LECTURES

Statistique de 1115 opérations de tumeurs adénoïdes. — M. E. MÉNIÈRE donne lecture d'un travail sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1298.)

L'hystérie chez les nouveau-nés et les enfants au-dessous de deux ans. — M. ED. CHAUMIER (de Tours) lit un travail sur ce sujet.

Si l'hystérie est passée inaperçue chez le nouveau-né, c'est que de tout temps on a regardé les convulsions comme une maladie spéciale : l'éclampsie.

Le degré le plus faible de l'hystérie, chez le nouveau-né, consiste en colères vives, à répétition, sans causes suffisantes, se manifestant par des cris.

A un degré plus élevé, l'enfant raidira plus ou moins ses membres; sa face sera violacée et turgescente, plus rarement pâle. Le tremblement pourra accompagner ou suivre ces ébauches d'attaques.

Certains enfants se rouleront sur le parquet ou sur leur lit, faisant de grands mouvements de bras ou de jambes, sans toutefois perdre complètement connaissance.

A un degré plus élevé encore, l'enfant cesse tout à coup de crier et perd complètement connaissance. Le corps est alors le plus souvent rigide et la bouche grande ouverte. D'autres fois, le corps est inerte et il n'existe aucune contracture.

Les enfants hystériques peuvent être pris de ces pâmoisons au milieu de la toux, qu'il s'agisse de la coqueluche, d'une bronchite ou d'un simple rhume : dans ces cas, il ne faut pas les confondre avec des attaques de faux croup.

Les enfants sont également sujets aux grandes attaques. Après une contrariété ou sans cause connue, l'enfant perd connaissance; son corps est rigide ainsi que ses membres, en même temps ses yeux sont souvent convulsés et portés en haut.

Quelquefois on observe des secousses dans les membres contracturés; plus rarement l'enfant se livre à de grands mouvements désordonnés. D'autres fois, il n'existe aucune rigidité, l'enfant se laisse aller comme un corps inerte.

Ces attaques peuvent être isolées ou se répéter à intervalles plus ou moins longs ou, au contraire, plusieurs fois par jour de façon à constituer un véritable état de mal.

Ces séries d'attaques rapprochées sont souvent confondues avec la méningite.

Il est presque impossible chez le nouveau-né et chez les très jeunes enfants de constater l'hémi-anesthésie et l'hyperesthésie, bien qu'elles doivent exister; mais la contracture et la paralysie ne sauraient échapper, pas plus que l'absence du réflexe oculaire et pharyngien, que M. Chaumier a notée dans la plupart des observations.

Le diagnostic de l'hystérie infantile doit être fait avec l'épilepsie, les méningites aiguës et chroniques, l'encéphalopathie athrepsique des nouveau-nés, les tumeurs adénoïdes du pharynx, etc.

L'hystérie ne comporte pas un pronostic sérieux. Des études encore récentes ont prouvé que l'hystérie infantile guérit plus facilement que l'hystérie de l'adulte : tout tend à prouver que la guérison sera d'autant plus facile qu'on commencera le traitement à un âge moins avancé.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Cours de chimie (1), par Armand Gautier, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Les élèves qui sortent de nos lycées arrivent à la Faculté de médecine avec un bien faible bagage chimique. Il faut donc reprendre cette instruction trop superficielle, faire connaître les notions atomiques, puis montrer les applications de la chimie à l'hygiène, à la physiologie, à la thérapeutique et à la toxicologie. Le maître doit éliminer tout ce qui paraît douteux, obscur, suranné; il doit montrer l'accord de théories thermiques avec les théories atomiques, l'évolution des idées naissant des faits, se modifiant avec eux, et se transformant à leur lumière en lois générales. Il lui faut éviter l'abus des généralisations; ce sont les faits, les chiffres, les tableaux, les renseignements qui doivent être mis sous nos yeux. Inutile de se perdre dans de longues descriptions d'instruments, de bonnes figures et deux lignes de égende suffisent la plupart du temps : et le « Cours de chimie » est illustré de 500 gravures.

I

Parcourons les 47 leçons du premier volume consacré à la chimie minérale.

Comme introduction à l'étude de la chimie, voici l'étude de la matière, des forces, l'affinité, la chaleur et les corps simples. Nous passons aux lois fondamentales et, pendant les 2e, 3e et 4e leçons, nous étudions les poids moléculaires et atomiques, la nomenclature et les classifications. Alors nous abordons l'étude des métalloïdes. A tout seigneur, tout honneur; saluons l'hydrogène. Il a le pas maintenant sur l'oxygène; puis l'eau et la flamme, les eaux potables, leur essai, la recherche de leurs principales matières minérales, organiques et organisées; l'étude des eaux minérales.

Avec la 10e leçon, nous abordons le polymorphisme et l'allotropisme, l'ozone et l'eau oxygénée. Et nous entrons enfin dans l'étude des métalloïdes monatomiques électro-négatifs (chlore, brome, iode et fluor), de leurs acides privés d'oxygène; puis les composés oxygénés du chlore, du brome et de l'iode.

L'étude du soufre, du sélénium, du tellure et de l'acide sulfhydrique, nous conduisent aux acides oxygénés du soufre, aux chlorures, oxychlorures, bromures et aux iodures de soufre. Étudions encore le bore et ses combinaisons, et l'azote, et nous pourrons apprendre à connaître l'air atmosphérique et ses organismes.

Nous arrivons à la 19e leçon qui nous fait connaître le phosphore, l'arseniate et l'antimoine. Puis, successivement, nous étudions l'ammoniaque, les hydrogènes phosphorés, arséniés, antimonié; les composés oxygénés et chlorés de l'azote, ceux du phosphore, de l'arsenic, de l'antimoine. Et nous voici prêts à comprendre les empoisonnements par le phosphore, l'arsenic et l'antimoine.

Conduits ainsi à la 25e leçon, nous allons aborder l'étude du carbone, de ses composés oxygènes et sulfurés, de ses hydrures et chlorures, du cyanogène et de l'acide cyanhydrique. Avec le silicium et ses composés et les métalloïdes hexatomique (tungstène) et octoatomique (osmium) se termine l'étude des métalloïdes.

Passons à l'étude des métaux. Il faut les définir, présenter leurs caractères physiques et chimiques et leur classification; étudier leurs associations géologiques, leur extraction; les alliages; les oxydes, sulfures et chlorures métalliques.

Nous sommes maintenant en mesure d'étudier les sels, les caractères de leurs principaux genres. Nous pouvons comprendre la marche à suivre pour les recherches de l'acide ou du métalloïde uni au métal, les méthodes analytiques pour séparer et déterminer les métaux; l'analyse spectrale. Et nous arrivons à la recherche toxicologique des métaux.

Après ces préliminaires, prenons les métaux en particulier (sodium, potassium, rubidium, cesium); arrêtons-nous même un instant sur la poudre, et reprenons notre course, étudions le lithium, les sels ammoniacaux, l'alcalimétrie et l'acidimétrie; puis le calcium, le strontium, le baryum et, comme appendice, les mortiers et ciments.

Nous sommes arrivés à la 34e leçon et nous étudions le magnésium, le glucinium, les métaux de terres rares, le zinc, le cadmium, l'aluminium, le gallium et l'indicum. Un coup d'œil jeté sur les poteries, porcelaines et verres et nous abordons le fer, puis le chrome, le manganèse, le nickel, le cobalt et l'uranium; le bismuth et le cuivre. Ici, un temps d'arrêt pour étudier l'action émétique et toxique du cuivre. Voici maintenant le plomb et l'action vénéneuse du plomb et de ses composés; le thallium, le mercure et son action toxique; l'argent, le palladium, le rhodium, et, en appendice, la photographie.

Le platine, l'iridium, l'or, l'étain, le titane, le zirconium et le vanadium terminent ce premier volume.

II

Le second volume est consacré à la chimie organique.

Après avoir fait connaître les objets de la chimie organique et de la chimie biologique, l'auteur étudie les principes immédiats et l'analyse immédiate.

L'analyse élémentaire fait suite à cette première leçon. Nous étudions les préliminaires de l'analyse, le dosage des éléments, la détermination des poids moléculaires et les densités des vapeurs. Puis, après l'étude du carbone, de l'atomicité des éléments, des structures moléculaires, des fonctions organiques et des radicaux, nous pouvons aborder la classification des corps organiques.

Dans une première partie, nous étudions les corps acycliques et, dans une deuxième partie, les corps cycliques.

Les premiers comprennent les hydrocarbures cycliques, saturés ou non saturés, puis, les corps en carbone, hydrogène et oxygène (alcools, éthers, aldéhydes, etc.), enfin, les corps en carbone, hydrogène, oxygène et azote (amines, amides, nitrites, etc.).

Les corps cycliques se divisent en trois sous-groupes ou séries : 1° série aromatique proprement dite; 2° séries pyridique et quinoléique; 3° série semi-aromatique.

Le volume se termine (dans sa 56e leçon), par l'indication des méthodes générales de transformation des corps organiques. Et M. Gautier conclut : « Le chimiste ne saurait créer la matière, mais, empruntant ses éléments au règne minéral, il les associe suivant les méthodes générales de la « synthèse chimique ». Elles lui fournissent aujourd'hui les substances organiques les plus variées et les plus complexes. Il construit le corps qui se rapproche le plus de la conception qu'il veut réaliser; il le modifie ensuite et le transforme à son gré, en lui ajoutant peu à peu ces organes ou « radicaux » qui conféreront à sa création les aptitudes qu'il veut lui imprimer... »

III

La « chimie biologique » fait l'objet du troisième volume.

Après avoir étudié l'origine et la nature des manifestations de la vie et s'être rendu compte de ce qu'est une substance organisée, M. Gautier divise en cinq parties ce troisième volume.

1° Sources de l'énergie; origine des principes immédiats.

Prenant les plantes et les animaux, il faut étudier les mécanismes producteurs d'énergie, se rendre compte de la vie aérobie et anaérobie. Avec les fonctions chlorophylliennes, il faut connaître la production des réserves par la plante; puis étudier l'origine des divers éléments constitutifs de la plante.

La vie animale et ses mouvements d'assimilation, de structure et de désintégration.

2° Principes immédiats constitutifs des êtres vivants (matières

(1) 3 vol. grand in-8°. — Prix : 50 francs. — Paris, F. Savy.

albuminoïdes; substances azotées non albuminoïdes; substances binaires ou ternaires non azotées; matières minérales).

3° Tissus, humeurs et sécrétions.

4° Fonctions générales (respiration et perspiration; digestion; désassimilation et urination; reproduction; mécanismes de la nutrition générale).

5° Sources de l'énergie, équilibre entre l'alimentation et la production de chaleur et de travail.

IV.

Nous avons donné une analyse un peu plus détaillée du premier livre, mais, il ne faut pas s'y tromper, le second volume et surtout le troisième sont des œuvres du plus haut mérite et de la science la plus élevée. Ils ne représentent pas seulement l'état actuel de la science mise au point des derniers progrès, ces deux derniers volumes sont remplis — et surtout le dernier — de recherches originales qui ont mis le nom de M. Gautier, au rang de nos plus grands maîtres. Dans une analyse aussi rapide, ne pouvant indiquer tout ce que nous voudrions faire ressortir, nous invitons nos lecteurs à se reporter aux comptes rendus de l'Académie des sciences pour 1891 (tome CXIII, pages 576 et suivantes), où ils trouveront une note fort intéressante dans laquelle M. Gautier expose ce qu'il y a de personnel dans ce troisième volume.

La Faculté de médecine compte donc aujourd'hui, parmi ses membres, un chimiste digne de continuer la célèbre série des Dumas, des Orfila et des Wurtz. On peut caractériser bien facilement la haute estime dans laquelle le monde savant tient l'auteur du « Cours de chimie », il suffit de dire que le premier volume fait suivre le nom de M. Gautier, du titre de membre de l'Académie de médecine, lorsque le troisième est signé de M. Gautier, membre de l'Institut. Et ce n'est pas à nous médecins à être les derniers à nous réjouir de ces distinctions accordées à l'un de nos maîtres les plus éminents.

Clinique chirurgicale (1), par U. Trélat.

Tous les chirurgiens d'aujourd'hui savent quel vide considérable laissa la mort prématurée d'Ulysse Trélat. Ce professeur si remarquable, dont la perte sera longtemps encore regrettée, ne laissait que peu d'écrits, capables de faire revivre son enseignement. Ses élèves ont voulu arracher à l'oubli l'œuvre du maître; ils se sont mis à la tâche, aînés et jeunes, et dans deux volumes qu'ils publient aujourd'hui, ils ont réuni ses principales leçons et les plus importants de ses écrits.

Une série de leçons ont été écrites ou revues par le professeur Trélat lui-même, les autres ont été rédigées d'après les notes personnelles de jeunes chirurgiens, tous ses anciens élèves. On peut dire que leur ardent désir de traduire avec fidélité les pensées du maître n'a pas été déçu, et son œuvre a été reconstituée dans ses traits les plus essentiels.

Analyser cet ouvrage serait passer en revue la chirurgie tout entière, car il n'est pas de sujet que Trélat n'ait touché, aucune question ne l'ayant trouvé indifférent. Aussi, ces deux volumes de clinique chirurgicale ne s'adressent-ils pas à ceux que ne préoccupe qu'un point limité de la science chirurgicale, ils intéressent tous ceux qu'intéresse la chirurgie elle-même.

Dictionnaire de botanique (2), par H. Baillon.

Le 33e fascicule vient de paraître. Il comprend les mots TRIX-ZYZY. En bon médecin, saluons au passage la « Truffe » dont la plus connue porte les noms de Truffe noire, Truffe d'hiver, Rabassa des Provençaux; et comme curiosité, citons les Truffes d'eau; de cerf; jaune; de la Saint-Jean; douce; du Canada; grise; grosse fouine; samarquo, et violette; dénominations sous lesquelles se cachent des Tuber, des Scléroderma, des Trapa et jusqu'à des Topinambours.

(1) In-8°. Prix : 30 francs. — Paris, J.-B. Baillière.
(2) In-4°. Prix : 5 francs le fascicule. — Paris, Hachette et Cie.

Relevons l'article « Tube pollinique »; les notices consacrées aux Tulasne, aux Turner, dont l'un, William Turner, fut par Plumier caractérisé de la manière suivante : « Guillelmus Turnerus, Anglus, medicinæ doctor, vir solidæ eruditionis et judicii, emisit plantarum Historiam Angliæ, anno 1551, in qua figuras Fuchsii plerumque adhibuit, nomina expressit latine, græce, anglice, germanice, gallice, ordinem alphabeticum secutus. »

La notice de Turpin (1775-1840) doit nous arrêter un instant. On y lit : « Il a donné dans le *Dictionnaire des sciences naturelles* une série de planches remarquables sur les caractères des principaux genres de plantes, et c'est à lui qu'on doit la plupart des observations premières sur le rôle que jouent les végétaux inférieurs dans les fermentations, découvertes que d'autres se sont plus ou moins complètement attribuées. »

Signalons encore l'article consacré aux « Vrilles »; la notice de Weddell (H.-A.), où nous retrouvons un écho des « agissements » de Decaisne.

Et, par ces temps d'orchidophilie, admirons la superbe chromolithographie représentant le « Stanhopea bucephalus ».

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 30 novembre 1891, le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le mercredi 23 décembre 1891. La durée de cette session sera de six jours.

— Les médecins dont les noms suivent se sont inscrits comme candidats au Concours de l'agrégation en médecine :

Paris. — MM. Achard, Babinski, Brault, Charrin, Duflocq, Gaucher, Gilles de La Tourette, Lesage, Marfan, Ménétrier, Richardière, Roger, Thibierge, Thoinot et Widal.

Lyon. — MM. Aucher, Bernard, Boyer, Bret, Charmeil, Courmont, Devic et Picq.

Nancy. — M. Haushalter.

Toulouse. — MM. Gaube et Morel.

Pour toutes les Facultés. — Cassaët, Jeannel, Le Dantec, Rauzier et Rémond.

— Le Conseil général des Facultés a décidé qu'à l'occasion du jour de l'an les cours et exercices vaqueraient dans les Facultés du 27 décembre au 3 janvier.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Ratigné est nommé préparateur stagiaire des travaux pratiques d'histoire naturelle (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Gaudier est institué chef de clinique chirurgicale; — M. Joubin est nommé aide-préparateur d'histologie.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Commandeur est chargé des fonctions d'aide d'anatomie; — M. Boyer est nommé préparateur de chimie minérale; — M. Serbouse est délégué dans les fonctions de préparateur de matière médicale et de botanique; — M. Fabre est délégué dans les fonctions de prosecteur; — M. Nicolle est maintenu dans les fonctions de préparateur de chimie organique et toxicologie; — M. le docteur Bayrac est nommé chef des travaux du laboratoire de chimie organique et toxicologie; — M. Beauvisage, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de matière médicale et botanique.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Serre, agrégé, est maintenu en exercice pendant l'année scolaire 1891-1892; — M. le docteur Moitessier est délégué dans les fonctions de chef des travaux chimiques; — M. Faure est nommé aide de chimie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Prenant est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — MM. Marie, chargé des fonctions d'agrégé, chef des travaux de chimie; Bédart, chargé

des fonctions d'agrégé, chef des travaux de physiologie; MM. les préparateurs Daumic, Pezet, Duranthon, Soula, Soulié, Baylac et Bardier; et M[lle] Bazin, sage-femme, sont maintenus dans leurs fonctions; M. Jammes est nommé préparateur de pathologie interne.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Delaval est nommé préparateur de physique et de chimie.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le docteur Trépant est institué suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale. — M. Lenoël est maintenu dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le professeur Berger est maintenu dans les fonctions de directeur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Eugène Grandjean (de Void), doyen d'âge des conseillers généraux du département de la Meuse, et de M. R. Toussaint, interne des hôpitaux de Lyon.

— M. le docteur Henri Huchard commencera ses conférences de clinique et thérapeutique médicales, à l'hôpital Bichat, le jeudi 3 décembre, à neuf heures et demie, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

A neuf heures et demie, causeries cliniques et thérapeutiques à la salle Louis d'abord, et à la salle Bazin ensuite. A dix heures et demie, présentation de malades avec discussion sur le diagnostic et la thérapeutique.

— M. le professeur van Tieghem commencera son cours de botanique (organographie et physiologie végétale), le samedi 5 décembre 1891, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie du Muséum, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Les leçons du jeudi seront des leçons pratiques et auront lieu au laboratoire de botanique, rue de Buffon, 61.

— M. Hallopeau commencera, le dimanche 6 décembre, à dix heures du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis, ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, et les continuera les dimanches suivants à la même heure, pendant les mois de décembre, de janvier et de février.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

tres ont eu des récidives rapides et rapidement suivies de mort. Restent quatre opérées en 1891, dont les opérations sont trop récentes pour qu'on puisse en rien conclure.

En résumé, depuis 1886, M. Bouilly a pratiqué 50 hystérectomies vaginales pour cancers; sur ce nombre il a eu 16 décès post-opératoires. Sur 30 malades, il a eu 6 guérisons, dont la plus ancienne date de quatre ans et la plus récente de quinze mois. Dans tous les autres cas, il a vu la récidive se produire entre deux mois et un an après l'opération.

On se trouve donc, en matière de cancer de l'utérus, en présence des mêmes déboires, des mêmes déceptions que pour les cancers des autres régions. Aussi M. Bouilly n'est-il pas enthousiaste de l'hystérectomie vaginale; mais n'ayant pas mieux, il continuera à la pratiquer. L'ablation partielle ne lui a jamais donné que des résultats déplorables. Dans 15 cas où il a pratiqué l'amputation partielle, il a eu 15 récidives très rapides. Aussi à l'avenir, voici la conduite que suivra M. Bouilly; abstention quand la totalité de l'organe sera envahie; hystérectomie vaginale totale quand le cancer sera limité à une partie quelconque de l'utérus.

M. RICHELOT rappelle que, dans l'une des dernières séances, M. Verneuil a dit que la cause n'était pas entendue et que les hystérectomistes devraient essayer de l'amputation partielle pour faire une étude comparative. Cette étude est faite. Après la discussion de 1888, M. Richelot était resté très impressionné par les arguments de M. Verneuil, et il s'était bien promis d'instituer deux séries parallèles d'opérations, une série d'amputations partielles et une série d'hystérectomies totales. Il a donc fait deux amputations partielles qui ont été suivies toutes deux de récidive très rapide; il a fait, dans le même temps et dans les mêmes conditions, deux hystérectomies totales, et les deux malades sont encore sans récidives depuis deux ans.

Les autopsies des malades qui ont succombé, aussi bien que l'examen des utérus enlevés par l'hystérectomie, ont montré qu'il y avait bien souvent des traînées cancéreuses du côté de la muqueuse ou même des noyaux cancéreux, isolés, éloignés du col paraissant seul atteint. Or, il est bien évident que, dans ces cas, l'amputation partielle laisse après elle du cancer dans la plaie. M. Richelot, après avoir constaté ces faits plusieurs fois, ne s'est plus cru le droit d'exposer ses malades à ces dangers résultant de l'amputation partielle. On peut donc dire que l'étude comparative réclamée par M. Verneuil est faite.

M. Richelot considère l'hystérectomie vaginale, pour cancer opérable, comme une opération d'une grande bénignité. Cette opération n'est nullement grave quand elle est faite dans de bonnes conditions. L'utérus est mobile et facilement abaissable ou bien il est adhérent. S'il est mobile, l'ablation peut en être faite en dix minutes et sans difficultés. Les suites sont des plus simples. S'il est adhérent, ou bien il l'est par le fait de la propagation du cancer et alors il n'y faut pas toucher; ou bien il l'est par suite de complications inflammatoires; il suffit alors de l'enlever par morcellement et l'on a de très bons résultats.

En somme, la bénignité de l'hystérectomie vaginale est assez grande pour que l'on puisse faire valoir tous les autres arguments qui plaident en sa faveur, en particulier ces traînées cancéreuses ou ces noyaux éloignés dont a parlé M. Richelot et sur lesquels on trouve des documents intéressants dans les statistiques de nos confrères de Lyon.

Par exemple, sur 17 opérations pratiquées dans le service de M. Laroyenne, à Lyon, quatre fois on a constaté l'existence de ces poussées ou de ces noyaux. M. Richelot cite, à ce propos, l'observation d'une malade atteinte d'un cancer paraissant bien limité au col et qui a été opérée par M. Galland avec l'anse galvanique. Quelques mois après, M. Richelot lui pratiquait l'hystérectomie vaginale totale pour une récidive et cette malade est encore actuellement sans récidive, depuis cinq ans et deux mois. M. Verneuil dit que, tout compte fait, l'amputation partielle donne une moyenne de survie plus considérable que l'ablation totale. Mais M. Richelot fait observer qu'on ne peut pas savoir d'avance ce que sera la récidive, dont la marche est plus ou moins rapide, et qu'il faut compter, non pas le temps de survie après l'opération, mais bien le temps pendant lequel la malade sera restée sans récidive. M. Richelot, à ce point de vue, a obtenu des guérisons datant actuellement de cinq ans et deux mois, de cinq ans, de quatre ans et six mois, de deux ans à neuf mois. Toutes ces malades sont encore actuellement bien portantes et sans récidive. M. Verneuil cite bien un cas de survie de vingt-deux ans après une ablation partielle, mais il y a vingt ans, il arrivait souvent de prendre pour des cancers des gros cols hypertrophiés qu'on connaît bien aujourd'hui, qu'on connaissait très peu à cette époque. D'ailleurs, ce cas de M. Verneuil serait-il bien un cancer, qu'il prouverait que la cure radicale du cancer est possible et que, si elle est possible, il faut faire le mieux pour l'obtenir. Or, le mieux dans l'espèce est, sans contredit, l'hystérectomie vaginale totale.

RAPPORT

Hernie obturatrice. — M. BERGER fait un rapport sur une observation de M. Picqué relative à un cas de hernie obturatrice. Il s'agissait d'une femme de soixante-dix-huit ans, qui avait déjà plusieurs fois présenté des accidents consistant en des douleurs, des coliques, qui disparaissaient quand elle avait été à la selle ou qu'elle avait rendu des gaz. A deux reprises, ces accidents s'étaient produits avec une grande intensité. Elle entra à l'infirmerie de l'Hospice des Ménages avec des phénomènes d'étranglement herniaire. M. Picqué, l'ayant examiné et ayant reconnu la présence d'une tumeur dans la région crurale, conclut à une hernie crurale étranglée et se décida à opérer. Il fit une incision et, explorant avec son doigt, ne trouva plus de tumeur. Il pratiqua alors le toucher vaginal, sentit quelque chose derrière le pubis et pensa qu'il s'agissait d'une hernie obturatrice. La malade sortit de l'infirmerie. Un mois après, de nouveaux accidents reparurent et la malade succomba. A l'autopsie, M. Picqué reconnut qu'il s'agissait bien d'une hernie obturatrice avec une anse intestinale étranglée. Il constata même la présence de la trompe dans le sac herniaire. C'est jusqu'ici le seul fait de hernie obturatrice où l'on ait constaté cette particularité. Il y a eu des exemples dans lesquels on a trouvé un ovaire ou même les deux ovaires et l'utérus.

M. Berger fait suivre cette analyse de l'observation de M. Picqué de considérations anatomiques sur les hernies obturatrices. Il conclut en disant que ces hernies présentent un ensemble de caractères propres qui peuvent permettre d'en faire le diagnostic, qu'en outre elles doivent être opérées. Quelques chirurgiens, avec Lawson Tait, prétendent qu'il faut, dans ces cas, faire la laparotomie et réduire ces hernies par le ventre. Cette opinion, ajoute M. Berger, n'est pas soutenable. Il faut avoir recours à la kélotomie ordinaire. M. Berger insiste sur ce fait que les incisions extérieures doivent être très largement faites.

M. ROUTIER fut appelé, étant de service au Bureau central, dans le service de M. Polaillon, auprès d'un homme de soixante-dix ans atteint d'étranglement interne. Aucun des orifices herniaires n'était occupé par une tumeur. En palpant l'abdomen, on sentait un empâtement du côté droit. M. Routier fit la laparotomie et se trouva en présence d'une anse d'intestin de 20 centimètres. Ayant recherché le sac, il le trouva appliqué contre l'obturateur interne. Le malade mourut le quatrième jour de pneumonie. Relativement à la réduction des hernies par la laparotomie, M. Routier cite également le cas d'une femme qui avait eu une hernie crurale étranglée ayant été réduite. Malgré cela les accidents d'étranglement persistant, M. Routier fit la laparotomie et réduisit, par le ventre, cette hernie crurale.

M. BERGER fait observer que, dans le premier cas de M. Routier, il s'agissait d'une hernie ovalaire ou obturatrice propéritonéale. Il est vrai, ajoute-t-il, qu'on arrive parfois à réduire les hernies par la laparotomie quand on n'a pas de signes suffisants pour fixer le siège de la hernie, mais il ne faut pas choisir cette voie de parti pris et quand une hernie vraie peut être diagnosti-

quée, il faut toujours arriver sur elle du dehors en dedans et non pas du dedans en dehors.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Tuberculose pulmonaire, abcès froid. — M. PRENGRUEBER présente une malade atteinte de tuberculose pulmonaire, qui portait également un abcès froid qu'il ouvrit par une incision au niveau de la quatrième côte du côté droit, qu'il évacua et dans les parois duquel il fit des injections de chlorure de zinc.

Luxation du genou en avant. — M. KIRMISSON présente un enfant nouveau-né atteint de luxation du genou en avant.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er décembre 1891, les médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le corps de santé militaire, pour prendre rang à la même date. Par décision ministérielle dudit jour, ces médecins militaires ont reçu les affectations ci-après indiquées, savoir :

MM. Toubert, 3e régiment d'artillerie. — Meyer, hôpital militaire Saint-Martin, à Paris. — Jacob, 131e d'infanterie. — Vialle, 80e d'infanterie. — Gasser, hôpital militaire de Vincennes. — Thiébault, 10e cuirassiers. — Cros, 135e d'infanterie. — Steinmetz, hôpital militaire du Gros-Caillou. — Marotte, 23e d'infanterie. — Dessirier, 51e d'infanterie. — Giorgi, 113e d'infanterie. — Ullier, 17e d'artillerie. — Simonot, hôpital Saint-Martin. — Regnault, hôpital militaire du Gros-Caillou. — Mongour, hôpital militaire de Versailles. — Lefort, hôpital militaire de Vincennes. — Saulay, 102e d'infanterie. — Mathis, 22e dragons. — Lehmann, hôpital militaire de Vincennes. — Aune, 45e d'infanterie. — Moinet, hôpital militaire de Rennes. — Dubiquet, 73e d'infanterie. — Mouginet, 2e d'infanterie. — Faure, 16e d'infanterie. — Lejonne, hôpital militaire de Versailles. — Ramally, hôpital militaire de Chambéry. — Le Goïc, hôpital militaire de Marseille. — Nicolas, hôpital militaire de Grenoble. — Menut, 6e d'infanterie. — Barlsien, hôpital militaire de Besançon. — Merciolle, hôpital militaire d'Épinal. — Huot, 28e d'artillerie. — Wavelet, 25e d'infanterie. — Beaumevieille, hôpital militaire de Marseille. — Tardos, hôpital militaire de Toulouse. — Roulet, hôpital militaire de Bourges. — Montalti, hôpital militaire de Toulouse. — Solmon, 136e d'infanterie. — Roussy, 3e d'infanterie. — Hénault, hôpital militaire de Bourges. — Martin, 77e d'infanterie. — Cordillot, hôpital militaire de Lille. — Surel, hôpital militaire de Nancy. — Lescure, hôpital militaire de Perpignan. — Jacquet, hôpital militaire de Marseille. — Mourier, 12e bataillon de chasseurs à pied. — Coup, hôpital militaire de Nancy. — Azam, hôpital militaire de Nancy. — Pous, hôpital militaire de Langres. — Descorps, 44e d'infanterie. — Sonrier, hôpital militaire de Lunéville. — Morigny, hôpital militaire de Commercy. — Marty, hôpital militaire de Briançon. — Masson, 29e d'infanterie. — Rossi, hôpital militaire de Belfort. — Collas, hôpital militaire du camp de Châlons. — Le Renard, hôpital militaire de Toul. — Marsais, hôpital militaire de Belfort. — Boullet, hôpital militaire du camp de Châlons.

— Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'Intérieur a décerné les récompenses suivantes aux docteurs en médecine ci-après désignés, qui se sont distingués pour leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1888 :

Médaille d'or. — M. Chartier, professeur à l'École de médecine de Nantes, membre du Conseil du département de la Loire-Inférieure. (Rapport sur une épidémie de pneumonie à l'usine Leblanc.)

Rappel de médaille d'or. — M. Pilat, médecin des épidémies, membre du Conseil du département du Nord.

Médaille de vermeil. — M. Fouquet, médecin des épidémies, secrétaire du Conseil du département du Morbihan. (Rapport sur les épidémies.)

Rappel de médaille de vermeil. — M. Jablonski, médecin des épidémies, secrétaire du Conseil du département de la Vienne.

Médailles d'argent. — M. Blanquinque, médecin des épidémies, membre du Conseil du département de l'Aisne; — M. Leroy des Barres, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Denis (Seine).

Médailles de bronze. — M. Bindé, médecin des épidémies, membre du Conseil de l'arrondissement d'Ancenis (Loire-Inférieure); — M. Chavanis, médecin à Saint-Étienne, membre du Conseil de la Loire (Rapport sur l'état hygiénique de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne); — M. Gautrelet, directeur honoraire de l'École de médecine de Dijon, vice-président du Conseil du département de la Côte-d'Or (Participation active aux travaux du Conseil); — M. Labat, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, membre du Conseil du département de la Haute-Garonne (Rédaction du compte rendu); — M. Langlais, médecin des épidémies, secrétaire du Conseil de l'arrondissement de Pontivy (Relation d'une épidémie de variole à Moustoir-Ac (Morbihan); — M. Marquezy, médecin des épidémies, membre du Conseil d'arrondissement de Neufchâtel-en-Bray (Note sur les mesures de propreté auxquelles on peut et doit astreindre ceux qui demandent à être admis dans un asile communal); — M. Pedrono, médecin des épidémies et membre du Conseil de l'arrondissement de Lorient (Rapports sur les épidémies de variole dans le département du Morbihan); — M. Penant, médecin des épidémies et membre du Conseil de l'arrondissement de Vervins (Aisne).

— M. le docteur Caubet est nommé médecin inspecteur des écoles du IXe arrondissement de Paris, pour la première circonscription, en remplacement de M. le docteur Laburthe, démissionnaire.

— M. le docteur Regnard est nommé médecin inspecteur des écoles du canton de Pantin (deuxième circonscription), en remplacement de M. le docteur Salis, démissionnaire.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Gaudin est chargé d'un cours de physique. — M. Sarrazin est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Prieur est délégué dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — M. Meunier est délégué dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Broussolle, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie externe, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Fleurot.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Magon est chargé d'un cours d'anatomie.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Touaille de Larabrie, suppléant, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ausset, ancien maire de Cahors; P. de Chapelle (de Bègles). Condou (de Nay); Flour (de Boulogne-sur-Mer); Girard (de Pré-en-Pail), Gontran (du Teil), P.-S. Joseph-Lafosse (du Havre), Lefebvre (de Paris), Pichausel (de Podensac) et E. Riou (de Challans).

Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital de la Pitié et à l'Hôtel-Dieu (années 1879-1891), par M. le docteur E. LANCEREAUX. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Ve Babé et Cie.

Hygiène des dents et de la bouche, par le docteur A. DAM. 1 vol. in-12, élégamment relié. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : D[r] E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 143. — MARDI 8 DÉCEMBRE 1891. 64e ANNÉE. MARDI 8 DÉCEMBRE 1891. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premiers-Paris. — Hôpital Necker. Plaie du crâne avec lésion cérébrale ou accidents d'hystérie traumatique. — Rage atténuée produite très probablement par les inoculations pastoriennes. — Revue bibliographique. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 7 décembre 1891.

Il serait vraiment puéril de vouloir démontrer combien sont insuffisants les moyens de répression de l'exercice illégal de la médecine. Chaque semaine, à la requête de nos confrères, les tribunaux sont saisis, des jugements sont rendus, des condamnations sont prononcées, mais les amendes, ridiculement minimes, sont loin d'effrayer les délinquants, qui recommencent mieux que jamais leur commerce illicite.

La nouvelle loi qui va régir l'exercice de la médecine s'occupe beaucoup des devoirs du médecin, elle lui reconnaît sans doute quelques droits, elle lui concède quelques minces avantages, mais combien peu en présence des charges de toutes sortes qui continuent à peser lourdement sur notre profession; en tous cas, elle ne la protège pas suffisamment.

Cette semaine, une industrielle, exerçant dans la banlieue de Paris, ne se contente pas d'exercer illégalement la médecine, elle va jusqu'à prendre la dénomination modeste de « docteur Verneuil ». Une première fois, condamnée à 500 francs d'amende, sur les plaintes réitérées des médecins de la contrée, la femme docteur a payé l'amende et a tout paisiblement recommencé ses consultations. Poursuivie à nouveau, cette fois elle s'est fâchée, a prié le parquet de la laisser tranquille et a purement et simplement déchiré la lettre de citation; elle s'est constitué une garde du corps de quelques clients fanatiques et la police n'arrive pas à la saisir. Il est probable que s'il se fût agi d'un simple commerçant, dont cette femme eût indûment usurpé le nom, les choses ne se seraient point passées de la sorte.

Un fait qui vient de se passer à Paris est bien plus instructif encore. Cette fois il s'agit d'un pharmacien de deuxième classe, qui sous différents noms, largement étalés dans les colonnes lumineuses qui jalonnent nos trottoirs, promet, à des clients et clientes, des cures merveilleuses, avec ou sans opération. Ses titres de lauréat, de *chirurgien des hôpitaux*, ne l'empêchent pas de travailler à des prix des plus modérés, si l'on en croit les prospectus libéralement affichés et distribués. Cet aventurier n'en est pas, d'ailleurs, à son coup d'essai; déclaré plusieurs fois en faillite, c'est un habitué de la police correctionnelle; mais, la condamnation purgée, il reparaît sous un nom nouveau, change ses étiquettes et reprend son petit commerce. Cette fois, le délit était plus grave, et notre homme s'est vu condamner à quelques centaines de francs d'amende et trois mois de prison.

La peine est sévère, mais elle n'est pas prononcée seulement pour exercice illégal de la médecine; il y a eu des clients malmenés qui se sont plaints. On croirait peut-être que la correction va cette fois être suffisante; profonde erreur : le condamné a eu l'audace d'écrire au président du tribunal d'arrêter le bruit que la presse faisait autour de son affaire, parce que tout ce bruit pouvait nuire à son cabinet médical. Il ne peut pas mieux faire savoir qu'il quittera la prison pour reprendre son cabinet.

La loi est donc désarmée contre ces illégalités répétées dont le public est la première victime. Il nous semble cependant qu'il existe un remède à un pareil état de choses; ce serait de traiter ces charlatans comme les autres récidivistes et leur appliquer des peines progressivement croissantes.

On a vu que, dans l'avant-dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, M. Rendu a fait part d'une observation d'arthrite suppurée du genou, sans microbes appréciables.

Dans la dernière séance (4 décembre), M. Debove, en son nom et au nom de son interne, M. Renault, a fait connaître également deux autres faits d'arthrite purulente du genou, sans microbes. L'une des deux a guéri par simple ponction, chez l'autre, on n'a pas observé une terminaison si favorable, le malade est mort. Il est vrai qu'il était diabétique et qu'il a été enlevé par une pneumonie lobaire.

Toutefois, un fait rapporté par M. Sevestre, dans la même séance, montre qu'on peut ne pas trouver de microbes, pendant la vie, dans le pus d'une jointure en suppuration, et en trouver après la mort. Un enfant avait un panaris. Il lui survint de la fièvre, des accidents généraux graves, de l'herpès des lèvres, de l'arthrite suppurée du genou. Dans le liquide synovial ponctionné pendant la vie, on ne put démontrer l'existence d'aucun microbe. Après la mort, on rencontra dans le genou et dans les méninges suppurées, le « bacterium coli commune », bacille de putréfaction qui est un hôte habituel du gros intestin. On

trouvait en même temps des microbes de suppuration. C'était donc un cas curieux d'infection mixte.

C'est une question intéressante que de savoir ce qu'on doit faire en cas de pneumothorax avec épanchement. Doit-on intervenir ou abandonner les choses à elles-mêmes, doit-on faire la simple thoracentèse ou la pleurotomie? L'utilité de cette intervention est admise par les uns, repoussée par les autres. M. Guyot pense qu'il faut ponctionner, avec précautions, en procédant à plusieurs reprises lorsqu'il y a déplacement du cœur, dyspnée intense, menace de syncope. MM. Troisier et Labbé sont d'avis de respecter, autant que possible, le pneumothorax. Ce serait aussi l'opinion de M. Potain, au dire de M. Rendu.

Il nous semble qu'on ne peut guère poser à ce point de vue de règle absolue et qu'il faut mettre en ligne de compte des éléments de divers ordre : déplacement du cœur, menace d'asphyxie, de syncope, variété anatomique du pneumothorax (pneumothorax ouvert, fermé ou à soupape), sa durée antérieure, l'état du poumon du côté opposé, etc.

La nature du liquide, son étude bactériologique, d'après M. Netter, doivent fournir des indications, non pas de l'opportunité, mais du mode de l'intervention. Sur 16 cas de pneumothorax avec épanchement, il a trouvé 12 fois un épanchement séreux ou simplement louche sans microbes de suppuration où de putréfaction, mais présentant dans 3 cas des bacilles de Koch. Il s'agit, en somme, d'un épanchement de nature tuberculeuse, ainsi qu'en témoigne l'inoculation aux cobayes; 4 fois il y avait des bactéries de suppuration, avec ou sans bactéries de putréfaction. Dans les premiers cas, on pourrait ne faire que de simples ponctions; dans les autres, il conviendrait d'avoir recours à la thoracotomie suivie de lavage antiseptique.

M. Rendu, à la même séance, a présenté un hystérique saturnin atteint d'hémiplégie droite motrice et sensitivo-sensorielle, avec hémispasme facial du même côté. Contrairement à ce qu'on observe habituellement en semblable circonstance, le spasme très accentué portait aussi bien sur le facial supérieur que sur le facial inférieur.

Combien dans une grande ville comme Paris sont fréquents ces accidents d'hystérie mâle! Quelle chose singulière qu'à l'étranger, en Allemagne surtout, on se refuse à admettre son existence!

HOPITAL NECKER. — M. Le Dentu.

Plaie du crâne avec lésion cérébrale ou accidents d'hystérie traumatique.

Le malade dont je désire vous entretenir aujourd'hui est un exemple intéressant des difficultés que peut offrir, dans les traumatismes du crâne, d'une part, le diagnostic de la lésion produite; de l'autre, le diagnostic des indications opératoires. Ce blessé, encore jeune, donnait, paraît-il, depuis quelques mois déjà, des signes de dérangement intellectuel. Il était mélancolique, tourmenté par des idées de persécution. Son caractère avait, d'ailleurs, toujours été quelque peu original. Son hérédité nerveuse était, d'ailleurs très mauvaise, puisque son père a dû être enfermé comme aliéné. Il y a trois jours, sous l'influence de ses idées tristes, il se livrait à une tentative de suicide. Se servant d'un instrument en usage dans son métier de mécanicien, sorte de poinçon fort solide qu'il avait très soigneusement aiguisé, il se frappait de deux coups : l'un à la région épigastrique, l'autre au crâne. La blessure de la région épigastrique restait insignifiante et s'arrêtait à fleur de peau. La blessure du crâne mérite, au contraire, d'attirer toute votre attention.

Cette blessure siège un peu à gauche de la ligne médiane, un peu en arrière du bregma, un peu en avant de la suture qui unit les os pariétaux à l'occipital. Ce siège était important à bien préciser pour établir que le traumatisme a porté sur un point un peu antérieur au sillon de Rolando.

Cette blessure sur les téguments craniens n'a déterminé qu'une petite déchirure peu étendue. Mais, du côté des os, on constate manifestement un enfoncement assez marqué, extrêmement net, répondant à la lèvre gauche de la plaie. La brèche osseuse qui répond à la lèvre droite semble, au contraire, saillante, surélevée, mais c'est là une simple apparence due à l'enfoncement du côté opposé. En outre de cette plaie des téguments et du crâne y a-t-il eu plai des méninges et du cerveau? Je crois peu probable que l'instrument, en raison de sa forme, ait pu pénétrer profondément. Cet instrument est, en effet, courbé à 2 centimètres au-dessus de la pointe. Cette courbure qui paraît être, non le résultat d'une déformation subie dans le traumatisme, mais la forme normale de l'instrument a dû s'opposer à la pénétration. De plus, la lame de l'instrument va très vite en grossissant à partir de la pointe et cette forme a dû constituer un nouvel obstacle. Enfin, aucun signe ne nous indique cette pénétration. Il n'y a eu par la plaie, ni écoulement de liquide céphalo-rachidien, ni issue de débris de la substance cérébrale,

Telles sont les lésions locales. A côté de ces lésions, le malade présente des manifestations à distance fort curieuses et d'une interprétation très délicate. Le fait important, au point de vue de notre intervention chirurgicale, est de déterminer si ces manifestations sont bien le résultat de la lésion locale ou ne sont pas dues, partie aux troubles nerveux antérieurs à la blessure, partie à des troubles nouveaux d'hystérie traumatique.

Hier matin le blessé était affaissé mais il n'avait pas complètement perdu connaissance. Il comprenait vaguement, partiellement, les questions qu'on lui posait; pour vous en donner un exemple, il tirait sa langue quand on lui demandait de la montrer. Du côté des membres, la résolution était complète, ils reposaient inertes sur le lit. Pour les membres inférieurs, la jambe droite seule pouvait se soulever légèrement; les deux bras, moins touchés, restaient quelques instants levés quand on les détachait du lit. La sensibilité était plus profondément touchée. L'anesthésie était complète sur les membres inférieurs, les membres supérieurs, la face. Il existait, en revanche, une très vive hyperesthésie testiculaire. On ne trouvait pas d'asymétrie de la face, de déviation de la langue, de strabisme, mais il existait du nystagmus. Enfin, le blessé n'avait pu uriner seul et l'on dut, pour cette rétention d'urine, pratiquer le cathétérisme.

Trois diagnostics pouvaient être discutés : commotion cérébrale, plaie contuse du cerveau, hystérie traumatique. Je vous ai dit de suite que ce malade n'offrait pas le tableau clinique ordinaire de la commotion cérébrale. Dans une commotion cérébrale ayant entraîné une résolution musculaire aussi complète, il y aurait eu certainement perte absolue de la connaissance. J'ai toujours vu, en effet, l'intelligence plus profondément, plus rapidement touchée que

la sensibilité et la motilité. Peut-il exister des exceptions à cette règle ? A la rigueur on peut admettre que les troubles sensitifs et moteurs soient aussi marqués que les troubles intellectuels, mais une conservation relativement aussi complète de la connaissance que celle qui existait chez notre malade serait tout à fait paradoxale.

Pouvait-on admettre une plaie contuse ou une contusion de l'écorce cérébrale ayant agi tant directement que par l'extravasation sanguine produite ? Mais une lésion portant aussi près de la zone motrice aurait certainement entraîné des troubles d'hémiplégie droite plus nets et plus marqués. Comme hémiplégie, en effet, que trouvait-on ? Le bras droit retombait certainement un peu plus vite que le bras gauche. Mais la jambe droite semblait plutôt moins touchée que la jambe gauche. Cette dissociation de la parésie et surtout le peu d'intensité de cette parésie s'accordait mal avec cette hypothèse d'une lésion directe de l'écorce cérébrale.

Fallait-il admettre l'hystérie traumatique ? Il existait bien, à côté des troubles de la sensibilité, un peu de mutisme, mais le point embarrassant était de savoir si une grande partie des troubles nerveux observés n'existaient pas déjà avant la tentative de suicide. On ne pouvait donc encore affirmer absolument ce diagnostic. D'ailleurs, en me plaçant au seul point de vue des indications opératoires, je vous ai fait observer qu'en admettant même une origine purement réflexe des accidents nerveux, nous aurions encore, s'ils persistaient, à nous demander si le léger enfoncement de la voûte cranienne ne pouvait, en déterminant une certaine compression, servir de point de départ à ces accidents réflexes. La trépanation est aujourd'hui devenue une opération absolument bénigne, et dans l'incertitude, je n'aurais point hésité à la pratiquer aujourd'hui même.

Mais depuis hier les modifications survenues dans l'état de ce blessé sont assez considérables pour modifier ma résolution. Cet homme remue les jambes et les bras, la connaissance est chez lui bien plus complète qu'hier ; non seulement il tire la langue mais il suit, par exemple, les mouvements des doigts. Ce qui persiste encore, ce sont des troubles de la sensibilité. L'anesthésie est un peu moins complète qu'hier, mais elle est loin d'avoir disparu et même de s'être beaucoup améliorée.

Mais ces troubles de la sensibilité qui persistent seuls ne semblent pas devoir être rapportés à la lésion locale et ne peuvent devenir le point de départ d'une indication opératoire. Il faut bien plutôt leur attribuer une origine générale et les rattacher tant à l'état de dépression mentale préexistant à la tentative de suicide qu'au choc même causé par cette tentative. On peut même, en présence d'un système nerveux aussi susceptible, aussi incapable de résistance devant un traumatisme certainement léger, se demander comment serait supportée la tentative opératoire. Il y a donc une double raison de nous abstenir : d'une part l'absence presque certaine de relations entre l'anesthésie persistante et le léger enfoncement de la voûte cranienne ; de l'autre le terrain même sur lequel doit porter notre intervention, terrain qui paraît peu favorable. Telle est notre détermination d'aujourd'hui. Mais il va sans dire que ce malade sera étroitement surveillé et que peut-être aurons-nous demain des raisons très impérieuses et très nettes d'intervenir.

Un autre point plus médical que chirurgical et que je viens seulement d'apprendre par les renseignements que m'ont donnés ce matin des parents du malade, doit vous être signalé car il va nous fournir une indication thérapeutique. Ce blessé a contracté autrefois au Sénégal des fièvres paludéennes. Il semble avoir été profondément atteint par l'impaludisme, et depuis, chaque année vers cette époque, il a des accès. Cette année ses accès fébriles auraient manqué. Le fait peut théoriquement prêter à bien des interprétations. Les accès ont-ils manqué parce que l'impaludisme était en quelque sorte momentanément épuisé et guéri ? Ont-ils été remplacés par une forme larvée ayant contribué à produire les troubles nerveux ? Le fait n'est pas invraisemblable. Quoi qu'il en soit, la règle pratique est, à tous égards, de donner du sulfate de quinine. Si le résultat est favorable, il ne faudra pas trop nous enorgueillir du succès thérapeutique, puisque l'amélioration est déjà commencée spontanément. Mais ce médicament ne peut qu'être utile à tous les points de vue.

RAGE ATTÉNUÉE

PRODUITE TRÈS PROBABLEMENT PAR LES INOCULATIONS PASTORIENNES (1)

Par le docteur H. Sabarthez,
Médecin-adjoint de l'Hôpital civil de Perpignan.

II

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur ces phénomènes, nous voyons qu'ils sont éminemment constitués, surtout après la période du début, par une diplégie de la sixième et de la septième paire. Or, tout le monde sait qu'il y a quelques années à peine on ne connaissait point de cas de paralysie faciale de nature hystérique ; sans doute, il en a été publié deux ou trois depuis peu ; mais tous se sont produits chez des sujets manifestement hystériques. Or, nous avons vainement recherché chez notre malade les stigmates qui caractérisent la grande névrose : vainement, pendant deux semaines, nous avons exploré avec un soin méticuleux toutes les parties du corps ; la sensibilité à la piqûre, au pincement, à la chaleur, n'est altérée nulle part, point de zones hystérogènes : le réflexe pharyngien est conservé ; le champ visuel, mesuré au périmètre, est sensiblement égal des deux côtés, quoique un peu moins étendu du côté gauche. Il n'y a eu ni aérophobie, ni hydrophobie ; le malade n'a point cherché à mordre ; il a éprouvé, par contre, pendant quelques jours, de la difficulté et de l'anxiété respiratoires qui manquent toujours, d'après M. Brouardel, dans l'hystérie rabiforme. Les accidents se sont développés progressivement, lentement, vingt-quatre jours seulement après la morsure. M. G... a le tempérament très calme ; il n'a pas éprouvé d'ébranlement brusque ; convaincu que le chien mordeur n'était pas enragé, il n'a jamais eu peur ; ses *assertions réitérées sont formelles à cet égard* ; il n'est parti pour Paris que sur les instances des siens, en est revenu doublement rassuré. Jamais ni chez lui, ni dans sa famille, on n'a constaté d'accidents nerveux. Est-ce bien là de l'hystérie ? Nous aurions vraiment de la peine à la reconnaître dans cette description où nous ne retrouvons ni ses symptômes, ni ses causes, ni son terrain de prédilection.

Malgré le respect et l'admiration que nous nous honorons de professer pour M. Pasteur, nous ne pouvons, comme lui, attribuer à l'hystérie rabiforme les phénomènes obser-

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1311.

vés chez M. G... et nous conservons la ferme conviction qu'ils sont réellement rabiques.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, ces symptômes sont, en effet, ceux d'une diplégie de la sixième et de la septième paires, c'est-à-dire d'une paralysie de quatre nerfs, dont les noyaux d'origine se trouvent côte à côte dans le bulbe, aux points précis où le virus rabique exerce ses ravages avec son maximum d'intensité. En présence d'accidents de ce genre, survenus immédiatement après les inoculations, n'est-il pas naturel d'en rapporter l'origine à ces inoculations mêmes? avec d'autant plus de raison que ces accidents sont paralytiques, c'est-à-dire de même nature que ceux qui caractérisent la rage du lapin, la rage qui a été inoculée. Et si des doutes étaient encore possibles, ne seraient-ils pas vaincus par l'observation de la période du début, où les caractères de la vraie rage éclatent avec une telle évidence que M. Pasteur lui-même n'hésite pas un moment à confirmer notre diagnostic avec toute l'autorité de son nom et de sa compétence en un pareil sujet? Le malade est perdu, dit-il, perdu sans retour, « issue fatale inévitable ». Il faut, pour qu'il ait cru pouvoir parler de la sorte, que M. Pasteur ait eu une conviction bien ferme, établie sur des faits bien significatifs. Et n'avons-nous pas quelque droit de dire avec lui que nous étions bien en présence d'une rage confirmée, lorsque nous avons constaté chez notre malade l'abattement, la tristesse, la céphalalgie atroce, l'insomnie, les cauchemars terrifiants, la tension constrictive des tempes et de la face, le trismus, la photophobie, la diplopie, la paralysie des lèvres et les accès menaçants d'angoisse précordiale?

On ne peut plus nous objecter aujourd'hui que le malade n'est pas mort; car des faits, rares encore, il est vrai, mais de jour en jour plus nombreux, tendent à prouver que tout malade atteint de rage n'est point voué à une mort certaine : MM. Denis-Dumont, Ricochon, Laveran, Chantemesse ont publié d'intéressantes relations sur ce sujet. Notre savant clinicien, M. le professeur Grasset, et M. le docteur G.-M. Rogé, dans des articles tout récents, admettent *a priori* la possibilité de la rage atténuée et l'opinion médicale, hier encore hostile à toute idée de curabilité de la rage, est aujourd'hui préparée à établir l'histoire de ses formes atténuées d'une façon définitive. Qui pourrait du reste s'étonner de voir la rage atténuée succéder aux inoculations de virus atténué?

Et si l'on nous objecte les dix mille inoculations déjà pratiquées à l'Institut Pasteur, sans qu'aucun accident consécutif ait encore été signalé, nous répondrons que les mordus, admirablement soignés à l'Institut, ne sont presque jamais suivis au delà, et si nous en jugeons par ce qui se passe dans notre département, on ne s'enquiert que très rarement de leur état lorsqu'ils sont rentrés dans leur famille, et que les effets tardifs du traitement restent, le plus souvent, inconnus ou passent inaperçus. Qui se serait préoccupé de notre malade, si nous n'avions pris l'initiative de donner de ses nouvelles? Nous connaissons un cas de mort survenue huit jours après le traitement Pasteur, à la suite d'accidents nerveux, dont la pathogénie serait très intéressante à établir; on n'en a jamais rien su à l'Institut. Nous avons du reste interrogé plusieurs mordus récemment traités; la plupart, à leur retour de Paris, ont été fatigués pendant plusieurs jours; quelques-uns même ont été assez faibles pour ne pouvoir reprendre leurs occupations qu'après un mois de repos : l'un d'eux, grand amateur de chasse et arrivé tout récemment, a été obligé de renoncer, momentanément du moins, à son plaisir favori; chez d'autres, nous avons constaté des phénomènes divers : céphalalgie fréquente, surtout par les temps humides, insomnies, affaiblissement de la mémoire, paresse intellectuelle, amaigrissement. Ces accidents variés ne pourraient-ils pas être considérés comme des ébauches de formes frustes, et le plus constant d'entre eux, la faiblesse générale, ne serait-il pas lui-même une forme paralytique extrêmement atténuée?

Il est certain que la croyance ferme dans l'innocuité absolue des inoculations n'a pu encore pénétrer dans les masses, pas davantage dans le public médical, et, tandis que la vaccination jennérienne est passée dans nos mœurs, personne, hormis les collaborateurs de M. Pasteur et quelques rares apôtres de sa méthode, ne songe à se faire inoculer en vue d'une morsure possible.

Les objections basées sur l'incurabilité de la rage confirmée et sur l'innocuité des inoculations pastoriennes ne sont donc point fondées.

Nous espérons avoir démontré : 1° que le chien mordeur n'était très probablement pas enragé; 2° que les accidents n'étaient point hystériques; 3° qu'ils étaient vraiment rabiques.

M. Marill, médecin traitant, MM. les docteurs Jaubert et Parahy, qui ont bien voulu nous prêter à plusieurs reprises leur utile concours, sont d'avis, comme nous, que nous avons bien réellement observé *un cas de rage atténuée produite très probablement par les inoculations*.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique chirurgicale (1),
par Reclus et Forgue.

Peu de livres ont été aussi impatiemment attendus que celui-ci. Depuis quelques mois, on nous annonçait sa venue comme prochaine, et voici que paraissent dans la même semaine, chez le même éditeur, le sixième volume du « Traité de chirurgie », et les deux volumes du « Traité de thérapeutique ». Il nous siérait mal désormais de nous plaindre, et de vanter sans cesse l'activité productrice de nos voisins d'outre-Rhin; si leurs traités sont nombreux, en revanche pas un n'oserait lutter, comme ensemble de connaissances résumées, avec ce qu'on nous offre chez nous aujourd'hui. Nous avons un « Traité de chirurgie », conçu sur un plan jusqu'ici inconnu chez nous, et dont les huit volumes seront complets en juillet prochain. Voici, aujourd'hui, comme complément nécessaire, un traité didactique de thérapeutique chirurgicale, qui vient donner *in extenso* les nombreux détails d'intervention qu'un volume de clinique doit fatalement écourter. C'est un livre unique et destiné à rester tel longtemps, car il est peu probable que ses chapitres vieillissent assez vite pour nécessiter bientôt de notables changements de plan.

Il eût été imprudent de marcher d'un pas trop rapide et de publier prématurément cet ouvrage; c'eût été entreprendre un travail de Pénélope. En effet, les pratiques actuelles d'antisepsie ne sont guère acclimatées chez nous que depuis une dizaine d'années, les méthodes ont varié successivement avec leur apparition pour ne s'établir d'une façon relativement stable que dans ces tout derniers temps. Aujourd'hui, on sait ce qu'on peut faire, tous les chirurgiens actuels opèrent à peu près par les mêmes procédés, les interventions, soumises aux mêmes

(1) 2 vol. avec 364 figures. — Prix : 32 francs. — Paris, G. Masson.

lois générales, ne varient guère que par des détails : c'est l'heure d'écrire un « Traité de thérapeutique chirurgicale ».

Ce livre n'aura pas seulement l'avantage d'indiquer ce qu'on peut tenter, mais aussi de préciser ce qu'on doit faire et de fixer des bornes aux tentatives opératoires. Ce qu'on peut faire est actuellement bien étendu « le cœur seul a été respecté, encore s'attaque-t-on à son enveloppe ». Quant à préciser à quel moment l'acte opératoire n'est plus licite, et constitue plutôt une prouesse chirurgicale qu'un acte raisonné, les auteurs s'y appliquent à chaque pas, appuyant leur opinion de preuves sérieuses et de statistiques. D'ailleurs, les Allemands — ceux-là mêmes qui applaudissaient si fort le discours de Billroth — ont été les premiers à revenir de leurs tentatives trop audacieuses, et à trouver du bon à la façon d'agir plus circonspecte des Français. « Nous avons pris de leur hardiesse, ils ont gagné de notre prudence, et grâce à ce double mouvement en sens inverse, nous arrivons à des formules équivalentes. »

Ouvrons le premier volume. Il commence par une initiation complète, bien que rapide, aux nécessités premières de toute intervention : désinfection, matériel, objets de pansements, sutures, etc. Mais ce n'est point une énumération sèche ; c'est beaucoup plus une suite de conseils qu'une série de détails. La vraie méthode contemporaine ; qui s'achemine de plus en plus vers l'asepsie, ne s'encombre plus des mille et un détails de l'antisepsie des premiers jours.

Viennent ensuite des chapitres de la plus haute importance : l'hémostase. l'anesthésie. A ce dernier sujet, les auteurs nous montrent le grand bénéfice qu'on peut retirer de l'anesthésie locale par la cocaïne. Si certains ont échoué, si d'autres ont failli enregistrer des accidents, c'est par ignorance profonde de la façon de manier l'agent anesthésique; aussi les auteurs s'appliquent-ils à préciser les points importants de son emploi, en appuyant leur dire d'un nombre plus que respectable d'opérations, sans un seul accident (quinze cents et plus).

Suivent les chapitres de thérapeutique appliquée aux différents organes. Il est impossible d'entrer ici dans le détail, ce serait 1700 pages à compulser par le menu; maladies de la peau, du tissu cellulaire, des bourses séreuses, des vaisseaux, des nerfs, des os, des articulations, etc. Puis les affections de différentes régions : crâne, rachis, vision, audition, face, bouche, pharynx, œsophage, etc., etc. En un mot, tout s'y trouve, depuis l'orteil en marteau jusqu'aux cures radicales de hernie, depuis les sutures tendineuses jusqu'à la discussion sur la valeur incontestée de l'opération de Péan.

Signalons pourtant, comme traitées avec des vues originales et un soin particulier, les *tumeurs blanches* en général et en particulier, puis les *affections des veines*, l'*hydarthrose*, la *chirurgie du crâne*, les *maladies de l'oreille moyenne*, les *rétrécissements œsophagiens*, la *chirurgie du testicule*, le *varicocèle*. Puis, les questions d'actualité encore plus grandes : les *plaies de l'intestin*, les *hernies*, et enfin toute la *partie gynécologique*, écrite par M. le docteur Reclus.

Tout se lit avec facilité, grâce à la clarté d'exposition des auteurs et à une certaine parenté de style, qui permet difficilement de faire la part de chacun d'eux.

Tel est cet important ouvrage, dont le praticien fera son vademecum, comme déjà il avait son formulaire... avec cette différence que celui-ci ne comporte qu'une pure énumération, tandis que celui-là conseille autant qu'il renseigne, appuie son texte sur des statistiques, et parle à l'intelligence avant de s'adresser à la mémoire. C'est la vraie raison du succès qui a accueilli l'ouvrage à son apparition, laquelle date d'hier, mais était, depuis des mois, très impatiemment attendue.

Les auteurs se sont refusés à faire paraître successivement leur Traité en plusieurs fascicules successifs, ils nous donnent aujourd'hui l'ouvrage complet en deux volumes. Cela est loin de nous étonner de la part de M. Reclus, qui nous a déjà fait cette surprise peu commune : un Traité de chirurgie dont les volumes paraissent à l'époque dite.

Affections congénitales (1), par O. Lannelongue et V. Ménard.

Ce premier volume contient la description des affections congénitales de la tête et du cou, il se divise en trois parties.

La première contient l'histoire des affections dues à la persistance des fentes embryonnaires de la tête et du cou. Ce sont des fissures, des fistules, des kystes dermoïdes ou mucoïdes.

La seconde partie se rapporte à un trouble de même nature, portant sur les bourgeons de la face et les arcs branchiaux du cou, dont le développement se trouve important, rudimentaire ou nul. Elle renferme les atrophies de la tête, composées de nombreux types, depuis ceux du premier type presque normaux, jusqu'aux types informes qui paraissent s'en éloigner le plus. Le premier degré de l'atrophie du bourgeon frontal, par exemple, sera une diminution de longueur, de volume ou un aplatissement du nez; le cyclope est le dernier terme de la série. Dans cette étude, les auteurs ont relevé quelques données utiles relativement à l'origine des os inter-maxillaires et au siège des fissures osseuses de la face.

La troisième partie est un exposé succinct des tumeurs congénitales de la tête et du cou. Ce livre, du plus haut intérêt scientifique, continue la série des ouvrages qui font si grand honneur à M. le professeur Lannelongue et à ses élèves.

Précis d'assistance aux opérations (2), par le docteur P. Thiéry.

Au moment où l'année scolaire va finir, et où les élèves internes et externes vont entrer dans leurs nouveaux services, il est utile de leur signaler le livre de M. Thiéry. Ce livre, comme le dit M. Verneuil dans sa préface, répond à un véritable besoin et rendra de notables services. C'est un aide-mémoire précieux pour l'élève soucieux de bien faire son devoir.

Il se compose de trois parties : la première envisage le rôle de l'assistant, d'une manière générale; elle prend l'aide avant l'opération, le guide pendant l'acte opératoire et ne le quitte qu'après l'opération ou plutôt après le pansement qui suit l'intervention.

Dans la deuxième partie, M. Thiéry passe en revue les connaissances fondamentales nécessaires à un aide, l'anesthésie chloroformique, l'anesthésie locale, l'hémostase, la suture, le matériel ordinaire de pansement; puis viennent une série de chapitres qui constituent le fond même de l'ouvrage. Dans ces chapitres sont étudiés : l'appareil instrumental de chacune des opérations usuelles, les soins préliminaires, l'anesthésie, les soins consécutifs. Comme nous le disions, c'est la partie fondamentale de ce travail, c'est là où le médecin, l'assistant, l'élève, l'infirmier chargé des préparatifs, trouveront les renseignements indispensables concernant les opérations courantes. Il est à espérer que le chirurgien ne trouvera plus, grâce à la lecture de ce livre, les défectuosités et les omissions si fréquentes de l'appareil instrumental qu'il a chargé ses aides de préparer.

Questions d'internat. Manuel du candidat (3), par le docteur W. Morain.

Ce manuel du candidat à l'internat est en général bien fait, les conseils qu'on y donne sont des plus choisis, les questions sont traitées avec une connaissance suffisante des choses nouvelles. Bref, il faut féliciter l'auteur d'avoir mené à bien la tâche qu'il s'est imposée. Si quelques candidats à l'internat s'étaient inspirés, cette année, dans ce petit manuel de la question qui leur a été posée, ils auraient certes fait une bonne et excellente question. Cet argument topique vaut à lui seul un long éloge.

L'auteur a su faire un choix et n'a traité que les questions qui sont les plus importantes et qui demandent à être développées

(1) Gr. in-8°, t. Ier. Prix : 15 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.
(2) Petit in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Maloine.
(3) In-12. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

avec clarté. Je ne crains pas de le répéter, ce manuel est un bon manuel; mais un étudiant qui n'étudierait que dans ce livre ne saurait devenir un bon et parfait candidat. En dehors des nombreuses questions qui n'ont pu trouver place, les questions traitées sont forcément résumées et abrégées; elles sont présentées sous une forme claire, parfaitement assimilable, mais elles ne contiennent que l'extrait, l'essence du sujet. Ce manuel pourrait s'appeler guide du candidat à l'internat, il lui est incontestablement utile. Mais pour dire toute notre pensée, il est surtout utile au candidat qui sait, et qui veut revoir rapidement, remettre au point une question, la saisir dans son ensemble. Il est inutile au candidat qui ne sait pas, il serait nuisible à celui qui n'aurait pour toute connaissance des questions traitées que ce qui est dans ce manuel.

La pratique journalière des hôpitaux de Paris (1), par P. Lefort.

Ce petit manuel que l'auteur destine au médecin praticien, n'est pas sans présenter quelques avantages en ce qu'il permet au médecin instruit de se rappeler ce qu'il a vu, alors qu'étudiant il suivait les services hospitaliers de Paris; il permet à celui qui, depuis longtemps, s'est relégué dans la pratique, de se tenir au courant des nouvelles méthodes de traitement. C'est, comme le dit l'auteur, un aide-mémoire et un formulaire de thérapeutique appliquée. Mais l'auteur n'a pas toujours été exact ou heureux dans les conseils qu'il donne. C'est ainsi que M. Peyrot serait bien étonné d'apprendre qu'il traite les abcès froids par « la solution alcoolique de Bouchard en lotions ». Les prescriptions chirurgicales manquent souvent d'exactitude et de précision. Les différents chirurgiens sont représentés comme ne faisant qu'un seul et même procédé. Ainsi : pour le cancer du rectum M. Verneuil, Trélat font la rectotomie linéaire; MM. Richet, Léon Le Fort pratiquent la colotomie; M. Routier extirpe le néoplasme par la voie sacrée. Cette façon de présenter les choses est-elle bien conforme à la réalité?

Si le praticien embarrassé cherche comment on traite le cancer utérin, il lit : « Bouchard. Applications de chlorure de méthyle liquide à l'aide d'un tampon d'ouate. » C'est minime comme renseignement pratique. L'auteur ne nous en voudra pas de relever ces quelques imperfections au milieu de choses qui valent beaucoup mieux. Il nous permettra toutefois une question; son livre est édité à Paris, où il n'existe qu'une Faculté de médecine et qu'un seul professeur de médecine, du nom de Le Fort. Or, l'auteur fait précéder son nom du titre de professeur, il ferait bien de spécifier, pour éviter une confusion fâcheuse. Je souhaite à ce nouveau manuel une deuxième édition dans laquelle M. Lefort pourra faire connaître à ses lecteurs quelle branche des sciences médicales il a été chargé d'enseigner.

Atlas des Cystoskopie (2), par le docteur E. Burckhardt.

Aujourd'hui où la cystoscopie prend de plus en plus d'importance en pathologie urinaire, nous devons signaler l'intéressant Atlas du docteur Burckhardt, privat docent à l'Université de Bâle.

Cet atlas comprend 24 planches, fort bien dessinées et coloriées, où l'on peut voir : la vessie normale, la vessie atteinte des différentes variétés de cystite, l'urèthre postérieur enflammé, l'hypertrophie de la prostate, la tuberculose, les tumeurs, les calculs, les corps étrangers de la vessie et même certaines affections du bassinet et de l'uretère.

De la circoncision (3), par le docteur Félizet.

La circoncision est une petite opération, parfois délicate, sur laquelle M. Félizet vient nous entretenir à nouveau. Il fait précéder la partie intéressante de son mémoire de quelques détails anatomiques sur la verge, le prépuce et le gland dans le phimosis.

M. Félizet, après avoir passé en revue les différents procédés opératoires, nous indique comment il exécute la circoncision dans sa pratique. Après avoir fixé le prépuce, il fixe sa pince parallèlement à la couronne du gland, sectionne le prépuce au bistouri, attend quelques minutes pour laisser le sang sortir des vaisseaux momentanément rétractés, puis pose deux à trois ligatures au catgut. Ce n'est qu'après que le chirurgien procède à la suture, faite également au catgut fin. Cette suture à fils séparés doit reconstituer le frein. Un petit pansement iodoformé complète l'opération. C'est ce procédé qui aurait donné à l'auteur les meilleurs résultats.

(1) In-12. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière.
(2) Gr. in-8°. Prix : 15 francs. — Bâle, Benno Schwabe.
(3) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, G. Masson.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

1. M. Thiroux. Contribution à l'étude du traitement médical et chirurgical de la pleurésie avec épanchement. — 2. M. Étourneau. De l'anesthésie chirurgicale dans les hôpitaux de la marine. — 3. M. Pervès. Contribution à l'étude comparée de la syringomyélie et de la maladie de Morvan. — 4. M. Rousseau. Du nœvus kératosique. — 5. M. Defressine. Contribution à l'étude du traitement des affections à épanchement du genou (ponction et lavage). — 6. M. Lamacq. Étude critique du sens musculaire. — 7. M. Aurégan. Étude sur les hématomes musculaires. — 8. M. Sarrat. Analyse et synthèse des études faites sur l'infanticide par fracture du crâne. — 9. M. Souls. Contribution à l'étude des otomycoses. — 10. M. Aldebert. Contribution à l'étude du prostatisme. — 11. M. Aubry. Contribution à l'étude du rein kystique. — 12. M. Tréhen. Du diagnostic pathogénique des épanchements sanguins de la plèvre. — 13. M. Mailliu. Des injections intraveineuses salines comme traitement de l'anémie aiguë.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier, dimanche, ont été célébrées au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis, les obsèques de M. le docteur Féréol, médecin honoraire de la Charité, secrétaire annuel de l'Académie de médecine.

Le deuil était conduit par M. le docteur André Petit, son gendre; MM. les docteurs Chopy et Brissaud, ses neveux. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. les professeurs Hardy et Tarnier, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique; MM. les docteurs Bergeron, Labbé et Millard. Les honneurs militaires ont été rendus par une compagnie du 31e de ligne.

Notre distingué confrère était le petit-fils du grand comédien Monvel; fils de Louis-Auguste Second dit Féréol; neveu de Mlle Mars et des Baptiste; cousin du grand compositeur César Franck. Il était médecin consultant de la Comédie-Française et officier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Le docteur Lamacq est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Martin du Magny, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Mollard est nommé chef des travaux biologiques (clinique médicale), en remplacement de M. Michon, dont la délégation est expirée.

M. Regaud est nommé préparateur de clinique médicale, en remplacement de M. Mollard, appelé à d'autres fonctions.

M. Sérullaz est nommé préparateur du laboratoire de médecine légale, en remplacement de M. Saint-Cyr, dont les fonctions sont expirées.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Guérin est chargé des fonctions d'aide d'anatomie, pendant la durée du congé accordé à M. Vires.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Prautois est est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Haushalter, démissionnaire.

— *École de médecine de Nantes.* — Sont nommés préparateurs de : 1° chimie et pharmacie, M. Château, en remplacement de de M. Réby, dont le temps d'exercice est expiré; 2° physique, matière médicale et histoire naturelle, M. Schmitt, en remplacement de M. Bouthelier, démissionnaire.

— *Enseignement médical dans les hôpitaux.* — Les cours cliniques de l'hôpital Saint-Antoine (semestre d'hiver 1891-1892) auront lieu à partir du lundi 7 décembre, dans l'amphithéâtre de l'hôpital à dix heures et demie, dans l'ordre suivant :

M. le docteur Blum : Clinique chirurgicale; les lundis.

M. le docteur Merklen : Maladies du cœur et des vaisseaux; les mardis.

M. le docteur Brissaud : Maladies générales et séméiologie; les mercredis.

M. le docteur Ballet : Maladies du système nerveux; les jeudis.

M. le docteur Blum : Clinique chirurgicale; les vendredis.

M. le docteur Letulle : Maladies du foie et des reins; les samedis.

— M. le docteur Gouguenheim commencera, le mardi 8 décembre, à l'hôpital Lariboisière, à deux heures de l'après-midi, un cours clinique de laryngologie et de rhinologie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Mardi, jeudi et samedi, de neuf à onze heures, consultation des maladies du larynx et du nez, à l'hôpital Lariboisière.

— Postes médicaux. — Côte-d'Or : s'adresser à M. le docteur Issaly, à Jugon. — Indre-et-Loire : s'adresser au maire de la Chapelle-sur-Loire. — Loiret : s'adresser : 1° à M. le docteur Boulle, 63, rue d'Illiers, à Orléans; 2° à M. le docteur Popis, à Chécy. — Mayenne : s'adresser au maire de Villaines-la-Juhel. — Nièvre : s'adresser : 1° au maire d'Aunay-en-Bazois; 2° au maire de Brassy. — Somme : s'adresser au maire du Crotoy.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Traitement du goître exophthalmique par la faradisation. — De la morbidité et de la mortalité par professions. — Note sur l'épidémie de grippe ou influenza qui a sévi à Angers pendant les mois d'octobre et de novembre 1891. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le président, ayant fait part à l'Académie de la mort de M. Barthez, ancien médecin du prince impérial et membre de l'Académie, et de M. Féréol, secrétaire annuel, lève la séance en signe de deuil.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. R. VIGOUROUX.

Traitement du goître exophthalmique par la faradisation (1)

Par le docteur Aug. VIGOUROUX,
Interne à l'asile Sainte-Anne.

II

OBS. II. — *Maladie de Basedow datant de trois mois chez une femme de quarante-sept ans. Amélioration très rapide.* — P..., quarante-sept ans, cuisinière, entre dans le service envoyée par un médecin de la ville avec le diagnostic « goître exophthalmique ».

Les antécédents héréditaires de la malade ne nous montrent pas d'hérédité directe. Sa mère est morte d'accident; son père, qui faisait des excès alcooliques, fut frappé d'apoplexie foudroyante; sur douze frères et sœurs qu'elle a eus, huit sont morts en bas âge, deux d'une affection de poitrine vers l'âge de vingt ans.

Parmi les collatéraux, elle n'a jamais connu personne ayant eu de goître ni de maladie nerveuse ou mentale.

Elle-même a toujours eu une bonne santé. Réglée à seize ans sans difficulté, elle a toujours été très régulière.

Elle a toujours été d'un caractère un peu impressionnable, se mettant en colère facilement. Bonne travailleuse, elle s'est occupée comme cuisinière jusqu'à ces derniers temps.

Il y a deux ans, elle eut un violent chagrin et de grands ennuis, l'homme avec lequel elle vivait depuis très longtemps la quitta pendant trois mois.

A partir de ce moment, ses nuits furent moins bonnes; elle éprouvait comme des accès de tremblement qui lui duraient quelques minutes et qui ne la prenaient jamais que la nuit. En même temps, elle souffrait de sensations passagères de chaud et de froid.

Elle continuait cependant à travailler, et cet hiver 1890-1891, elle s'est beaucoup fatiguée.

En juillet 1891, elle dut quitter tout travail, à cause de la fatigue qu'elle éprouvait; elle se sentait excessivement faible, avait des vertiges, des accès de suffocation et des battements de cœur.

Son cou commence à grossir, ses yeux deviennent étranges et sortent de l'orbite.

Elle se décide à consulter un médecin qui, pendant un mois, la traite par la digitale à l'intérieur et les badigeonnages à la teinture d'iode de son goître, et ce n'est qu'au mois d'août qu'elle fut envoyée dans le service d'électrothérapie.

A son entrée, P... présente le type caractéristique de la maladie de Basedow : les yeux sont saillants, mais on ne trouve ni le signe de de Græfe, ni celui de Mobius.

Le cou, volumineux, mesure 36 centimètres, avec hypertrophie plus grande en faveur du lobe droit du corps thyroïde.

Elle est animée d'un tremblement généralisé.

La peau est moite et rougit facilement au moindre contact.

La résistance électrique, très diminuée, est de 1500 ohms.

La sensibilité est intacte des deux côtés du corps.

Pas de zone hystérogène.

Le pouls est accéléré; il bat 120 pulsations à la minute. L'auscultation du cœur ne révèle aucune lésion valvulaire. La respiration n'est pas accélérée (20 inspirations à la minute).

La malade se plaint d'une petite toux sèche, non accompagnée d'expectoration, qui la gêne beaucoup.

Elle ne dort pas la nuit et fait des cauchemars effrayants.

Elle sent qu'elle est devenue beaucoup plus nerveuse et plus irritable; mais elle ne se préoccupe pas outre mesure de l'attention que lui portent les gens dans la rue.

Elle est d'une grande faiblesse et incapable de tout travail. Quand elle marche dans la rue, elle est souvent prise de vertiges qui la forcent à s'appuyer contre le mur.

Le traitement fut commencé le 1er août, à l'exclusion de tout autre. Il produisit une amélioration rapide. Dès la troisième séance, la malade avait beaucoup mieux dormi et n'avait plus de cauchemars. Elle se sentait plus forte et avait éprouvé moins de vertiges.

Le 15 septembre, nous voyons le mieux continuer et s'étendre aux autres symptômes.

Les yeux sont bien moins saillants, le gauche est presque redevenu normal, l'œil droit reste encore un peu gros.

Le cou a diminué; il ne mesure plus que 31 centimètres.

La peau est moins couverte de sueur; la résistance électrique est de 3000 ohms.

Le nombre des inspirations est descendu à 15.

La toux a disparu.

Le tremblement a diminué, et les autres symptômes se sont

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 1291.

amendés de façon à permettre à la malade de reprendre ses occupations.

Elle se plaint toujours de ses crises de tremblement nocturnes, qui, bien que moins fortes, continuent.

Le 2 novembre 1891, la malade, guérie, ne vient plus à l'électrothérapie.

Obs. III. — W..., étudiante, vingt-sept ans. Mère nerveuse. Pas d'hérédité similaire. Réglée à treize ans régulièrement. N'avait jamais été malade.

En 1882, à la suite de grandes émotions, elle ressentit un grand énervement et vit apparaître des taches de vitiligo.

En 1888, elle éprouva de fortes palpitations; elle constata un commencement de goître et ses yeux changèrent d'expression. En même temps, elle eut des névralgies faciales, et le tremblement commença avec l'insomnie et les cauchemars terrifiants.

Elle fut d'abord soignée à Genève par le docteur Revillod, qui la traita par l'hydrothérapie et le bromure, sans obtenir de résultat.

Venue à Paris, elle entra à l'hôpital Necker, où elle fut peu améliorée.

Enfin, en octobre 1888, elle était à la consultation de la Salpêtrière, et elle fut soumise au traitement de la faradisation, tout en continuant à prendre successivement du bromure de potassium, de l'arséniate de soude, de la strychnine et de l'hyosciamine. N'éprouvant qu'un léger soulagement, elle abandonne le traitement.

Ce n'est qu'au mois de mars 1889, qu'elle revient à l'électrothérapie. Suivant nos conseils, elle supprime toute autre médication. Le mieux apparaît aussitôt; la malade peut reprendre ses études, passer ses examens de licence et partir pour la campagne en août 1890, se regardant comme guérie.

La santé reste bonne pendant quelques mois; mais de nouveaux chagrins et des excès de travail intellectuel font reparaître quelques symptômes, tels que l'énervement, l'insomnie, le tremblement. Elle cesse tout travail et se traite par le bromure et le chloral. N'éprouvant aucune amélioration, elle revint à l'électrothérapie en juillet 1891.

A son entrée dans le service, la malade présente la triade symptomatique de la maladie de Basedow: les yeux sont gros, le goître légèrement apparent, le pouls bat 120 pulsations, la carotide est tendue; la peau, moite, est recouverte au niveau du cou et des avant-bras de taches de vitiligo.

La résistance électrique, très diminuée, est de 1 250 ohms.

Mais ce dont la malade se plaint le plus, c'est d'un grand énervement, d'insomnies rebelles avec cauchemars terrifiants et d'une incapacité absolue de se livrer à tout travail intellectuel.

Commencé le 10 juillet 1891, le traitement faradique est immédiatement suivi de bons résultats. Au bout de quelques séances, l'énervement diminue, le sommeil revient sans avoir recours au chloral.

Le pouls (le 25 juillet) ne battait déjà plus que 100 pulsations, et les autres symptômes disparurent peu à peu.

La malade peut reprendre ses occupations et ses travaux, et aujourd'hui on peut la considérer comme guérie.

Obs. IV. — H... (Augusta), trente-cinq ans, couturière.

Réglée à quatorze ans; régulièrement depuis l'âge de vingt ans. N'a jamais fait de maladies, mais a toujours été d'un tempérament délicat.

Pas d'hérédité directe. Père nerveux.

Début de la maladie en septembre 1890 : vertiges, palpitations, énervement, insomnie, tremblement, sueurs, sensation de chaleur, crises de diarrhée, taches de vitiligo sur le front. Pas de goître, mais l'expression du regard était changée.

Envoyée à l'électrothérapie en novembre 1889. Elle fut rapidement soulagée, put reprendre son travail. Abandonna le traitement pendant plusieurs mois, de juillet en septembre 1890. Revint de nouveau; le mieux réapparut et, maintenant, bien qu'elle ne vienne qu'une fois par semaine, tous les symptômes ont disparu. Les palpitations seules réapparaissent quelquefois, mais elles cèdent toujours à une séance d'électricité.

Obs. V. — W..., vingt-trois ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

A la suite de la perte de sa mère, en 1888, accidents nerveux, tremblement, palpitations, insomnie, cauchemars, idées mélancoliques. Incapacité de se livrer à aucun travail.

Anesthésie pharyngienne, plaques d'hyperesthésie, points hystérogènes au niveau de l'ovaire gauche. Au-dessus du sein gauche, vitiligo limité à la région du cou. Résistance électrique augmentée à gauche.

Traitée depuis le mois de juillet 1890. Suffisamment améliorée pour entreprendre un long voyage.

Obs. VI. — X..., quarante ans, institutrice.

Pas d'hérédité similaire.

Malade depuis trois ans. Exophthalmie. Symptôme de de Græfe. Goître énorme. Palpitations. Tremblement. Sueurs. Insomnie. Cauchemars. Faiblesse. Diminution énorme de la résistance électrique.

Traitée par la galvanisation du nerf sympathique à l'hôpital Necker, n'a éprouvé que peu d'amélioration, a dû cesser le traitement à cause d'une eschare à la région postérieure du cou.

Venue à l'électrothérapie en septembre 1890, a été rapidement améliorée. A pu abandonner le traitement en septembre 1890. Tous les symptômes se sont amendés.

Obs. VII. — Br..., trente-trois ans, commerçant.

Grand'mère paternelle était affectée d'un tremblement généralisé.

Depuis l'âge de douze ans, il tremble aussi.

En 1886, le tremblement a augmenté, et ses cheveux, sa barbe et ses poils sont tombés symétriquement. En même temps, il avait de la tachycardie et de l'oppression.

Traité à l'hôpital Saint-Louis sans résultat pendant un an. A été envoyé à l'électrothérapie en mai 1890.

Anesthésie à droite, accompagnée d'augmentation de la résistance électrique du même côté.

Les poils n'ont pas repoussé, mais les palpitations ont disparu et le tremblement a diminué à tel point que, depuis avril 1891, il a pu reprendre son travail, tout en venant régulièrement se faire électriser.

Obs. VIII. — G..., quarante-quatre ans.

Tante paternelle avait un goître (?).

Malade depuis deux ans. Goître surtout marqué à gauche. Exophthalmie. Palpitations. Tremblement. Énervement. Résistance très diminuée.

Au bout d'un an se considérait comme guérie. A abandonné le traitement. A la suite de chagrins et de grandes émotions, est retombée malade en juin 1891. Elle est revenue à l'électrothérapie, et de nouveau elle est très améliorée.

Obs. IX. — D..., trente-sept ans, ménagère.

Sa grand'mère a des attaques d'hystérie. Son frère est débile.

Malade depuis 1887, ses forces ont commencé à diminuer, son cou a grossi, ses yeux sont devenus hagards et fixes, puis très gros; elle a été prise de tremblement, puis de palpitations très violentes. Pendant dix-huit mois, elle fut sujette à des crises de diarrhée, auxquelles succédèrent des vomissements.

Pendant deux ans, elle ne fut pas réglée.

Elle n'a plus de sommeil. Cauchemars terrifiants; elle voit ses parents morts.

Elle a toujours trop chaud, est couverte de sueurs.

Elle est entrée à l'hôpital le 15 février 1888. Fut traitée pendant six mois par la galvanisation du cœur et du cou.

N'ayant aucune amélioration, elle partit pour la campagne, où son médecin l'électrisa également sans résultat.

Venue dans le service le 15 septembre 1891.

Exophthalmie énorme. Le cou mesure 37 centimètres.

Le pouls bat 82. On compte 24 inspirations à la minute. La résistance électrique n'est que de 810 ohms.

Elle se plaint surtout de l'insomnie, des cauchemars et de faiblesse.

Le 10 octobre, la malade dort sept heures par nuit, n'a plus de cauchemars. Elle se sent un peu plus forte. Les yeux sont moins gros. Le pouls est à 88. Le cou mesure 35 centimètres. Le nombre des inspirations est de 18 à la minute.

Obs. X. — Ch... (Alice), vingt-quatre ans.

Début de la maladie en août 1890, à la suite de chagrins. Palpitations. Vertiges. Tremblement. Énervement. Insomnie. Exophthalmie légère. Goitre peu apparent.

Venue à l'électrothérapie en juin 1891. Se trouve très améliorée. Tous les symptômes se sont amendés.

Obs. XI. — L..., vingt-huit ans, étudiant.

Pas d'hérédité similaire.

Début de la maladie en 1882, à la suite de fortes émotions. Tremblement. Exophthalmie légère. Palpitations (92 pulsations à la minute). Énervement. Sueurs. Résistance très diminuée.

Venu à l'électrothérapie en juillet 1891. Se trouve très amélioré. Peut cesser le traitement.

Obs. XII. — A... (Marguerite), vingt ans.

Malade depuis deux ans. Vertiges, palpitations, tremblement. Insomnie, cauchemars. Idées de suicide. Hémi-anesthésie gauche. Point hystérogène sous-mammaire du même côté. Tension des carotides.

Traitée depuis octobre 1889. Améliorée depuis un an.

Obs. XIII. — Tav..., trente ans, forgeron.

Malade à la suite d'un accident de chemin de fer. En février 1891, un mois après, a été pris de palpitations avec crises d'étouffement. Tremblement dans les jambes et les bras. Ses yeux ont changé d'expression. Sueurs. Sensation de chaleur exagérée. Insomnie.

Le pouls bat 80 pulsations. Tension énorme de la carotide. Résistance électrique, 900 ohms.

Entré à l'électrothérapie le 15 octobre 1891.

3 novembre : le sommeil est meilleur; il n'y pas de modification dans les autres symptômes.

Obs. XIV. — Brod... (Adeline), trente-deux ans, cuisinière.

Début de la maladie, juillet 1890, à la suite d'un orage. Exophthalmie énorme. Goître (le cou mesure 37 centimètres). Palpitations (130 pulsations). Crises d'étouffement. Insomnie, cauchemars. Sueurs. Énervement. Hémi-anesthésie gauche; point ovarique du même côté. La résistance électrique est augmentée de ce côté.

Entrée à l'électrothérapie le 15 octobre 1891.

Le 3 novembre, la malade est déjà améliorée; l'insomnie, l'énervement ont disparu en partie.

En présence de ces résultats, on ne peut nier que le procédé plus ancien de la galvanisation se montre inférieur. De l'aveu même des auteurs qui le préconisent, Erb entre autres, il n'est guère efficace que contre la tachycardie, les autres symptômes n'en étant que peu ou point modifiés.

Un autre motif d'ordre moins important de ne pas employer la galvanisation contre la maladie de Basedow est la possibilité des eschares. Ces eschares, déjà si fréquentes dans les conditions ordinaires, en raison du laisser-aller que prend habituellement une application souvent répétée, deviennent vraiment difficiles à éviter dans cette affection à cause de la diminution considérable de la résistance électrique.

Une malade traitée ailleurs par la galvanisation (observation X) s'est présentée à la Salpêtrière avec une eschare à la partie postérieure du cou. A son dire, à l'hôpital, on avait fini par lui laisser le soin de s'électriser elle-même. Une autre malade avait des eschares sur les paupières supérieures.

Enfin, il est facile de prévoir ce qu'il arriverait si l'on suivait le procédé, conseillé par l'auteur d'un manuel, qui consistait à faire traverser la région cervicale pendant dix minutes par le courant de vingt éléments au sulfate de cuivre. Le courant pourrait avoir, dans le cas d'un malade à résistance fortement diminuée, une intensité de 20 à 30 milliampères, c'est-à-dire aurait dépassé l'extrême limite des intensités employées en électrothérapie.

DE LA MORBIDITÉ ET DE LA MORTALITÉ PAR PROFESSIONS

ÉTUDE ACCOMPAGNÉE D'UNE NOUVELLE TABLE DE MORTALITÉ PAR PROFESSIONS, CALCULÉE D'APRÈS LES ANNUAIRES STATISTIQUES DE LA VILLE DE PARIS, 1885-1889.

Par M. le docteur Jacques Bertillon.

(Mémoire communiqué à la Société de médecine publique.)

Conclusions. — Au cours de cette étude, nous avons dû adopter l'ordre suivi dans les différentes nomenclatures de profession adoptées par les statistiques. Nos conclusions seront plus faciles à formuler et prendront un caractère plus général si nous suivons un ordre plus approprié aux vues de l'hygiène.

Les professions, considérées au point de vue de leur degré de salubrité, peuvent être classées sous les chapitres suivants (1) :

1. *Professions exposant l'homme aux intempéries, tout en le contraignant au repos.* — Telles sont notamment les professions de cocher, et, à un moindre degré, de charretier. Nous avons vu que ce sont les plus malsaines de toutes.

2. *Professions exposant l'homme aux intempéries, mais sans le contraindre au repos.* — Autant les précédentes sont dangereuses, autant celles-ci sont généralement salubres; telles sont les professions de cultivateur, maraîcher, pépiniériste, garde-chasse, etc. Les pêcheurs sur mer, les bateliers rentrent à certains égards dans cette catégorie.

3. *Professions exposant l'homme à respirer des poussières dures, mais à l'air libre.* — Tels sont les tailleurs de pierre, marbriers, praticiens-sculpteurs, etc., les carriers, dont la mortalité est très élevée. Les maçons, les couvreurs en tuile et ardoise, etc., qui se rattachent jusqu'à un certain point à cette catégorie, ont une mortalité un peu moindre que les précédents.

4. *Professions exposant l'homme à respirer des poussières dures, mais dans l'air confiné.* — Ces professions exposent à une mortalité au moins aussi élevée que celle de la catégorie précédente, quelle que soit la nature de la poussière respirée, que celle-ci soit métallique (machines et outils, serruriers, armuriers, instruments de précision ou de chirurgie, couteliers, fabricants d'aiguilles, etc.), ou qu'elle soit rocheuse (potiers, etc.), ou qu'elle

---

(1) M. Ogle, devant le Congrès de démographie de Londres (1891), a admis les sept catégories suivantes : 1° travaux qui s'exécutent dans une position ramassée, et spécialement ceux qui opposent un obstacle à l'action des organes thoraciques; 2° surmenage, et spécialement efforts musculaires et mouvements soudains; 3° industries qui emploient des substances nuisibles telles que le plomb, le phosphore, le mercure, des objets souillés, etc.; 3° travaux qui s'exécutent dans des locaux mal ventilés et surchauffés; 5° excès alcooliques; 6° probabilité d'accident; 9° exposition à l'inhalation des poussières de diverses natures.

Cette division du sujet s'éloigne peu de celle que nous adoptons.

M. le professeur Proust (*Traité d'hygiène*) divise les professions suivant la nature des accidents pathologiques qu'elles peuvent provoquer. Quoique cette classification soit très logique, surtout au point de vue médical, nous n'avons pu la suivre que d'assez loin dans cette étude, parce que nous avons surtout recherché le degré de nocivité des différentes professions.

soit d'origine animale (brossiers, poils et crins, coiffeurs, etc.). Notre secrétaire général, M. Napias, a montré quels dangers faisaient courir aux ouvriers les poussières dures, de quelque nature qu'elles fussent, et il a montré comment on peut les en garer soit par la ventilation, soit par l'emploi de l'eau. L'excellence de ce moyen de protection est prouvée par les courbes saisissantes que M. Napias a jointes à son travail (1).

5. *Professions exposant l'homme à respirer des poussières molles.* — Ces professions sont généralement moins insalubres que les précédentes (meuniers, boulangers, filateurs, ramoneurs, etc.).

6. *Professions exposant l'homme à une chaleur exagérée, à la fumée, à la vapeur, etc.* — Les forgerons jouissent d'un état sanitaire satisfaisant à Paris, moins satisfaisant en Angleterre et surtout en Suisse. Les mécaniciens ont une mortalité moyenne. Les boulangers doivent sans doute leur mortalité un peu élevée aux poussières qu'ils respirent; les verriers et cristalliers aux substances qu'ils travaillent.

7. *Professions exposant l'homme à absorber des substances nuisibles.* — Telles sont les professions qui exposent au saturnisme (tels sont, selon la fréquence de l'empoisonnement : les fabricants de limes, les peintres, les potiers, les plombiers, les imprimeurs, etc.), les professions qui exposent à l'absorption du phosphore, du mercure et autres poisons minéraux ou à l'absorption de poisons végétaux (tobacconists), ou encore celles qui mettent l'homme en contact avec des matières corrompues (bouchers, tanneurs, etc.). La mortalité dans ces différentes professions est généralement considérable.

8. *Professions exposant l'homme à la tentation de l'alcool.* — En premier lieu, il faut classer ici les marchands de vin et hôteliers, dont la mortalité à Paris paraît moindre qu'en Suisse ou en Angleterre. Les brasseurs anglais ont une mortalité moindre, quoique encore très élevée.

9. *Professions exposant l'homme à de nombreux accidents.* — Les mineurs de charbons et de fer auraient une mortalité extrêmement favorable sans les nombreux accidents qui les déciment. Il en est de même des pêcheurs sur mer. Les mineurs cornouans et les carriers sont très exposés aux accidents, mais d'autres causes de mort très actives élèvent leur mortalité.

10. *Professions sédentaires.* — Parmi elles, il en est de très favorisées, et d'autres au contraire qui sont très frappées par la mort. L'état sanitaire de ces professions paraît dépendre notamment de ce que beaucoup d'entre elles sont exercées dans l'air confiné; il dépend aussi de ce que ceux qui les exercent sont recrutés parmi les plus faibles de la population. Parmi les professions sédentaires où la mortalité est faible, il faut citer les fruitiers, les épiciers, etc.; au contraire les marchands de nouveautés, les marchands de poisson, etc., sont soumis à une mortalité moyenne. Les tailleurs sont soumis à une mortalité élevée, qui paraît moindre pour les cordonniers, les horlogers, les graveurs, etc.

Les banquiers, changeurs et leurs employés seraient soumis, d'après les quatre tables, à une mortalité supérieure à la moyenne, mais nous n'avons cependant admis ce résultat qu'avec réserve.

10. *Professions libérales.* — En général l'exercice de ces professions suppose une certaine aisance; aussi sont-elles presque toutes soumises à une mortalité faible. Les prêtres, les magistrats, les instituteurs publics ont une mortalité des plus modérées. Les avocats, les officiers ministériels et leurs clercs, les architectes, les ingénieurs, ont une mortalité inférieure à la moyenne. Les médecins de Paris ont une mortalité très faible, tandis qu'en Suisse et en Angleterre leur mortalité dépasse la moyenne.

La table de mortalité par professions que nous avons calculée d'après les documents parisiens, et qui est la première qui ait été faite en France, ne peut être acceptée qu'avec réserve, étant soumise, comme les autres tables de mortalité, à de notables chances d'erreur. Cette table confirme presque en tout points les résultats obtenus d'après les documents anglais et suisses.

(1) H. Napias. Note sur les poussières industrielles. Principes d'assainissement des industries à poussières. (*Bull. de la Soc. industrielle de Rouen*, 1884.)

NOTE SUR L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE OU INFLUENZA QUI A SÉVI A ANGERS PENDANT LES MOIS D'OCTOBRE ET DE NOVEMBRE 1891

Par le docteur E. Briand,
Professeur suppléant à l'École de médecine d'Angers.

L'année 1891 aura été, en France, une date mémorable dans l'histoire de la grippe. Comme en 1889, la généralisation de la maladie, sa gravité dans certains lieux, sa bénignité dans d'autres frapperont les observateurs futurs.

Dans ces circonstances, n'est-il pas utile que les médecins d'aujourd'hui apportent pour l'histoire de l'avenir les quelques matériaux qu'ils ont en leur possession? Ne doit-on pas tout au moins faire œuvre de bonne volonté?

Voilà pourquoi j'ai l'intention d'exposer ici le résultat de mes observations (1) personnelles dans la ville d'Angers, pendant les mois d'octobre et de novembre 1891.

En même temps, je me rends parfaitement compte qu'il m'est impossible de citer chaque cas en particulier, en raison du grand nombre des personnes atteintes.

Une simple vue d'ensemble suffira, je pense, pour donner une idée de cette épidémie, montrer quels ont été les symptômes communs, quels caractères particuliers elle a pris et comment elle se rapporte ou diffère des épidémies antérieures.

Étudiée au point de vue des symptômes communs, la maladie a toujours présenté (je ne parle que des malades obligés à garder le lit) :

Début brusque, fièvre intense pendant les premiers jours, céphalalgie, tantôt embrassant la tête entière, tantôt limitée en un point, à un côté seulement, à un orbite. En même temps douleurs de reins, vomissements, quelquefois colique et diarrhée; courbature.

L'expectoration, nulle dans certains cas, a été souvent sanguinolente et même purulente.

Tous les symptômes observés peuvent être classés sous quatre formes :

1° Forme gastrique, seule ou associée à la suivante;
2° Forme pulmonaire;
3° Forme nerveuse;
4° Forme rhumatismale.

Mes observations portent sur près de 300 malades dont j'ai pris l'histoire.

1° La forme gastrique a présenté quelques analogies avec la fièvre muqueuse. Dans plusieurs cas, il y a eu des épistaxis et des diarrhées fétides.

2° La forme pulmonaire a donné lieu à des bronchites, congestions pulmonaires et broncho-pneumonies, jamais à des pneumonies franches.

3° Chez des jeunes filles le début a été marqué par des douleurs de tête extrêmement violentes, avec tendance à la syncope et par des convulsions.

4° La forme rhumatismale limitée aux lombes ou étendue aux articulations, aurait pu faire hésiter le diagnostic si la coïncidence de la maladie dans la même famille et les symptômes communs n'étaient venus nous éclairer.

De plus, mais surtout chez les enfants, la maladie a sou-

(1) Je ne fais allusion qu'à mes malades.

vent commencé par une inflammation de l'arrière-gorge.

Au point de vue de la durée et de la marche de la maladie, il m'est difficile d'être précis tant la grippe m'a paru être modifiée par le mode de traitement.

Dans tous les cas où immédiatement j'ai pu administrer: 1° un purgatif; 2° du sulfate de quinine chaque jour à la dose de 50 à 60 centigrammes, en une seule dose, la maladie, en général, était diminuée vers le sixième ou septième jour (1). Toutes les fois que l'intervention médicale n'avait lieu que vers le cinquième ou sixième jour, la grippe se prolongeait avec une fièvre à forme rémittente ou intermittente et la quinine n'avait qu'une action incertaine ou passagère.

Sur mes trois cents malades, je n'ai pas eu un cas de mort (2). Je l'attribue un peu au hasard, mais beaucoup au mode de traitement et à une intervention hâtive.

L'influenza, pendant les deux mois d'octobre et de novembre, a donc été à Angers, suivant moi, remarquable par sa bénignité.

Elle s'est distinguée des autres épidémies par l'absence de certains symptômes, comme le coryza qui a été rare chez mes malades, par une forme rhumatismale très tranchée, et par une forme gastro-intestinale ayant beaucoup d'analogie avec la fièvre muqueuse.

Chez certains malades, j'ai eu aussi des sueurs abondantes.

J'ajouterai les observations suivantes :

L'âge de mes malades a varié de cinq à soixante-quinze ans. Je n'ai pas observé la maladie chez des enfants au-dessous de cinq ans. Je n'ai constaté ni éruptions de la peau, ni gonflement de la rate, ni albuminurie.

J'affirme avoir vu des cas de contagion manifeste.

Toutes les personnes atteintes d'une tare pathologique (maladie de cœur, diabète, etc.) n'ont offert qu'une faible résistance, et les cas de mort, signalés par mes confrères, ont porté surtout sur ce genre d'individus en même temps que sur ceux qui s'étaient abstenus de toute médication.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir conclure que, dans la grippe, si on agit, dès le début : 1° par des purgatifs; 2° par du sulfate de quinine, pris pendant plusieurs jours consécutifs à la dose minimum de 50 centigrammes chaque jour, et en une seule fois, la maladie a presque toujours une issue favorable.

C'est, du moins, l'enseignement qui découle de mes observations pendant les deux mois d'octobre et novembre 1891.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Technique instrumentale concernant les sciences médicales (3), par G. Mergier.

L'Exposition de 1889 a été le point de départ de cette publication. L'auteur s'est adjoint comme collaborateurs MM. Masuy, Audoin et de Grandmaison, anciens internes de nos hôpitaux. Grâce à cette collaboration, tous les instruments si nombreux et si variés qui constituent aujourd'hui le fond de tous les laboratoires des Facultés de médecine, ont pu être étudiés les uns après les autres dans leur technique particulière.

Cet ouvrage est utile à ceux que la physiologie intéresse, étudiants ou médecins; il est également précieux pour ceux qui, avant la pratique, veulent se familiariser avec les divers instruments de chirurgie, qui chaque jour se perfectionnent et se compliquent davantage.

Aide-mémoire de pathologie générale et de bactériologie (1), par le professeur Paul Lefert.

Les « Aide-mémoire de Lefert » continuent à paraître régulièrement et sont aujourd'hui entre les mains de tous les étudiants à qui ils rendent de grands services en leur permettant de revoir les matières de leurs examens. Les praticiens, qui n'ont pas le temps de lire de gros volumes, ont accueilli avec une faveur non moins marquée ces petits volumes où l'auteur et les éditeurs ont réalisé un véritable tour de force en faisant tenir autant de connaissances en de petits volumes aussi élégants et aussi portatifs.

L' « Aide-mémoire de pathologie générale », qui vient de paraître, ne rendra pas moins de services que ses aînés.

C'est l'exposé très clair des conquêtes les plus récentes de la bactériologie.

Les descriptions, en style télégraphique, sont réduites au strict nécessaire; elles sont pourtant très exactes, très au courant et très complètes.

Comme précédemment on retrouve consignées dans cet aide-mémoire les idées professées par les maîtres de nos écoles et l'on retrouvera à chaque page les noms de Pasteur, Bouchard, Cornil, Straus, Charcot, Grancher, Hayem, Peter, Jaccoud, Laveran, Germain Sée, Potain, Verneuil, Hallopeau, Brissaud, A. Robin. — Lépine, Teissier (de Lyon). — Picot (de Bordeaux). — Grasset (de Montpellier). — Leloir (de Lille). — Macé (de Nancy), etc.

De l'entérite chronique paludéenne ou diarrhée de Cochinchine (2), par le docteur de Santi, médecin-major.

Cet ouvrage est non seulement une contribution originale à la pathologie coloniale, mais encore, comme l'indique son sous-titre, un essai d'interprétation de la pathologie des régions paludéennes intertropicales. A ce titre, il éclaire d'un jour nouveau le domaine confus des maladies exotiques.

L'auteur, atteint lui-même de l'affection qu'il décrit, a recueilli, pendant l'expédition du Tonkin, les matériaux de ce travail. Il établit que la diarrhée de Cochinchine n'est autre chose qu'une forme de dysenterie chronique et que ces deux affections ne sont elles-mêmes, dans les grands foyers de paludisme intertropical comme l'Indo-Chine, que des conséquences indirectes de l'impaludation. Le mécanisme des altérations de l'intestin sous l'influence du paludisme est étudié avec soin et d'une façon absolument neuve et originale. L'anatomie pathologique et la symptomatologie confirment l'unité nosologique énoncée par l'auteur. Parmi les symptômes, une part très grande et toute nouvelle est faite aux phénomènes de septicémie intestinale qui sont la conséquence des modifications cliniques des liquides digestifs. Enfin le traitement, envisagé au triple point de vue de la prophylaxie, de l'hygiène et de la thérapeutique, met en lumière l'importance de l'eau d'alimentation dans la genèse de la maladie et de l'antisepsie intestinale dans sa guérison.

Cet ouvrage rendra les plus grands services aux médecins de la marine, aux administrateurs sanitaires coloniaux et à tous ceux qui sont condamnés à vivre dans les régions paludéennes des climats chauds.

---

(1) Mais elle laissait après elle de la toux et un abattement général, variable suivant les sujets.

(2) Tous mes confrères n'ont pas été aussi heureux, si j'en juge par le chiffre de la mortalité, qui a doublé pendant ces deux mois.

(3) Gr. in-8°. Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

(1) 1 vol. in-19 de 300 pages, cartonné. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Rueff.

Annuaire de l'internat (1).

La cinquième édition de l'« Annuaire de l'internat en médecine et chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris », qui vient d'être publiée par les soins de l'Association des internes et anciens internes, a été complètement remaniée et corrigée aussi exactement que possible.

Pour les résidences des internes dans les départements, l'Association a eu recours à l'obligeance de collègues demeurant dans les différents centres de la province et qui ont bien voulu servir désormais de correspondants de l'Association. Tous les cinq ans paraîtra une nouvelle édition générale de l'Annuaire; tous les ans un fascicule complémentaire sera publié en même temps que le compte rendu de l'Association.

Vade-mecum d'obstétrique (2), par le docteur A. Duhrssen.

L'auteur de ce petit livre — que nous fait connaître une très bonne traduction de M. le docteur Ch. Van Aubel — a eu l'intention de présenter à l'étudiant une introduction aux études obstétricales, et au praticien un guide abrégé. Les vues théoriques y occupent donc une faible place, tandis que les côtés pratiques et la partie opératoire y ont reçu un plus grand développement. La pratique de l'antisepsie est exposée dans tous ses détails.

Le docteur Duhrssen a décrit complètement la pathologie et la thérapeutique de l'accouchement. Des affections de la pathologie de la grossesse, il ne détaille que celles qui nécessitent soit un diagnostic, soit un traitement immédiat. La pathologie des suites de couches est surtout étudiée au point de vue thérapeutique. La physiologie de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches est indiquée dans ses grands traits et uniquement pour en faciliter l'étude dans les traités.

Il est juste de signaler les dessins schématiques dont une partie a été faite par M. Seeger, candidat en médecine.

Ce court exposé suffit à montrer la valeur de ce vade-mecum d'obstétrique, dont la première édition a été épuisée en trois mois.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1891-1892.

1. M. Parod. Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde. De l'importance de quelques causes adjuvantes. — 2. M. Brandes. Contribution à l'étude de l'excision du chancre syphilitique. — 3. M. Larcena. Des tachycardies (étude clinique et physiologique). — 4. M. Buscarlet. La greffe chez l'homme et l'implantation d'os morts. — 5. M. Monsarrat. Des scolioses myélopathiques (étude de séméiologie). — 6. M. d'Haussy. Du tamponnement intra-utérin dans le traitement des hémorrhagies de la délivrance. — 7. M. Casset. Récidive de fièvres intermittentes par traumatisme puerpéral. — 8. M. Deering. Traitement de la morphinomanie par suppression brusque. — 9. M. Lemière. De la suppuration. — 10. M. Prost. Contribution à l'étude des myopathies syphilitiques. — 11. M. Raffi. De la pathogénie clinique de la suppuration des kystes hydatiques du foie. — 12. M. Berliawsky. Étude critique sur les différents traitements employés dans le cas de delirium tremens. — 13. M. Trouillet. Le lycée Saint-Louis. Son histoire. Quelques remarques au point de vue de l'hygiène scolaire. — 14. M. Peyrou. Etude des variations de la capacité respiratoire du sang; applications thérapeutiques. — 15. M. Anglade. Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale progressive. — 16. M. Allaire. Contribution à l'étude du polyadénome et épithéliome intra-glandulaire. — 17. M. Meurisse. Le haschisch. — 18. M. Godinho. De la syphilis conceptionnelle (syphilis précoce, syphilis tardive). — 19. M. Lespérance. Contribution à l'étude du souffle présystolique inorganique de l'insuffisance aortique. — 20. M. Fruchaud. Des luxations métacarpo-phalangiennes irréductibles des quatre derniers doigts. Pathogénie et traitement par l'arthrotomie à ciel ouvert. — 21. M. Boulard. Recherches sur l'urémie dans les fièvres. — 22. M. Monnier. Quelques considérations sur l'emploi des injections d'eucalyptol iodoformé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — 23. M. Chamozzi. De l'énucléation intra-glandulaire des goîtres solides. — 24. M. Le Camus. De la rigidité syphilitique du col de l'utérus comme cause de dystocie : sclérose syphilitique du col. — 25. M. Schtein. Contribution à l'étude de l'entérite des enfants et de son traitement. — 26. M. Fort. Contribution à l'étude des arthropathies tabétiques. — 27. M. Greiner. Contribution à l'étude du pyo-pneumothorax tuberculeux et de son traitement. — 28. M. Hervouet. Emploi de la morphine dans les maladies du cœur. — 29. M. Royer. Traitement du rhumatisme articulaire aigu et subaigu par l'antipyrine. — 30. M. Lerat. Contribution à l'étude des hémoptysies et des hémorrhagies par l'anus, liées aux crises douloureuses thoraciques et rectales de l'ataxie locomotrice progressive. — 31. M. Lugan. Contribution à l'étude de la grippe. — 32. M. Monnier. Essai sur la pathogénie des abcès du sein post-puerpéraux. — 33. M. Audureau. Étude de l'obstétrique pendant le moyen âge et la Renaissance. — 34. M. Muller. Étude sur la pleurésie des vieillards. — 35. M. Tolmer. Du pneumothorax partiel inférieur à symptômes péritonéo-pleuraux.

(1) In-8°. Prix : 4 francs; le prix est réduit à 2 fr. 50 (3 francs, envoyé franco directement) pour les membres de l'Association qui en feront la demande aux éditeurs. — Paris, G. Steinheil ou Asselin et Houzeau.

(2) Un vol. in-12. — Liège, Marcel Nierstrasz, éditeur.

Si beaucoup de gens ignorent que les aveugles peuvent lire, écrire et exercer avec succès quelques professions les mettant à même de gagner honorablement leur vie, les médecins ne l'ignorent pas. Ils savent qu'il existe, grâce surtout à l'initiative privée, un certain nombre d'écoles et d'ateliers pour les aveugles. Malheureusement, ces institutions ne sont souvent connues que de nom. Ceux pour qui on les a fondées ont besoin d'être informés du but spécial que se propose chacune d'elles, aussi bien que de la marche à suivre pour y être admis.

Il y a là beaucoup de bien à faire, beaucoup de vies à transformer moralement et matériellement par le travail.

C'est un des résultats que poursuit l'Association Valentin Haüy pour le bien des aveugles. Les médecins, toujours prêts à faire acte de dévouement éclairé, peuvent rendre les plus grands services à cette intéressante Association.

Il est peu de médecins qui ne connaissent quelque enfant plus ou moins complètement privé de la vue. Il leur appartiendrait de « décider » la famille à se séparer du petit infirme, fille ou garçon, et à le faire élever; puis de « signaler » cet enfant à l'Association Valentin Haüy, dont le siège est à Paris, 14, avenue de Villars. M. Maurice de la Sizeranne, secrétaire général, se mettrait immédiatement en rapport avec les aveugles ou les parents d'aveugles pour leur être utile et les guider dans leurs démarches.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle le mardi 15 décembre 1891, à trois heures, sous la présidence de M. Tarnier.

— La séance publique annuelle de l'Académie des sciences aura lieu le lundi 21 décembre, à une heure, sous la présidence de M. Duchartre.

— M. Henri Roger a légué à l'Académie de médecine une rente de 500 francs, destinée à la fondation d'un prix quinquennal de 2500 francs, qui sera distribué au meilleur ouvrage publié sur la médecine des enfants.

— La Faculté de médecine de Lyon vient de faire une grande perte. M. Léon Tripier, professeur de clinique chirurgicale, a succombé, à l'âge de quarante-neuf ans, à la rupture d'un anévrysme.

— Une médaille d'argent de deuxième classe a été décernée à M. le docteur Leloir (de Lille), pour acte de courage et de dévouement.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique de manipulations de physique, à l'usage des étudiants en médecine, par G.-E. Mergier, préparateur des travaux pratiques de physique à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de la Faculté; précédé d'une préface par M. le professeur C.-M. Gariel.— *Optique.*— 1 vol. in-12.—Prix: 4 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Les nouvelles maladies nerveuses, par le docteur G. André, chargé du cours de pathologie interne à la Faculté de médecine de Toulouse. 1 vol. in-18 de 360 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Traitement climatérique de la phthisie pulmonaire, par J.-A. Lindsay, traduit et annoté par le docteur P. Lalesque, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 250 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Leçons sur les maladies de l'oreille, faites à l'hôpital des Enfants-Malades (service de M. le professeur Grancher), par le docteur P. Hermet. 1 vol. in-8° de 300 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée sous la direction de M. le docteur Jules Rochard. T. IV, fasc. xix. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vve Babé et Cie.

Sur une arthrite spéciale du pied avec déformation, observée chez les vélocipédistes, par le docteur Ch. Lavielle. 1 br. in-8° de 35 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

De l'asepsie en chirurgie oculaire et compte rendu des opérations pratiquées en 1890, par le docteur A. Bourgeois. 1 br. de 20 pages avec figures dans le texte. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 145. — SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1891. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Dyspepsie nervo-motrice de l'intestin, par Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Dyspepsie (1) nervo-motrice de l'intestin.

Par Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux.

Dans la revue qui va suivre nous nous sommes préoccupé seulement de tracer un tableau sommaire de la dyspepsie nervo-motrice de l'intestin, de montrer ses rapports avec la dyspepsie motrice de l'estomac, et de faire voir comment les diverses formes cliniques se lient les unes aux autres, par quelle parenté étiologique sont unis les accidents observés. Il nous a été impossible d'entrer dans le détail; notre exposé doit être clair avant tout, clair plus que complet.

I

Les vices de fonctionnement de l'estomac sont beaucoup mieux connus que les vices de fonctionnement de l'intestin. La principale raison de cela, c'est que l'estomac est directement accessible à l'exploration. On peut, par la palpation et la percussion, déterminer quelles sont ses dimensions, savoir si les liquides séjournent dans sa cavité un temps exagéré. Par la sonde ou le siphon, on peut extraire une certaine quantité de son contenu au cours même de la digestion et rechercher quelles sont, dans tel ou tel cas, les qualités du suc gastrique, savoir si la sécrétion de la muqueuse s'éloigne plus ou moins de ce qu'elle doit être à l'état normal.

Les opérations chimiques, dont l'intestin est le théâtre, échappent à l'exploration immédiate. Cependant il est probable que c'est dans sa cavité, sous l'influence du suc pancréatique et de la bile, que se produisent les actes les plus importants de la digestion. C'est dans l'intestin encore que se fait, sinon uniquement, au moins principalement, l'absorption.

(1) Nous donnons au terme de dyspepsie son acception la plus large : trouble morbide dans l'accomplissement des fonctions des voies digestives, depuis l'entrée de l'aliment dans l'estomac jusqu'à l'expulsion des résidus non utilisés.

Les résultats des opérations si importantes qui ont lieu dans l'intestin, ne nous sont connus que par la nature des déjections, fécales et urinaires. L'urée mesurée dans l'urine est un indice important de la façon dont se font l'assimilation et la désassimilation des substances azotées. Quant aux matières fécales, on s'en rapporte bien souvent aux simples déclarations du malade. Il faut un certain courage pour les examiner de visu; il faut un courage beaucoup plus grand encore pour les étudier chimiquement; il faut pour cela, de plus, des notions spéciales, un outillage et du temps, beaucoup de temps.

Récemment, van Noorden (1) a fait un certain nombre de recherches dans ce sens. Il a estimé la quantité d'azote ingérée par les aliments, la quantité d'azote rejetée par les urines après avoir fait partie intégrante de l'organisme, la quantité d'azote éliminée par les matières fécales sans avoir été absorbée. Il a pu voir, par exemple, que, chez des individus dont le fonctionnement chimique de l'estomac était très faible, l'élaboration des substances azotées s'était faite, cependant, dans des conditions suffisantes pour maintenir la nutrition en équilibre.

Rappelons ici encore quelles notions importantes a recueillies M. le professeur Bouchard par ses recherches des alcaloïdes toxiques dans les matières fécales.

Il reste donc beaucoup à faire dans l'étude des troubles du fonctionnement de l'intestin, c'est-à-dire dans l'étude de ce qu'on peut appeler, d'une façon synthétique, la dyspepsie intestinale.

Depuis quelques années, cependant, un réel progrès a été réalisé et l'on tend à associer l'intestin à l'estomac dans la responsabilité des phénomènes dyspeptiques. M. G. Sée a attiré l'attention sur l'importance de la dyspepsie ou de la pseudo-dyspepsie gastro-intestinale. Dans un travail publié en commun avec lui, travail dans lequel nous avons surtout décrit ce qu'on a depuis attribué à la neurasthénie, nous avons insisté sur la coïncidence, le parallélisme fréquent des manifestations gastriques et intestinales. La plupart des faits, dont nous nous sommes occupés, sont de l'ordre de ceux qu'il faut, avec Beard, M. Charcot et son école, M. Bouveret (2), ranger parmi les déterminations de la neurasthénie, qui se confond à la limite avec la disposition particulière que les uns dénomment arthritisme, les autres herpétisme (Lancereaux). A ce point de vue, l'expres-

(1) VAN NOORDEN. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1890, pp. 137, 152 et 514.
(2) BOUVERET. *La neurasthénie*, Paris 1890.

sion neuro-arthritisme, usitée par notre maître M. Landouzy, a de grands avantages.

MM. Bouchard et Legendre ont montré les rapports de la dilatation de l'estomac et de l'obstruction cæcale. M. Trastour (de Nantes) a signalé la coïncidence de la gastrectasie et de la dilatation du côlon. M. G. Sée et moi, connaissions déjà la fréquence de la dilatation du cæcum chez les dilatés de l'estomac, nous avions vu aussi et remarqué les alternatives assez fréquentes de manifestations gastriques et intestinales chez nos malades.

Sous le nom d'entéroptose, M. Glénard a réuni tous les faits de cet ordre. Il a montré leurs relations avec la tendance au flottement des organes, avec la néphroptose (rein flottant), en particulier. Pour ce qui est de l'intéressante doctrine de l'entéroptose, nous renverrons à une de nos Revues générales qui l'expose d'une façon autorisée et complète (1). Signalons encore un travail de M. Malibran sur l'atonie intestinale.

Nous ne voulons pas insister davantage, n'ayant d'autre but que de faire voir, par ce court préambule, combien on a tendance actuellement à s'occuper de l'ensemble des phénomènes que nous décrirons sous le nom de dyspepsie intestinale nervo-motrice.

II

On ne peut pas calquer la description de la dyspepsie intestinale sur celle de la dyspepsie gastrique. Quand il s'agit de l'estomac, on peut, en donnant au terme dyspepsie sa signification la plus large, considérer les divers éléments suivants :

Phénomènes moteurs;
— sensitifs;
— chimiques;
— d'absorption;
— de retentissement à distance.

L'étude des phénomènes chimiques de la digestion stomacale a servi de base à un véritable remaniement des dyspepsies. Il ne peut pas en être de même pour l'intestin ; en effet, c'est aux dépens des glandes annexes, le foie et le pancréas, que se font les opérations chimiques.

Il est douteux que le suc entérique y participe d'une façon effective.

Thiry, à la suite de ses expériences, avait admis que le suc intestinal, sans action sur les substances grasses et les substances amylacées, dissolvait la fibrine. Cette dernière action n'a été retrouvée ni par Quincke chez le chien, ni par Demant chez l'homme. Pour Hoppe-Seyler, il n'y aurait pas de sécrétion spéciale des glandes de Lieberkühn ; leur seul rôle serait d'augmenter la surface de résorption de l'intestin. Pour d'autres auteurs, le suc intestinal serait destiné à saturer, par son carbonate de soude, l'acide chlorhydrique de l'estomac. Il y aurait une sorte de balancement entre la sécrétion stomacale et la sécrétion entérique, celle-ci devant neutraliser celle-là (2).

Les troubles de l'absorption sont mal connus.

Nous ne voulons retenir ici que les troubles de nervomotricité et de sécrétion de l'intestin indépendants de toute lésion organique. Par leur groupement, leur prédominance, ces phénomènes donnent naissance à des types cliniques d'observation plus ou moins fréquente.

(1) J. Cuilleret. *Gaz. des hôpit.*, 1888, p. 1005.

(2) Bunge. *Cours de chimie biologique et pathologique*, trad. Jaquet, p. 183.

Nous passerons successivement en revue :

La dyspepsie intestinale à forme gazeuse;
La dyspepsie intestinale à forme douloureuse;
Les accidents qui dérivent de la constipation habituelle;
La dilatation du gros intestin;
La diarrhée nerveuse (1).

III

Dyspepsie intestinale a forme gazeuse. — Il s'agit, en réalité, de la forme gastro-intestinale que nous avons décrite dans une précédente Revue (2). C'est une forme fréquente, d'observation presque banale. Les personnes qui en sont atteintes éprouvent, le plus souvent immédiatement après le repas, une véritable sensation de bien-être : M. Charcot insiste fréquemment sur ce point. Lorsqu'il s'agit de neurasthéniques, ils voient disparaître à ce moment les sensations désagréables dont ils souffrent habituellement. Cela ne dure pas. Au bout d'une demi-heure à une heure il survient du ballonnement du ventre, une sensation de pesanteur, de malaise abdominal. Il y a de la tuméfaction non seulement dans la région épigastrique, mais même de tout l'abdomen. Les malades respirent difficilement, ils ont de la rougeur de la face, de la pesanteur de la tête, ils sont incapables de tout travail intellectuel. Il survient alors des renvois qui les soulagent momentanément. A l'examen du ventre, on trouve l'estomac distendu, clapotant. L'amélioration se produit au bout d'une à deux heures. Au repas suivant, la même scène se reproduit.

Au bout de quelque temps, les choses s'aggravent. Il y a non seulement des renvois gazeux, mais des aigreurs, non seulement une sensation de pesanteur et de tension, mais de véritables douleurs, de la brûlure à l'épigastre, des crampes gastriques.

La constipation est habituelle chez ces malades, et l'on peut chez eux observer des phénomènes semblables à ceux que nous décrirons plus loin à propos des formes dans lesquelles prédominent la constipation et ses suites. Il n'y a pas, cela va de soi, de limite marquée entre les diverses formes cliniques que nous passons en revue. Ce que nous séparons, est souvent réuni dans la nature, et ces divisions n'ont de raison d'être que pour la description. Il ne faut pas leur attribuer une importance excessive.

(1) La diarrhée nerveuse résulte sans doute autant d'une sécrétion que d'une motricité exagérée. Il est difficile, cependant, de la séparer des accidents dus plus spécialement à l'élément nervo-moteur. On sait que la question du rôle réciproque de la motricité et de la sécrétion, dans la diarrhée et la purgation, est encore en litige. Il est probable que, de même qu'il y a pour l'estomac des troubles de sécrétion liés à des troubles de motilité, il y a pour l'intestin, et plus particulièrement encore pour le côlon, en même temps que des troubles nervo-moteurs, atoniques et spasmodiques, des troubles en rapport avec un vice de fonctionnement de l'appareil vaso-moteur.

Ce qui nous importe ici surtout, c'est l'élément névropathique primordial de ces diverses manifestations, et nous tenons plus à la vérité clinique qu'à l'exactitude pathogénique, alors que la pathogénie est encore pleine d'obscurité.

(2) A. Mathieu. Les phénomènes nervo-moteurs de la dyspepsie gastrique, *Gaz. des hôpit.*, 1888.

à ce propos que M. Jaccoud (1) déclare avoir observé un fait semblable chez un hystérique, en dehors de toute possibilité de simulation.

Les malades de Cherchewsky étaient tous des neurasthéniques.

Les phénomènes qu'ils ont présentés sont, en somme, l'exagération de ce qu'on rencontre communément dans la forme que nous avons qualifiée de gazeuse.

Dilatation de l'intestin. — Il s'agit, en réalité, surtout de la dilatation du côlon, et comme pour l'estomac, tantôt de la simple distension gazeuse, tantôt de la dilatation avec stase des liquides et clapotage.

La dilatation du côlon se produit fréquemment en même temps que celle de l'estomac. Peut-être peut-on s'expliquer cela par une application très simple de la loi de répartition des pressions dans des vases communiquants. L'intestin grêle, par ses deux extrémités, vient s'aboucher dans deux réservoirs, l'estomac et le côlon, dont les dimensions sont notablement supérieures aux siennes. Si l'on suppose l'existence d'une certaine quantité de gaz séjournant avec une certaine tension dans le tube digestif, on comprend que la pression totale supportée pour une même longueur par l'estomac et le côlon, sera beaucoup plus considérable que pour l'intestin. Ce sont donc ces deux réservoirs qui auront la tendance la plus grande à se laisser distendre.

Quoi qu'il en soit de cette explication physique, on voit souvent la distension de l'estomac coïncider ou alterner avec la distension du côlon. Souvent il est, pour cela, difficile de limiter à sa partie inférieure la sonorité stomacale, bien que le timbre et la hauteur de la sonorité colique soient différents du timbre et de la hauteur de la sonorité gastrique.

Quand il y a des liquides à la fois dans l'estomac et dans le côlon, la même difficulté se retrouve. Cependant, lorsqu'on pratique la succussion totale, on peut faire assez facilement la différence entre le clapotage des liquides dans l'estomac et le clapotage dans le côlon.

Quand l'estomac est distendu et qu'il y a des liquides seulement dans le côlon, il est difficile parfois d'éviter la confusion. M. Thiébault (2) en cite deux cas très démonstratifs. Au lieu de l'estomac, qu'on s'attendait à rencontrer, on a trouvé à l'autopsie une énorme dilatation du côlon transverse. L'erreur était très difficile à éviter, parce que le côlon avait des dimensions très supérieures à celles de l'estomac, et les bruits amphoriques, que l'on percevait par la succussion, siégeaient alors dans le gros intestin.

Chez les dyspeptiques qui vomissent, surtout chez les hyperchlorhydriques, chez lesquels l'estomac est fortement dilaté, on peut voir, si les vomissements se suspendent, le clapotage se montrer sur le trajet du côlon. On peut alors annoncer d'avance la survenue d'une débâcle diarrhéique (3).

La dilatation du gros intestin se rencontre souvent chez des malades qui présentent de la colite muco-membraneuse; c'est pourquoi M. Trastour (4), qui décrit la dilatation gastr-colique comme une forme morbide spéciale, est le premier à reconnaître l'analogie qui existe entre ce qu'il a vu et ce que M. Potain avait, peu de temps avant lui, décrit dans le même journal sous le nom de colite chronique.

(1) Jaccoud. *Pathologie interne.*
(2) Thiébaud. Th. de Nancy.
(3) G. Sée et A. Mathieu. *Rev. de méd.*, 1884.
(4) Trastour. *Semaine méd.*, 1887, p. 350

Il trouve chez ses malades les mêmes manifestations à distance, et en particulier les mêmes manifestations nerveuses que M. Potain chez les siens. Rien d'étonnant à cela, ce sont des accidents du même ordre qui surviennent chez des individus à tendance également névropathique.

Quelquefois la dilatation du gros intestin est limitée au cæcum ou prédominante à ce niveau. Cela explique sans doute les relations de la dilatation de l'estomac avec la typhlite, qu'ont signalées MM. Bouchard et Legendre. Pour notre part nous avons, à plusieurs reprises, constaté l'existence de la dilatation cæcale, facile à déterminer, chez des dyspeptiques nervo-moteurs.

La dilatation de l'intestin doit donc prendre place à côté de la dilatation de l'estomac, et on comprend qu'elle puisse, beaucoup mieux encore que cette dernière, donner lieu aux phénomènes d'auto-intoxication, auxquels M. Bouchard attribue un rôle si considérable dans la dilatation de l'estomac.

Diarrhée nerveuse. — Certaines diarrhées nerveuses sont bien connues : celles par exemple qui surviennent à la suite d'une peur, d'une émotion morale vive.

Nothnagel rapporte deux faits bien caractéristiques de diarrhée survenue évidemment chez des névropathes (1).

Un homme de trente-quatre ans, employé de banque, est depuis six ans sujet à des malaises particuliers; le matin surtout, il éprouve de la raideur dans les jambes, une fatigue générale sans cause; une sensation de courbature dans les cuisses et dans les jambes; souvent des vertiges; une tendance marquée à la mélancolie.

Après le premier déjeuner (cacao bouilli dans l'eau), survient une première selle moulée sans douleur; presque immédiatement après, des coliques éclatent et le besoin se fait de nouveau sentir. Une seconde selle plus liquide a lieu. A partir de ce moment, de nouvelles évacuations se succèdent de cinq en dix minutes, de plus en plus liquides; vers la dixième, les selles sont tout à fait aqueuses.

Le malade s'habille alors pour se rendre à son bureau; mais il lui semble à tout moment qu'il ne pourra jamais résister au besoin pressant qui se fait de nouveau sentir; parvenu à son bureau, il trouve enfin le calme pour toute la matinée. Quand il veut sortir pour aller déjeuner, le besoin réapparaît avec douleurs abdominales et coliques. Tout cela disparaît quand il est arrivé au restaurant et qu'il a, à proximité, le water-closet rassurant. A peine a-t-il commencé son repas, qu'il est obligé d'y courir; il survient une selle demi-liquide. Le repas s'achève sans autre incident. Pendant le trajet du restaurant au bureau, le malheureux est talonné par la même crainte et le même besoin. Parvenu au bureau, il est de nouveau sauvé. Même scène le soir au retour à la maison. Il peut alors manger et boire en toute tranquillité; il en est de même quand il est à la campagne.

Toutes les médications ont été épuisées contre cette diarrhée rebelle et particulièrement désobligeante.

Le malade était manifestement un névropathe.

Nothnagel range avec raison cette diarrhée parmi les diarrhées de cause psychique.

Citons encore, du même auteur, l'histoire d'une dame de

(1) Nothnagel. *Beitr. zur Physiol. und Pathol. des Darmes*, 1884.

quarante-trois ans, très nerveuse, plus nerveuse encore depuis plusieurs années, bien qu'il n'y ait pas encore de signe de ménopause. Autrefois, elle était constipée ; depuis trois ans, au contraire, elle est tourmentée par des crises diarrhéiques qui surviennent de la façon suivante :

Le matin, à son lever, elle éprouve une sensation de chaleur sur tout le corps, elle a du vertige, la tête lourde, avec des poussées de chaleur et de rougeur, de l'angoisse ; la respiration est gênée, parfois il y a des palpitations. Au bout de quelques instants, une selle a lieu, normale d'aspect ; tout sentiment de malaise a dès lors disparu. Dans l'espace de quelques heures, jusqu'à dix heures environ, la même scène se renouvelle deux ou trois fois ; la malade est alors tranquille jusque vers cinq heures du soir ; à ce moment, surviennent deux nouvelles selles dans les mêmes conditions. Quelquefois il y a aussi jusqu'à sept selles dans le courant de la journée ; rarement, il n'y en a que trois en tout. Le soir, après la seconde crise, la malade se sent parfaitement, elle a bon appétit. Elle éprouve seulement des sensations fugaces de rougeur et de chaleur vers le haut du corps et la face.

Ce sont là des exemples curieux de diarrhée nerveuse chronique. On pourrait facilement les multiplier. Généralement, toutefois, les selles ne se présentent pas avec la régularité cyclique qui distingue les deux faits précédents.

Une jeune fille de dix-neuf ans, très nerveuse, a depuis des années deux et trois selles liquides par jour. Un jeune homme de vingt-six ans, étudiant en droit, obèse, très nerveux et très hypochondriaque, a, chaque jour, trois ou quatre selles liquides, sans douleurs, sans ténesme. Certaines influences les provoquent facilement, ainsi la fumée de tabac ; la susceptibilité de ce jeune homme est telle qu'il ne peut séjourner dans un endroit où l'on fume, sans être pris presque immédiatement d'un besoin de défécation.

La diarrhée se présente ici dans des conditions analogues à la diarrhée décrite par M. le professeur Fournier chez les tabétiques, et ce n'est pas la seule analogie qui rapproche les symptômes du tabes de ceux de la neurasthénie. Nous avons vu récemment un employé d'une grande administration, qui offre des signes non douteux d'ataxie locomotrice, présenter une semblable diarrhée, monotone et tenace, qui dure depuis vingt ans. Elle a résisté à tous les traitements dirigés contre elle. A tous moments, des besoins de défécation se reproduisent ; les évacuations sont liquides, jaunâtres ; il n'y a aucun phénomène douloureux ; ce qui caractérise surtout cette diarrhée, c'est sa monotonie.

Dans ces conditions typiques, il ne faut évidemment accuser que le nervosisme qui rend trop facile, exagérée, la mise en activité de l'appareil nervo-moteur de l'intestin.

Les diarrhées nerveuses se présentent rarement à l'état chronique comme celles dont nous avons conté l'histoire ; le plus souvent, il s'agit de crises passagères plus ou moins éloignées les unes des autres, dont il est souvent facile, parfois impossible, de déterminer la cause occasionnelle.

Comme condition générale prédisposante après la neurasthénie, il faut citer encore la ménopause, dont M. Trousseau a très bien fait ressortir l'influence au point de vue qui nous occupe. Les femmes, à cette période de leur existence, ont, dit-il, des poussées fluxionnaires vers l'intestin, de la même façon qu'elles ont des rougeurs à la face.

Le goître exophthalmique fournit aussi des exemples fréquents et très nets de semblables diarrhées fluxionnaires (1).

La diarrhée matinale (2), que l'on a attribuée parfois à une sorte d'indigestion, chaque jour répétée, du repas du soir, est, en réalité, souvent aussi la conséquence d'un trouble névropathique.

Elle se rencontre assez souvent chez les malades atteints d'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion gastrique. Il est probable qu'ils vident vers le matin une partie du contenu hyperacide de leur estomac dans leur intestin ; de là une véritable purgation qui se renouvelle chaque jour.

Certaines personnes encore ont de la diarrhée presque immédiatement après le repas ; quelques-unes seulement lorsqu'elles ont ingéré certains mets qui éveillent leur excitabilité intestinale. Il y a, à ce point de vue, des idiosyncrasies parfois bizarres.

IV

Traitement. — Si la revue qui précède a atteint son but, si nous avons montré comment se lient et s'enchaînent les divers accidents dont nous avons fait l'exposé sommaire, une première conséquence pratique, la principale même à notre avis, doit s'en dégager : la nécessité dans le traitement de viser l'état constitutionnel prédisposant, la névropathie.

Ce qui réussit le mieux d'une façon générale, c'est l'hydrothérapie, les douches froides, particulièrement les douches en jet.

La gymnastique, le massage, la climatothérapie sont de nature à rendre des services.

Le rôle des émotions morales, des travaux intellectuels, des préoccupations excessives, étant bien démontré, il en découle une indication bien nette.

Les sédatifs du système nerveux, le bromure, la valériane, peuvent aussi être employés. Le valérianate d'ammoniaque me paraît très utile dans des conditions semblables.

Dans les formes douloureuses de la dyspepsie intestinale, on peut avoir recours aux bains chauds, aux applications émollientes sur le ventre, à la belladone, donnée déjà par Trousseau et recommandée plus récemment par Cherchewsky.

La constipation doit être combattue d'une façon spéciale : j'ai souvent recours, pour ma part, aux lavements glycérinés (une à trois cuillerées à bouche par lavement). On peut essayer encore les pilules de podophylle, le cascara sagrada, ou encore le mélange, en quantités égales, de magnésie, crème de tartre et soufre précipité : une cuillerée à café, dans un demi-verre d'eau, aux repas, une ou deux fois par jour (G. Sée). Cette préparation donne d'excellents résultats.

Dans les cas d'entérite muco-membraneuse, l'huile de ricin, par petites doses répétées presque chaque matin, est peut-être ce qui donne les résultats les plus satisfaisants. On peut l'administrer en capsules.

Contre l'obstruction intestinale, il faut employer les lavements purgatifs, le massage abdominal, l'électrisation de la paroi abdominale et même le lavement électrique.

---

(1) Nous avons à dessein laissé l'hystérie de côté dans cette étude ; elle donne souvent lieu, on le sait, à des accidents semblables à ceux dont il a été question.

(2) A. Chauvet. Th. de Paris, 1888.

En cas de dilatation marquée du gros intestin, avec clapotage colique, il est indiqué de faire la désinfection du contenu intestinal par le naphtol, le salicylate de bismuth, le salol. Les purgatifs salins, à dose peu élevée, et suffisamment espacée, seront plus utiles que dans les cas précédents, précisément parce qu'ils ont l'avantage, après avoir amené une évacuation, un balayage de l'intestin, de favoriser la constipation. De là encore leurs bons offices, lorsqu'il existe de la diarrhée chronique névropathique. Il faut alors les employer à dose faible, souvent répétée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 décembre 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATIONS

De la cure des varices et des ulcères variqueux. — M. FÉLIZET, à l'occasion du rapport lu dans la dernière séance par M. Quénu sur ce sujet, fait observer que la ligature de la veine saphène et l'extirpation d'un paquet variqueux, pour le traitement d'un ulcère datant de huit mois seulement, est une opération qui est peut-être un peu hâtive. Dans le cas de M. Cerné, la guérison, d'ailleurs, ne fut pas très rapide, puisqu'elle ne se produisit qu'au bout de trois mois. Il existe une méthode plus simple, imaginée et pratiquée un grand nombre de fois avec succès, par Dolbeau et par ses élèves, et qui convient particulièrement aux ulcères rebelles aux pansements et à l'antisepsie. Il faisait une incision circonférentielle autour de l'ulcère, à 1 centimètre et demi à 2 centimètres en dehors de ses bords, incision profonde divisant jusqu'aux grosses veines sous-cutanées. Il en résultait une hémorrhagie que l'on arrêtait très facilement par la compression.

Cette opération répondait à diverses indications que l'on doit s'efforcer de remplir pour obtenir la cicatrisation rapide de l'ulcère :

1° Suppression de la tension vasculaire veineuse par la section des veines sous-cutanées;

2° Libération mécanique des bords de l'ulcère, dont le rapprochement est beaucoup plus rapide, et affaissement de ces bords calleux et indurés qui se transforment en tissu bourgeonnant;

3° Traitement par l'émission sanguine locale directe du phlegmon chronique qui entoure l'ulcère et en empêche la cicatrisation;

4° Enfin la circumvallation ainsi pratiquée fait vivre l'ulcère par la circulation profonde qui est de ce fait rendue plus active : d'où la résorption de la périostose, que l'on observe parfois sur la face profonde des ulcères de jambe.

Le traitement des ulcères rebelles comprend donc plusieurs indications dont une seule est remplie par la ligature veineuse et l'extirpation d'un paquet variqueux.

M. REYNIER a pratiqué plusieurs fois la ligature et la résection de la veine saphène interne pour des ulcères de jambe et pour des varices sans ulcères, suivant la méthode Trendelenburg. Chez un homme atteint d'ulcères variqueux rebelles, il pratiqua, il y a quatre ans, la ligature de la veine saphène et la résection d'un paquet variqueux situé au-dessus du condyle interne du fémur; la guérison de l'ulcère ne fut pas accélérée par la ligature et l'extirpation des veines : mais un an après l'état des malades était sensiblement amélioré, les varices avaient diminué de volume, il marchait beaucoup plus facilement. Ces résultats avaient d'ailleurs été signalés par Trendelenburg, qui, lui-même atteint de varices volumineuses, se fit faire cette opération et observa, par la suite, la diminution des trous variqueux et une amélioration de tous les symptômes qu'il éprouvait auparavant.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a coutume de faire, depuis dix ans, des ligatures multiples de la saphène à différentes hauteurs et il en a obtenu une diminution considérable des volumes des veines et la cicatrisation rapide des ulcères. Toutefois, cette opération n'empêche pas toujours la récidive des varices et des ulcères.

M. SCHWARTZ a revu dernièrement le malade opéré au mois d'avril, et auquel il fit quatre ligatures étagées de la saphène avec résection du paquet variqueux. Il ne souffre plus de ses varices qui sont très diminuées, l'ulcère ne s'est pas reproduit.

M. FÉLIZET ajoute que le mot de cure radicale ne lui paraît pas exact. En effet, dans l'étiologie des ulcères variqueux, il existe un élément général contre lequel la chirurgie est impuissante. Les malades atteints d'ulcères variqueux sont, en général, des arthritiques ou des alcooliques renforcés. En dehors du traitement chirurgical, il faut donc instituer un traitement médical contre l'arthritisme ou l'alcoolisme. Toutefois, à côté de ces faits, M. Félizet pourrait citer des malades guéris d'ulcères variqueux après une opération pratiquée déjà depuis longtemps.

M. QUÉNU dit qu'il n'est pas douteux que l'arthritisme et l'alcoolisme jouent un rôle dans l'étiologie des varices et des ulcères variqueux. Mais il faudrait démontrer cette influence. On sait que l'arthritisme n'est pas un état diathésique spécial aux classes pauvres, et cependant c'est presque exclusivement dans cette classe qu'on rencontre des ulcères variqueux. De même pour l'alcoolisme, on ne saurait l'invoquer comme cause générale de ces ulcères, puisque ceux-ci s'observent fréquemment chez des femmes alcooliques. On peut donc considérer l'arthritisme et l'alcoolisme comme des coopérateurs importants, mais non comme des facteurs principaux dans l'étiologie des ulcères variqueux. Tout le monde est d'accord sur l'opportunité du traitement chirurgical; la difficulté est de savoir dans quels cas il convient d'opérer et dans quelles limites l'opération peut donner de bons résultats. M. Cerné, en généralisant l'opération à tous les cas, en exagère évidemment la valeur. Par exemple, il y a des ulcères variqueux multiples, subaigus, consécutifs à des éruptions d'ecthyma, qui récidivent sans cesse et qui, conséquemment, ne sont pas justiciables de l'opération. Il faut garder la ligature pour les ulcères simples ou peu nombreux et chroniques. Parmi ces derniers, il en est qui ne récidivent pas après l'opération. Il y a déjà de nombreux exemples. Il importe de les rechercher et de les publier, afin d'éclairer cette question encore à l'étude.

M. KIRMISSON pense que l'arthritisme et l'alcoolisme jouent un rôle considérable dans la pathogénie des ulcères variqueux. Il rappelle les travaux de M. Terrier et de ses élèves relatifs à l'influence pathogénique des lésions nerveuses sur ces ulcères et déclare ne pas partager l'avis de M. Terrier. Il a toujours soigneusement recherché ces troubles de la sensibilité et ne les a rencontrés que très rarement chez les malades atteints de varices ou d'abcès variqueux. En revanche, il a presque toujours constaté l'arthritisme ou l'alcoolisme. Chez les jeunes sujets, non alcooliques, il faut aussi tenir grand compte de la syphilis héréditaire, dont l'influence sur la production de ces ulcères variqueux est incontestable et largement prouvée, du reste, par l'action héroïque dans un cas de traitement spécifique.

M. VERNEUIL rappelle avoir, depuis longtemps, démontré les relations de l'arthritisme avec les ulcères variqueux. Il a toujours insisté également sur la pluralité des causes et a fait intervenir l'alcoolisme dans l'étiologie de cette affection.

Il y a aussi l'hérédité des varices chez des sujets non alcooliques. A l'époque de la revision, par exemple, on rencontre beaucoup de jeunes gens qui en sont atteints. Les grands cavaliers anglais, les horse-guards sont tous variqueux. Quant au traitement, M. Verneuil rappelle que la ligature des veines appartient au commencement de ce siècle. Relativement à l'influence de la syphilis sur les ulcères de la jambe, il rappelle les travaux qui ont été faits sur ce sujet, en particulier la thèse de M. Broca qui a si justement insisté sur la fréquence de l'hybridité syphilitico-arthritique. Enfin, il faut aussi tenir compte de l'alcoolisme agissant par l'artério-sclérose. C'est ainsi qu'on voit des ulcères

chez les cardiaques. La syphilis joue également un grand rôle au point de vue de l'entretien des ulcères variqueux de la jambe. L'opération préconisée par M. Cerné peut donner de bons résultats. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a aussi de fréquents exemples de guérison sans opération.

M. Berger dit qu'il ne faut pas confondre entre elles diverses variétés d'ulcères variqueux très différentes les unes des autres. Par exemple, les ulcères multiples consécutifs à l'ecthyma, rappelés par M. Quénu, sont une variété toute spéciale dont les causes et le traitement diffèrent notablement des causes et du traitement des ulcères variqueux ordinaires. Il en est de même des ulcères syphilitiques qui sont également une variété à part. Il est enfin une variété d'ulcères qui n'appartient ni à la syphilis, ni aux varices, et à laquelle M. Berger applique les méthodes autoplastiques. Tous ces cas diffèrent des ulcères variqueux anciens, auxquels doit être réservée la ligature des artères ou encore l'incision circonférentielle totale et profonde qui donne également de bons résultats.

M. Quénu se défend d'avoir fait les confusions que vient de signaler M. Berger. Il fait observer à M. Kirmisson qu'il peut y avoir des lésions nerveuses sans troubles de la sensibilité. Il rappelle les recherches qu'il a faites sur ce sujet et déclare avoir très fréquemment constaté des lésions nerveuses éloignées du siège de l'ulcère et sans aucun trouble de la sensibilité.

M. Lucas-Championnière rappelle qu'il y a, en effet, des ulcères de toute nature, qu'il ne s'agit pas de cela en ce moment et qu'il est uniquement question de la valeur d'une opération, la ligature des varices pour le traitement des ulcères variqueux. Quelle que soit l'influence que l'arthritisme ou l'alcoolisme puissent avoir sur certains de ces ulcères, il est hors de doute que l'opération en question a donné des guérisons temporaires de longue durée. Cette opération doit donc être préconisée et il n'est pas douteux qu'elle donne de bons résultats, sans, cependant, agir en aucune façon sur l'alcoolisme ou l'arthritisme.

M. Reynier est d'accord avec M. Quénu sur l'action trophique du système nerveux au point de vue de la production des ulcères variqueux. L'arthritisme et l'alcoolisme agissent sur le système nerveux et c'est celui-ci qui, à son tour, exerce son influence sur la production de l'ulcère. Il faut donc attacher une grande importance aux lésions du système nerveux dans la pathogénie des ulcères variqueux.

M. Moty fait observer que, dans le Nord, on voit fréquemment des ulcères variqueux chez des individus employés dans les fabriques, par suite de la station debout prolongée. Les uns guérissent facilement et rapidement, les autres lentement. Chez ces derniers, la situation est généralement aggravée par l'état du système nerveux.

M. Terrier rappelle qu'il a observé des ulcères variqueux en grand nombre à Bicêtre, c'est-à-dire chez des individus où la maladie était toute faite. C'est ainsi qu'il a constaté des névrites ascendantes remontant jusqu'à la moelle. Ces lésions tiennent évidemment à l'ancienneté de la maladie. L'arthritisme, l'alcoolisme, et surtout la misère, qu'il faut aussi faire entrer en ligne de compte, sont évidemment des causes prédisposantes, mais non déterminantes, de ces ulcères. Il est hors de doute qu'il existe un grand nombre de variétés d'ulcères variqueux. Mais ce qu'on peut affirmer, c'est que, dans les vieux ulcères de jambes, il existe presque toujours des lésions nerveuses concomitantes.

M. Kirmisson est d'accord avec M. Terrier et croit, comme lui, que, dans ces cas de vieux ulcères, les troubles nerveux sont consécutifs.

M. Quénu proteste contre cette assertion de M. Kirmisson et rappelle que, dans les recherches qu'il a publiées, il a démontré l'existence de maux perforants concomitants indiquant des lésions nerveuses antérieures à la production des ulcères. Dans ces cas, les lésions nerveuses étaient donc bien manifestement primitives et non consécutives.

PRÉSENTATION DE MALADE

Réfection du menton et de la lèvre inférieure. — **M. Berger** présente une petite fille à laquelle il a refait un menton et une lèvre inférieure à l'aide d'un lambeau emprunté au bras. Le résultat obtenu est des plus satisfaisants.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Hystérectomie vaginale. — **M. Richelot** présente un utérus qu'il a enlevé par l'hystérectomie vaginale pour un cancer bien nettement limité à la partie inférieure de la lèvre postérieure du col. Or, l'examen histologique de cet utérus a démontré qu'il y avait des cellules cancéreuses jusqu'au fond de la cavité utérine. On voit par là ce que, dans ce cas, aurait pu donner l'ablation partielle.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale (1), faites à l'hôpital de la Pitié et à l'Hôtel-Dieu (1879-1891), par E. Lancereaux.

Nos lecteurs savent en quelle estime nous tenons l'œuvre de M. Lancereaux et son enseignement hospitalier. C'est avec plaisir que nous leur annonçons un nouveau volume des « Leçons cliniques » faites par ce même auteur à la Pitié et, plus récemment, à l'Hôtel-Dieu. Son auditoire l'a fidèlement suivi dans ce dernier hôpital, retenu par l'ardeur, la conviction et l'originalité des démonstrations que multiplie l'infatigable professeur au lit du malade et à l'amphithéâtre.

Ce qui fait l'attrait du volume actuel, c'est que les leçons qu'il renferme portent par séries sur quelques-uns des sujets de pathologie qu'affectionne particulièrement M. Lancereaux : les intoxications (alcool, morphine, plomb, poêles mobiles, mercure). On y trouvera en particulier une étude comparée de l'alcoolisme et de l'absinthisme, une leçon sur les troubles vaso-moteurs et trophiques d'origine toxique, sur la syphilis, la tuberculose, le paludisme, l'herpétisme, le rhumatisme et la goutte, le diabète glycosurique, le diabète insipide.

On sera content de trouver réunies des leçons disséminées auparavant dans les recueils médicaux.

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, d'après l'enseignement de la Salpêtrière (2), par M. Gilles de la Tourette.

« L'hystérie se compose d'un fonds commun, les stigmates permanents, sur lequel évoluent des paroxysmes. » Le présent volume est consacré exclusivement à l'hystérie interparoxystique, c'est-à-dire à l'étude de ce fonds commun aux divers hystériques.

Il n'est pas besoin de rappeler combien, depuis vingt ans d'ici, a été remaniée la conception de l'hystérie ; comment l'étude de la névrose protéiforme et capricieuse — en apparence tout au moins — a été ramenée à la discipline par M. Charcot. On peut dire que la connaissance de l'hystérie sous sa forme non convulsive, avec ses manifestations si variées, capables de revêtir tant de formes diverses, de simuler tant de maladies avec ou *sine materia*, est une des belles acquisitions de la médecine moderne. Il s'est ouvert à l'activité des chercheurs un champ des plus riches, dont on est loin encore d'avoir inventorié tous les produits. C'est là une conquête de la clinique pure à une époque où certains eussent pensé volontiers que la clinique, basée sur l'anatomie pathologique, avait donné tout ce qu'elle pouvait donner.

Mieux que tout autre, M. Gilles de la Tourette, interne, puis

---

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Ve Babé et Cie.
(2) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Plon, Nourrit et Cie.

74

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33

Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer
— de chaux.........................
Chlorure de sodium...................
Matières organiques.................. } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

77

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

38

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

83

GOUTTE

LIQUEUR DU Dr LAVILLE

33

SIROP D'AUBERGIER AU LACTUCARIUM PECTORAL

prescrit dans la médication infantile.

41

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

72

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'Ecole de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

29

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

66

DRAGÉES ET CACHETS DE

PHÉNÉDINE-PELISSE

Paraacétphénétidine

fabriqués par la Soc. des mat. color. de St-Denis.

DOSAGE : *0g25 de Phénédine pr dragée et pr cachet.*

Deux dragées ou deux cachets suffisent pour supprimer la **migraine** et calmer les **douleurs névralgiques.** — Ils n'occasionnent ni troubles gastriques ni vertiges.

Dépôt à Paris : Phie PENNÈS, 49, r. des Écoles.

DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

27

MALADIES DES VOIES URINAIRES

PEPTO-SANTAL VICARIO

Ce produit, obtenu par digestion pancréatique artificielle, est très rapidement absorbé. Grâce à cette assimilation facile, il **peut seul être employé à haute dose** sans provoquer de phénomènes douloureux du tube digestif. Il constitue par conséquent la préparation la meilleure et la plus active contre la blennorrhagie et, en général, contre les affections des voies urinaires.

Dose : DE 1 A 4 CUILLERÉES A SOUPE DANS UN PEU D'EAU.

Phie VICARIO, 13, boulev. Haussmann, Paris.

16

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

34

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.

Prix : 4 fr. le flacon.

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris

42

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies,* etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

Dr. Zed

7

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

79

PILULES SUISSES

Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

4

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES.

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, phien à Paris, et toutes les phies de France et de l'étranger.

Paterson J.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

N° 146. — MARDI 15 DÉCEMBRE 1891. 64e ANNÉE. MARDI 15 DÉCEMBRE 1891. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Premiers-Paris. — Hôpital des Enfants-Malades. Un cas de croup d'emblée. — Étude clinique sur la dyspepsie gastrique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 14 décembre 1891.

Nous recevons, de M. le professeur Le Fort, la lettre suivante :

A Monsieur le Dr Le Sourd, *Directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Mon cher confrère,

Un de vos collaborateurs, en rendant compte, dans le numéro du 8 décembre, d'un livre intitulé : « La pratique journalière des hôpitaux de Paris », par M. P. Lefort, écrit ceci :

« L'auteur me permettra une question. Son livre est édité à Paris, où il n'existe qu'une Faculté de médecine et qu'un seul professeur de médecine du nom de Le Fort. Or, l'auteur fait précéder son nom du titre de professeur, il ferait bien de spécifier, pour éviter une confusion fâcheuse. »

La confusion, j'ai honte de le dire, a été commise par beaucoup de personnes. J'ai connu l'existence de ces manuels par une lettre d'un médecin espagnol me demandant d'en faire une traduction. Je viens de recevoir le catalogue de la maison Le Vasseur, libraire à Paris, et ces manuels figurent à mon nom, après un livre qui est bien de moi. Votre collaborateur signale cette confusion, fâcheuse pour moi; je l'en remercie, mais cette confusion est voulue, préméditée, soit par l'auteur, soit par les éditeurs, pour favoriser une spéculation de librairie. Ce qui le prouve, c'est qu'il n'y a pas seulement usurpation de mon titre de professeur, il y a aussi usurpation de mon nom patronymique; l'auteur, en effet, ne s'appelle pas Lefort.

Le spéculateur, se livrant à la fabrication des manuels d'examen, a eu l'idée, pour en augmenter le débit, de cacher son nom et de prendre celui d'un examinateur. S'il a modifié un prénom que beaucoup ignorent, il a eu soin d'ajouter le titre de professeur, qui appartient au légitime possesseur du nom qu'il usurpait, dans l'espoir de profiter d'une confusion toujours possible.

Lorsque j'ai eu connaissance de ces faits, au mois d'août dernier, je me suis rendu immédiatement chez les éditeurs, leur déclarant que je m'adresserais aux tribunaux, s'ils persistaient dans cette atteinte portée à mes droits, je dirais presque à mon honneur. MM. J.-B. Baillière ont dû m'avouer que ce nom de Lefort était pour leur associé « un nom de guerre », mais ils soutenaient que cet écrivain pouvait s'intituler « professeur », puisqu'il donnait des leçons. Je me suis contenté, peut-être trop facilement, d'exiger que le nom fût modifié. Depuis le 1er novembre, et sur les nouveaux volumes parus, l'auteur anonyme ne s'appelle plus Lefort, mais Lefert, toutefois le titre de professeur lui est toujours attribué à la première page du livre. Cet anonyme fera bien de ne plus rien laisser paraître sous mon nom, car je fais surveiller de près ses éditeurs.

Telle est la situation actuelle et l'on peut, à bon droit, s'étonner que cette spéculation, qui n'est possible que par la complicité d'un éditeur, ait été faite par une maison de librairie en relation trop intime avec la Faculté pour ne pas savoir que le titre de professeur a, dans le corps médical, une signification précise et pour ignorer la portée d'une double usurpation de nom et de titre que je laisse au lecteur le soin de qualifier.

Ces faits soulèvent une question de droit, toute d'actualité, au moment où se discute la loi sur l'exercice de la médecine. Pourra-t-on continuer à afficher, dans les édicules des boulevards et ailleurs : « Traitement des maladies secrètes, cabinet du professeur M... »? Sera-t-il permis à ceux qui n'ont pas le droit au titre de docteur, à d'anciens officiers de santé, par exemple, de s'intituler : « Le professeur X..., médecin de la Faculté de Paris » ? Ne pouvant usurper le titre de docteur, pourra-t-on s'attribuer celui de professeur ?

Le mot de professeur, suivant qu'il précède ou suit le nom patronymique, est la désignation d'une profession ou un titre honorifique. On peut à bon droit ajouter *après* son nom la qualification de professeur ; « M. X... professeur de telle ou telle chose, professeur à telle école, à telle institution, à tel lycée, » etc. ; mais le mot de professeur, *précédant* le nom : « Le professeur X... », est un titre, qui, à l'étranger, est réservé aux titulaires des chaires officielles de l'enseignement supérieur, c'est-à-dire des Facultés. C'est aussi la signification qu'on lui donne en France. On peut exercer la profession de professeur, sans avoir droit au titre honorifique de professeur.

J'appelle sur ce point l'attention de nos législateurs et, en particulier, du sénateur, M. le professeur Cornil.

Veuillez agréer, mon cher confrère, mes affectueux remerciements.

Le professeur Léon Le Fort.

Il est évident qu'un auteur ne doit pas prendre un homonyme ou un pseudonyme qui puisse jeter une confusion dans l'esprit du lecteur.

Prendre un titre qu'on ne possède pas, c'est manquer aux lois de l'honneur professionnel. C'est ainsi que nous voyons nos vespasiennes couvertes d'affiches où sont prodigués les titres de médecin des hôpitaux, de chirurgien des hôpitaux, ou d'ancien interne des hôpitaux. Or, s'il est d'usage que ces titres, sans désignation de villes, désignent les hôpitaux de Paris, il nous semble que nos hôpitaux de province ont un assez beau renom scientifique pour qu'on tienne à honneur de s'intituler médecin, chirurgien ou interne des hôpitaux de Bordeaux, de Lyon, de Marseille, de Montpellier, de Nancy, de Nantes, etc. Ne pas faire suivre

son titre du nom de la ville aux hôpitaux de laquelle on appartient, alors qu'on ne relève pas des hôpitaux de Paris, est, pour le moins, une irrégularité professionnelle chère aux charlatans. Cette irrégularité doit être évitée et elle est évitée par tous ceux qui ont le respect de la profession. Tel est le conseil que nous avons toujours donné aux internes des hôpitaux de province, qui nous demandaient s'ils pouvaient signer simplement « internes des hôpitaux ».

M. Comby (1), médecin de l'hospice Chardon-Lagache, a observé une épidémie de grippe dans cet hospice de vieillards, pendant le mois de novembre dernier. Sur les 142 pensionnaires de cet établissement, 27 ont été atteints, 7 d'entre eux ont succombé, de telle sorte que la mortalité qui, pour les dix premiers mois de l'année, avait été de 7 décès, a ainsi subi un accroissement considérable pendant ce mois de grippe. La maladie commençait par de la céphalalgie, du malaise, de l'inappétence; survenait bientôt de la toux quinteuse avec expectoration abondante, visqueuse, verdâtre, et les phénomènes thoraciques prenaient une réelle gravité. Dans cette expectoration, M. Netter a rencontré des pneumocoques en quantité considérable, et très peu de bacilles de la suppuration, de streptocoques.

M. Barié a observé une épidémie semblable à l'hospice des Ménages.

M. Debove a communiqué un cas d'hémispasme de la face, de nature hystérique, semblable à celui qu'a rapporté M. Rendu dans la dernière séance. Il insiste sur ce fait que le malade de M. Rendu avait présenté une attaque apoplectiforme, suivie d'hémiplégie motrice et sensitive. Le diagnostic était rendu facile par la présence de stigmates caractéristiques. Ces stigmates peuvent manquer. Avant que l'on ait acquis la notion de l'hystérie, qui éclaire tant de faits jusque-là incompréhensibles, on était surpris, par exemple, de ne trouver aucune lésion à l'autopsie chez des hémiplégiques de longue date. Parfois, en l'absence de stigmates, ce sont les antécédents du malade qui nous éclairent, la notion, par exemple, d'accidents antérieurs nettement hystériques.

Le « bacterium coli commune » habite normalement le gros intestin; il ressemble beaucoup au bacille pathogène de la fièvre typhoïde; on a même prétendu qu'il n'y avait là qu'un seul et même microbe. C'était renverser tous les travaux consacrés depuis quelque temps à l'étude de la genèse de la fièvre typhoïde. MM. Chantemesse et Widal prétendent, au contraire, qu'on peut distinguer l'un de l'autre, et que, si le « bacterium coli commune » peut envahir l'organisme et devenir une source d'infection, il ne s'agit pas de la fièvre typhoïde. Il peut s'agir, par exemple, d'une entérite cholériforme. M. Chantemesse, Widal et Legros ont vu encore, chez une nouvelle accouchée, se produire des phénomènes de péritonite et de fièvre puerpérale : le « bacterium coli commune » en était la cause. Il n'y avait pas de lésion des plaques de Peyer.

Après avoir présenté un cas intéressant de syringomyélie au début, en collaboration avec M. Babinski, M. Desnos revient sur le cas de défécation par la bouche dont il a récemment conté l'histoire. D'après les renseignements qu'il a pu recueillir, le rejet des matières fécales par vomissement avait lieu, non pas depuis deux ans, comme l'affirmait le malade, mais depuis un an seulement. Il y aurait réellement lieu de faire surveiller étroitement cet hystérique et de rechercher s'il ne se livre pas à une dégoûtante jonglerie.

M. A. Mathieu fait deux communications relatives à la dyspepsie; nous reproduisons plus loin (p. 1348) les passages principaux de l'une d'elles.

La seconde, en collaboration avec M. L.-H. Hallopeau, préparateur de chimie à l'École de médecine, portait sur les rapports de l'urée et des chlorures urinaires, et leur valeur au point de vue du diagnostic de la dyspepsie stomacale. M. Bouveret, dans un travail analysé dans ce journal, admet que, chez les hyperchlorhydriques, il y a élévation notable du rapport de l'urée aux chlorures de l'urine; dans le cancer, au contraire, il y a abaissement notable de ce rapport. MM. Mathieu et Hallopeau ont vérifié ces faits dans quatre cas d'hyperchlorhydrie et trois cas de cancer; mais, dans un cas d'hypochlorhydrie, ils ont également constaté une élévation du rapport en question; on ne peut donc pas baser sur cette donnée le diagnostic de la dyspepsie stomacale. En dernier terme, la comparaison des chlorures urinaires à l'urée ne semble pas apprendre plus, au point de vue du diagnostic, que le simple dosage de l'urée.

(1) Société médicale des hôpitaux, 11 décembre 1891.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Jules Simon.

Un cas de croup d'emblée.

(Conférence recueillie par le docteur A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux.)

Le 7 novembre dernier, on nous présentait, à la consultation de cet hôpital, un jeune garçon de six ans et demi atteint, nous disait-on, de fièvre, d'abattement et surtout d'accès de suffocation. Ces accidents remontaient à trois jours seulement. Le 4 novembre, l'enfant s'était plaint de malaise. Le lendemain, on avait constaté qu'il toussait d'une toux un peu rauque, que sa voix était enrouée. Le 6 seulement, était apparu le premier accès de suffocation et c'est aussi ce jour-là seulement, qu'on avait appelé un médecin. Notre confrère examina longuement l'enfant, il ne trouva absolument rien dans la gorge, rien à l'auscultation. La suffocation, d'après les renseignements qu'il nous a transmis, avait plutôt les caractères d'une dyspnée permanente sans tirage ni sternal, ni abdominal. Cependant, il ne dissimula pas à la famille toutes ses craintes d'une laryngite pseudo-membraneuse.

Le 7 novembre, la voix était éteinte, enrouée; la toux était plutôt étouffée que rauque. Il n'y avait rien, absolument rien dans la gorge, que quelques mucosités ternes, blanchâtres, au niveau des piliers du voile du palais. L'examen au laryngoscope fut pratiqué non sans difficultés. Il resta forcément un peu sommaire et ne montra rien que quelques mucosités analogues au niveau des replis aryténo-épiglottiques. Quelques mucosités furent recueillies pour être soumises à l'examen bactériologique; je vous dirai tout à l'heure les résultats de cet examen.

Quels diagnostics avions-nous à discuter? Les laryngites chroniques, ulcéreuses ou œdémateuses, les abcès rétro-pharyngiens, les polypes du larynx pouvaient être éliminés par la marche même de l'affection. Le spasme de la glotte ne s'observe que chez des enfants moins âgés. La laryngite striduleuse débute plus bruyamment, et d'ordi-

naire pendant la nuit, ses accès sont d'emblée très forts, très inquiétants; le premier est le plus violent, puis très rapidement l'affection décroît et s'atténue. J'ai vu une seule fois, chez un garçon de quatorze ans, une laryngite spasmodique, qui avait éclaté pendant la nuit, donner lieu le jour suivant au syndrome du croup (voix éteinte, toux rauque, rentrante, déchirée, sifflement trachéal). C'était à Necker dans le service de mon maître, M. Bouley; les symptômes alarmants disparurent tout d'un coup à cinq heures du soir, inopinément, sans expulsion ni de corps étranger, ni de fausses membranes, et sans que le malade présentât en aucun point de la muqueuse naso-pharyngienne la plus petite apparence de plaques diphthéritiques. Une laryngite purement inflammatoire assez aiguë pour produire des accès de suffocation ne s'observe guère que comme complication secondaire de la variole ou de la rougeole; elle ne frappe pas un enfant en pleine santé. Cependant, les tout petits enfants présentent parfois des laryngites intenses primitives qui ne laissent pas que d'être fort inquiétantes.

J'ai vu, non fréquemment, des bébés pris subitement de laryngites violentes, avec extinction complète de la voix, une toux rentrante et de véritables accès de suffocations suivis et entrecoupés de tirage, avec accès de dyspnée d'apparence croupale. Dans un cas entre autres chez un enfant de neuf mois, les symptômes alarmants se prolongèrent pendant quatre grands jours, et la détente ne commença qu'au cinquième, à ma grande satisfaction. La diphthérie est, sans doute, une exception à cet âge, mais enfin elle s'observe quelquefois et chacun de nous peut en citer de rares exemples terminés, bien entendu, presque tous par la mort. Restait donc, malgré l'absence de toute fausse membrane dans la gorge, le diagnostic de laryngite diphthéritique, de croup d'emblée.

L'examen bactériologique ne parut pas tout d'abord confirmer ce diagnostic. On ne trouva pas les bacilles caractéristiques dans les premières mucosités recueillies. Mais le lendemain, de nouvelles mucosités, un peu plus épaisses, d'ailleurs, que les précédentes, étaient de nouveau examinées cette fois avec un résultat positif. Il s'agissait donc bien de la diphthérie.

La dyspnée, d'ailleurs, allait en s'accroissant sans grands accès, sans tirage bien marqué. Devant les progrès de l'asphyxie, la trachéotomie fut décidée. Elle fut faite très régulièrement par l'interne, sans accident opératoire, mais à sa grande surprise, l'introduction de la canule augmenta l'asphyxie. Les accidents devinrent tellement menaçants qu'il dut enlever la canule. L'enfant respira mieux. Une nouvelle introduction ayant été suivie de suffocation nouvelle, il renonça à mettre la canule. La plaie trachéale fut recouverte d'un pansement simple et l'enfant respirait de nouveau, mais il finit par succomber au bout de quelques heures, sans crises, sans tirage, à l'asphyxie progressive.

L'autopsie fut faite le lendemain. Elle nous montra une fausse membrane tubulée très épaisse occupant toute la trachée, remontant en haut jusqu'aux cordes vocales, descendant en bas jusqu'à la bifurcation des bronches. Dans le pharynx, on ne trouva rien que quelques mucosités, un peu moins ténues au pourtour de l'épiglotte, mais ne constituant pas une couenne réelle. Les poumons étaient congestionnés, mais sans trace de foyers bronchopneumoniques.

Vous voyez donc de quelles difficultés peut être entouré le diagnostic de la diphthérie débutant d'emblée par le larynx ou la trachée. Je passe sur le résultat insuffisant que nous a donné l'examen laryngoscopique. Les fausses membranes épaisses qui tapissaient les cordes vocales n'existaient-elles pas encore au moment de l'examen, n'ont-elles pas été aperçues par suite des difficultés de cet examen chez un enfant résistant et se débattant? Le secours que la bactériologie nous a apporté à été précieux, mais un peu tardif. Il nous aurait manqué si nous nous étions contenté d'un seul examen.

Le croup d'emblée est une affection rare : plus rare encore que la localisation primitive sur le larynx, paraît être la localisation primitive sur la trachée. Ces laryngites et trachéites diphthéritiques d'emblée surviennent presque toujours chez des enfants déjà malades, au cours de la rougeole par exemple. Je ne les ai jamais vues débuter comme chez notre petit malade en pleine santé.

Je me rappelle un fait à peu près identique que j'ai observé en compagnie de M. le docteur Pillon. Il s'agissait d'un garçonnet de dix à onze ans présentant depuis quelques jours un peu de malaise nullement inquiétant au cours duquel, vers le quatrième jour, éclatèrent tout d'un coup, pendant la nuit, une dyspnée intense et de véritables accès de suffocation. M. le docteur Pillon, appelé en toute hâte vers cinq heures du matin, ne cacha pas à la famille, malgré l'absence de fausses membranes dans les voies supérieures, en présence d'un tirage très accusé, d'une voix éteinte et d'une toux comme déchirée, toutes ses justes appréhensions. Sous le coup de cette émotion bien légitime, la famille réclama une consultation. Je vis l'enfant dans la soirée, avec M. le docteur Pillon, et nous eûmes la satisfaction de constater une grande détente dans la situation du malade. Il respirait aisément, sans bruit, mais il était toujours aphone. Le père nous donna l'explication de cette grande amélioration, en nous montrant une longue fausse membrane tubulaire, expectorée quelques instants avant notre arrivée. L'enfant a guéri sans opération.

Dans cette observation comme dans la précédente, l'enfant n'avait pas été suivi dans les jours précédant le croup, et les parents ne s'étaient pas enquis de l'état de la gorge.

Dans ces deux cas, et comme toujours, une certaine obscurité plane sur l'évolution du produit morbide. L'enfant, malade depuis le 4 novembre, a été observé, pour la première fois, par un médecin, le 6. Il n'avait alors rien dans la gorge. Mais n'a-t-il pu avoir, auparavant, quelque fausse membrane très petite ayant déjà disparu au moment de cet examen? Il n'est pas très rare de voir survenir des croups au cours d'angines diphthéritiques très légères, très limitées, formant à peine une ou deux taches blanches sur les amygdales. Il n'est pas rare de voir des croups consécutifs à des coryzas diphthéritiques insidieux, très bénins en apparence. Si bien qu'on peut ériger en principe que dans toutes les affections observées chez les enfants, il est de la plus haute importance de bien examiner la gorge et le nez. Cette importance est plus grande encore, dès qu'on peut soupçonner l'infection diphthéritique.

Au point de vue du traitement, deux faits sont particulièrement à retenir : 1° les causes de l'inefficacité de la trachéotomie; 2° l'extrême réserve qu'il faut, en raison des difficultés du diagnostic, apporter à l'emploi des révulsifs sur le cou, dans les laryngites de l'enfance. Étudions rapidement ces deux points.

La trachéotomie, habilement pratiquée, n'a pas donné un

grand soulagement. Elle ne pouvait le procurer, puisque la fausse membrane, épaisse et molle, s'étendait d'un seul tenant du larynx à la bifurcation des bronches.

L'introduction de la canule fut suivie d'une gêne respiratoire plus intense et obligea l'opérateur à ne pas la maintenir à demeure, en constatant la suffocation qu'elle produisait à chaque tentative nouvelle. Vous en comprenez les raisons. La fausse membrane, refoulée en partie par le bout de la canule, se plaçait dans sa lumière et obturait tout à fait le passage de l'air.

En pareil cas, il faut évidemment renoncer, comme on l'a fait, à fixer la canule. Pouvait-on essayer de saisir avec des pinces et d'enlever la fausse membrane? Au cours de l'opération faite chez cet enfant, la nature de l'obstacle n'a pas de suite été soupçonnée et aucune tentative n'a été pratiquée. Songez, en pareil cas, à la possibilité d'une fausse membrane trachéale et essayez-en l'extraction.

Chez les petits malades atteints de ces accidents de laryngites encore obscurs, mal définis, vous serez souvent tourmentés par les parents pour appliquer un révulsif, un vésicatoire en avant du cou. Ne vous laissez jamais entraîner à le faire, tant que vous n'êtes pas absolument sûrs, et cette certitude n'est jamais complète qu'après plusieurs jours, qu'il ne s'agit pas de diphthérie. Chez notre malade, cette faute n'a pas été commise, mais souvent j'ai vu des vésicatoires ainsi appliqués, sans songer à la possibilité de la diphthérie, devenir couenneux, rendre la trachéotomie difficile, sinon impossible, et constituer une nouvelle cause d'infection des plus graves.

Je connais un fait des plus dramatiques que je tiens à vous reproduire ici en terminant cette conférence.

Un de nos maîtres, commensal habituel d'une famille amie, donnait des soins à un jeune enfant de deux à trois ans, qui ne présentait que les signes ordinaires d'une laryngite un peu intense. L'exploration du pharynx et des fosses nasales ne lui révélait aucune apparence de diphthérie. Vers le quatrième jour de cette laryngite, la voix devint plus enrouée, et la toux rauque provoqua quelques spasmes laryngés. La mère inquiète insistait sur la progression de ces symptômes. Elle était de ces mères qui poussent toujours des cris d'alarme aux moindres accidents et qui fatiguent le médecin de leurs terreurs non justifiées. Vingt fois déjà notre maître avait dû la calmer dans d'autres circonstances et lui faire comprendre toute l'exagération de ces craintes. Cette fois, elle avait malheureusement raison, comme le prouve la suite de cette triste observation.

Poussé à bout, et dans le but de prouver la sûreté de son diagnostic, le médecin en question dit à la mère : « Vous connaissez mes idées sur la diphthérie, vous savez que je proscris l'usage des vésicatoires dans cette maladie, eh bien! pour vous rassurer et en même temps diminuer le spasme laryngé, je vais appliquer un petit vésicatoire sur la région laryngée. » Ce qui fut dit fut fait.

Le lendemain, le vésicatoire, qui n'avait pas amendé l'état dyspnéique de l'enfant, était couvert de couennes adhérentes, le tirage s'accentuait, les accès de suffocation se déclarèrent, la trachéotomie fut imposée par l'asphyxie, et l'enfant succomba après avoir expulsé des fausses membranes. Un fait semblable se passe de plus amples commentaires.

ÉTUDE CLINIQUE SUR LA DYSPEPSIE GASTRIQUE

Par A. Mathieu et A. Rémond (de Metz).

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.)

I. — Étiologie.

Le travail que nous avons l'honneur de présenter à la Société est le relevé de 54 observations de dyspepsie recueillies depuis un peu plus d'un an. Les deux tiers environ des malades qui les ont fournies ont été étudiés à l'hôpital Andral, dans le service de M. le professeur Debove, qui nous a libéralement ouvert son service et son laboratoire et qui souvent nous a éclairés de ses conseils : nous ne saurions trop le remercier.

Les autres observations ont été prises, soit à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. le professeur Proust, soit à l'Hôtel-Dieu annexe, dans le service qu'a dirigé l'un de nous pendant six mois. M. Proust a mis à notre disposition son laboratoire, nous lui en sommes vivement reconnaissants.

Nous devons remercier encore M. Hallopeau, préparateur de chimie à la Faculté de médecine, qui a fait un certain nombre des examens chimiques relatifs à ces derniers malades.

Nous rangerons nos observations en quatre catégories :

1° L'hyperchlorhydrie;

2° La dyspepsie nervo-motrice avec ou sans hyperchlorhydrie, mais sans hyperacidité et sans stase permanente;

3° L'hypochlorhydrie : *a*) avec hyperacidité organique; *b*) avec stase et dilatation permanente de l'estomac et généralement aussi hyperacidité.

Une classification est, en somme, le résumé d'une doctrine, nous défendrons la nôtre en exposant, dans une seconde partie de ce travail, les caractères des diverses formes cliniques de la dyspepsie que nous admettons. Nous espérons démontrer qu'elle est à la fois légitime et suffisante.

Cette classification ne tient aucun compte des faits anatomo-pathologiques cependant si importants : c'est que nous n'avons pas de moyen qui nous permette de diagnostiquer sûrement la gastrite. Ce n'est que dans le petit nombre des cas que l'on peut avoir quelque certitude à ce point de vue.

Du reste, nous n'avons examiné que des malades qui venaient à l'hôpital, se plaignant immédiatement et directement des troubles de la digestion gastrique; nous avons donc laissé complétement de côté la dyspepsie symptomatique.

Les alcooliques figurent dans notre relevé, mais ainsi que l'a montré déjà M. le professeur Hayem et que nous l'avons vu également, on peut, chez les alcooliques, rencontrer les diverses variétés de dyspepsie et, d'un autre côté, il est très difficile de déterminer, même chez eux, dans quelle mesure la gastrite doit être incriminée.

Les alcooliques sont souvent des névropathes que la névropathie soit antérieure à l'intoxication ou consécutive.

Nos 54 cas se répartissent ainsi :

Hyperchlorhydrie.	16 cas.
Dyspepsie nervo-motrice. . . .	23 —
Hyperacidité organique	7 —
Dilatation permanente.	8 —
Total	54 cas.

Les hommes fournissent dans cet ensemble : 13 cas d'hy-

perchlorhydrie ; 17 de dyspepsie nervo-motrice ; 4 d'hyperacidité organique et 3 de dilatation permanente.

Nous avons donc 37 hommes pour 16 femmes. Il est bon de faire remarquer qu'il y a sur ce total 13 hommes *nettement* alcooliques sur 15 alcooliques. Cela fait donc, en tenant compte de l'alcoolisme *évident*, 22 hommes contre 14 femmes, l'écart est alors beaucoup moins grand.

Étiologie. — Les mêmes causes peuvent donner lieu à des formes différentes de dyspepsie ; il n'y a donc aucun avantage à ranger les observations d'après les éléments étiologiques. C'est ainsi que M. Hayem a, de son côté, trouvé les diverses formes de dyspepsie chez les alcooliques et les chlorotiques. Il en est de même de la neurasthénie qui est un des facteurs pathogéniques les plus importants de la dyspepsie, ainsi que nous avons pu nous en convaincre par les faits que nous avons étudiés. Il en est de même encore des causes morales dont l'influence démontre d'une façon irréfutable l'action de la névropathie.

Pour résumer ces données étiologiques, nous pouvons établir le tableau suivant :

Causes morales (émotions morales vives, passagères ou prolongées) : 5 fois dans l'hyperchlorhydrie ; 4 fois dans la dyspepsie nervo-motrice ; 1 fois dans la dilatation permanente.

Névropathie : 9 fois dans l'hyperchlorhydrie ; 15 fois dans la dyspepsie nervo-motrice ; 1 fois dans l'hyperacidité organique ; 1 fois dans la dilatation permanente. Il faut y ajouter 3 cas de neurasthénie traumatique avec dyspepsie nervo-motrice et hyperchlorhydrie.

Alcoolisme : 4 cas d'hyperchlorhydrie ; 6 cas de dyspepsie nervo-motrice ; 4 cas d'hyperacidité ; 1 cas de dilatation permanente.

Cause immédiate inconnue : 4 cas d'hyperchlorhydrie ; 3 cas de dyspepsie nervo-motrice ; 3 de dilatation permanente ; 2 d'hyperacidité organique.

Tel est le bilan de ces facteurs étiologiques.

Cette statistique serait lettre morte si on n'y ajoutait quelques commentaires.

Certains cas figurent sous plusieurs de ces rubriques : cela tient à ce qu'on peut observer et qu'on observe assez souvent, par exemple, qu'un alcoolique est en même temps un névropathe ; qu'à la suite d'une émotion morale vive, il s'est constitué un état de névropathie compliqué de dyspepsie.

La mention « névropathie » ne veut pas dire, en effet, que la névropathie était dans tous les cas nettement antérieure à la dyspepsie ; mais que chez les dyspeptiques on pouvait relever des phénomènes névropathiques plus ou moins accusés.

Certaines raisons que nous allons exposer, amènent cependant à penser que la névropathie est le fonds même sur lequel se développent la plupart des états dyspeptiques.

Le plus souvent, il est difficile lorsqu'on se trouve en présence d'un neurasthénique dyspeptique, de décider ce qui a commencé, de la dyspepsie ou de la névropathie ; dans quelques cas très démonstratifs il n'en est pas de même, et l'on voit nettement l'état nerveux précéder et engendrer l'état dyspeptique.

En général, si l'on s'en tient au dire des malades, c'est la névropathie qui doit être mise au premier rang, c'est elle qui a précédé la dyspepsie. Ils ont été nerveux avant de souffrir de l'estomac. Il est plus démonstratif d'assister soi-même à l'évolution des choses.

Nous avons soigné pendant quatre ans deux des malades cotés à la fois comme neurasthéniques et hyperchlorhydriques avant de les entendre se plaindre de leur estomac. Tous deux étaient de grands neurasthéniques.

Nous avons vu plusieurs fois une vive émotion devenir immédiatement la cause d'accidents de neurasthénie et de dyspepsie qui évoluaient ensuite parallèlement. Il nous faut citer les principaux cas, ils sont réellement très démonstratifs.

Une femme, en 1848, voit son mari fusillé devant elle sur une barricade ; elle devient dyspeptique et neurasthénique, et, quarante-deux ans après, en 1890, nous la trouvons gastrorrhéique. Il est probable qu'elle avait autrefois de l'hyperchlorhydrie avec hypersécrétion.

C'est encore de la gastrorrhée avec une histoire clinique antérieure d'hyperchlorhydrie et d'hypersécrétion que nous trouvons chez un homme qui, ayant pris part aux affaires du Deux-Décembre, fut obligé de quitter Paris et d'aller se réfugier à Bordeaux avec, pendant des mois, l'angoisse de tomber dans les mains de la police.

Un Arménien, établi à Constantinople, perdit toute sa fortune pendant la guerre turco-russe. Il voyagea, fit des entreprises de divers ordres pour relever ses affaires, mais sans succès. De marchand aisé, il finit par échouer à Paris simple homme de peine. Tout cela le rendit profondément neurasthénique et hyperchlorhydrique.

Une autre neurasthénique, également hyperchlorhydrique, avait vu la neurasthénie et la dyspepsie commencer à la suite de vifs chagrins ; un de ses frères avait commis un vol et avait été pour cela condamné à la prison. Ce fut pour sa famille, qui habitait une petite localité de province, une vive affliction. Ces malheureuses gens passaient leurs journées à pleurer sur la tache infligée à leur nom.

Un jeune marin, fort, vigoureux, insouciant et heureux de vivre, est, dans une lutte avec des amis, violemment jeté à terre. Dès le lendemain, ce n'est plus le même homme. Il devient triste, préoccupé, sans force et sans courage. Il restreint de plus en plus son alimentation pour ne pas souffrir, il maigrit, est obligé de renoncer à ses occupations d'employé de bureau. Il passe une partie de ses journées au lit dans l'inaction et le désespoir : c'était un hypochlorhydrique.

Même histoire, à peu de chose près, chez un ouvrie Gay. Cet homme travaillait au fond d'une tranchée cre sur la voie publique ; une voiture lourdement chargée se renverser précisément au-dessus de cette tranchée, m. sans l'atteindre. La peur fut très vive à juste titre. A partir de cette époque, se développa un état permanent de neurasthénie et de dyspepsie ; dyspepsie purement nervo-motrice avec chimisme normal.

Un sergent de ville est jeté par terre en arrêtant un ch val emporté ; il devient neurasthénique et dyspeptique.

Dans le même ordre d'idées, il faut citer encore le surmenage. Ici c'est un jardinier qui fait, pour la première fois, la moisson et qui devient dyspeptique après cette période de fatigue inaccoutumée. Là une jeune servante nouvellement arrivée à Paris qui se fatigue à chercher une place et peine d'une façon exagérée dans celle qu'elle a enfin découverte.

Évidemment, on ne peut pas dans tous les cas trouver une étiologie aussi nette ; mais il nous semble que les faits que nous venons de citer ont, en quelque sorte, la valeur de *faits expérimentaux* et qu'ils montrent bien que, dans un grand nombre de cas, la névropathie est la condition pre-

mière de la dyspepsie sous ses différentes formes cliniques et chimiques.

Nous voudrions, pour terminer ce qui a trait à l'étiologie, présenter encore quelques réflexions sur certains facteurs étiologiques.

Tout d'abord l'alcoolisme. L'existence de l'alcoolisme avéré, chez un dyspeptique, appelle comme corollaire obligé le diagnostic de gastrite. Or, il n'est pas démontré qu'il y ait toujours gastrite dans ces conditions. En effet, deux des alcooliques que nous avons examinés étaient en même temps hystériques. Un autre était dipsomane; un autre avait eu des accidents très accentués de neurasthénie avant de se livrer à la boisson. Un autre encore avait un tic congénital de la face. Ne peut-on pas penser que la névropathie jouait également son rôle dans le complexus dyspeptique? M. Debove va jusqu'à se demander si la névropathie éthylique n'est pas la cause principale de la dyspepsie des buveurs.

Ici, on se trouve, comme dans d'autres conditions, du reste, en face d'un problème difficile à résoudre : y a-t-il ou n'y a-t-il pas gastrite? Il faut bien, une fois pour toutes, confesser l'insuffisance de nos moyens d'exploration, lorsqu'il s'agit de la gastrite.

Les vomissements glaireux, la présence d'un liquide riche en mucus dans l'estomac à jeun, la douleur à la pression le long de la grande courbure et non pas exclusivement au creux épigastrique, le vomissement de sang sont, chez les alcooliques surtout, des arguments de valeur en faveur de la gastrite.

Pour Jaworski, Boas et d'autres, la succession de l'hypochlorhydrie permanente à l'hyperchlorhydrie; plus tard encore la disparition de la pepsine et du ferment lab (présure), seraient des signes de destruction progressive de la muqueuse qui, après avoir été simplement irritée, finirait par être anatomiquement et physiologiquement détruite.

Nous avons vu un alcoolique être encore hyperchlorhydrique, alors que douze ans auparavant il avait eu des vomissements de sang. N'avait-il pas pu guérir d'une gastrite partielle et conserver de la névrose sécrétoire? M. Hayem a vu de son côté que l'amoindrissement des fonctions chimiques de l'estomac n'est nullement proportionné à la durée de l'intoxication. Il serait plutôt en rapport avec l'intensité de cette intoxication.

En somme, on se trouve là en présence d'un problème ...eur, actuellement insoluble, et c'est pourquoi le terme de gastrite n'a pas pris place dans la dénomination et l'énumération des états dyspeptiques que nous avons étudiés.

Deux fois nous avons trouvé la dyspepsie en rapport avec les reins flottants. Il s'agissait de deux femmes fortement neurasthéniques; l'une d'elles, déjà très nerveuse auparavant, a fait, il y a vingt ans, une chute sur le siège, de la hauteur d'un second étage. Depuis cette époque, elle est restée sujette à des douleurs abdominales, à de la dyspepsie habituelle et à des crises de vomissements qui se montrent par accès, irrégulièrement périodiques, d'une durée de cinq à dix jours environ.

L'autre, qui présente des accidents très analogues avec une dilatation considérable de l'estomac, a vu la dyspepsie se montrer, il y a quatre ans, époque à laquelle elle a perdu son mari.

Les reins flottants ne vont guère sans phénomènes de neurasthénie : ils sont comme une épine qui éveille et entretient la névropathie.

Dans trois cas, la dyspepsie remontait à une fièvre typhoïde survenue deux ans auparavant : on sait que l'estomac est parfois atteint d'une gastrite dothiénentérique qu'ont signalée MM. Cornil et Chauffard; rien d'étonnant, dès lors, à ce que la dyspepsie puisse survivre à la fièvre typhoïde.

L'un de nous a déjà vu et rapporté des faits de ce genre.

Nous pouvons, pour condenser la substance de l'étude étiologique qui précède, formuler les propositions suivantes :

1° Les mêmes causes, émotions morales vives, secousses physiques, neurasthénie antérieure, chlorose (Hayem), alcoolisme, peuvent donner lieu également aux diverses formes cliniques de la dyspepsie gastrique. Les états dyspeptiques ne peuvent donc pas être classés exclusivement d'après leur étiologie;

2° La fréquence des secousses morales ou physiques dans cette étiologie; la fréquence des phénomènes névropathiques antérieurs à la dyspepsie démontrent nettement que la névropathie a une importance capitale dans la genèse des divers modes de la dyspepsie; nous ne sommes pas en droit cependant et nous n'avons pas l'intention de lui attribuer une influence exclusive.

3° L'étiologie ne fournit en faveur du diagnostic différentiel de la gastrite et de la dyspepsie nerveuse que des probabilités d'une valeur relative et non des certitudes. Il n'est pas démontré que la dyspepsie des alcooliques soit toujours attribuable à la gastrite, ni, quand la gastrite existe chez eux, qu'elle lui soit entièrement attribuable et subordonnée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. Dumontpallier et Cadet de Gassicourt ayant atteint la limite d'âge : M. Cornil passe de la Charité à l'Hôtel-Dieu; M. Bouchard, de Lariboisière à la Charité; M. Troisier, de la Pitié à Lariboisière; M. Faisans, de Tenon à la Pitié; M. Moizard, de Tenon à l'hôpital Trousseau; M. Barié, de l'hospice des Ménages à Tenon; M. Comby, de Sainte-Périne à Tenon; M. Lépine (qui revient de Lyon) passe du Bureau central à Sainte-Périne, et M. Chantemesse, du Bureau central à l'hospice des Ménages.

— Par décret, en date du 14 décembre 1891, M. Canolle, médecin de première classe du corps de santé des colonies, a été promu au grade de médecin principal.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 décembre 1891, un concours s'ouvrira le 15 juin 1892, à l'École de médecine de Caen, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 décembre 1891, l'ouverture du concours d'agrégation des Facultés de médecine, précédemment fixée au 15 décembre 1891, est prorogée au 4 janvier 1892.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 novembre 1891, des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de l'épidémie de typhus exanthématique qui a sévi de mai à août 1891 à l'île Tudy (Finistère) :

Médaille d'or. — M. le docteur Touren, médecin de première classe de la marine, détaché du port de Brest, gravement atteint par l'épidémie.

Médaille de vermeil. — Dame Hélier, en religion Sœur Emmanuel, supérieure de la congrégation des filles du Saint-Esprit, à

Quimper. Déjà titulaire d'une médaille d'argent pour le choléra de 1885-1886.

Médailles d'argent. — MM. Le Corre, maire de l'île de Tudy; Coat, quartier-maître infirmier de la marine; Cado, soldat à la 11e section d'infirmiers militaires, à Nantes, gravement atteint par l'épidémie.

Médailles de bronze. — Sœur Marie de Naziance, Sœur Célinie, Sœur Saint-Damase et Sœur Raphaël, de la congrégation des filles du Saint-Esprit; M. L'Helgouach, soldat à la 11e section d'infirmiers militaires.

Mention honorable. — Mme Le Corre, à l'île Tudy.

— *Hôpitaux de Grenoble.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes : MM. Battier et Isnel.

Externes : MM. Durif, Clarac et Rostaing.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Vallas.

— Le concours d'admission à l'École du service de santé militaire s'ouvrira le 21 juillet prochain. La date extrême d'inscription est fixée au 4 juillet au soir.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Caunieu, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Barret de Nozaris, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Plus, licencié ès sciences naturelles, est délégué provisoirement dans les fonctions d'aide-préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Desvil, dont la délégation est expirée.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Moreau, pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux du laboratoire de chimie minérale, en remplacement de M. Linossier, dont la délégation est expirée. — M. Métroz, pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux du laboratoire de pharmacie, en remplacement de M. Florence, dont la délégation est expirée.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — MM. Stroup, ancien prosecteur, et Wilhem, aide d'anatomie, sont nommés aides de clinique, en remplacement de MM. Prantois et Sterne démissionnaires.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Séance solennelle de l'Académie de Médecine. — Revue de la Presse. — Chronique et nouvelles scientifiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 15 décembre 1891. — Présidence de M. Tarnier.

RAPPORT

M. le Secrétaire perpétuel, au nom de M. Féréol, secrétaire annuel, décédé, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1891.

PRIX DE 1891

Prix de l'Académie (1000 francs). — Question *De la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde.* — L'Académie a reçu douze mémoires sur ce sujet. — Le prix est partagé de la manière suivante : 1° 500 francs à M. le docteur Sicard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Béziers; 2° 250 francs à M. le docteur Delahousse, médecin principal, directeur du service de santé du 12e corps d'armée, à Limoges; 3° 250 francs à M. le docteur Albert Boucher, médecin-major de deuxième classe au 147e d'infanterie, à Verdun.

Prix Alvarenga, de Piauhy [Brésil] (800 francs). — Vingt-cinq travaux divers ont été soumis au concours. — L'Académie partage le prix entre : 1° M. le docteur Frédéric Bateman, de Norwich (Angleterre); 2° M. le docteur Félix Legueu (de Paris). — Des mentions honorables sont en outre accordées à MM. les docteurs Blocq (de Paris), Labit, médecin-major au 85e de ligne, à Cosne, et Legrain (de Paris).

Prix Barbier (2500 francs). — Huit ouvrages ont été adressés pour ce concours. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement : 1° 1000 francs à M. Adrien Lucet, médecin-vétérinaire à Courtenay (Loiret); 2° 500 francs à M. le docteur Thoinot (de Paris); 3° 500 francs à MM. Galtier et Violet, professeurs à l'École de médecine vétérinaire de Lyon.

Prix Henri Buignet (1500 francs). — Six concurrents se sont présentés. — L'Académie décerne le prix à M. Patein (de Paris), pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière.

Prix Capuron (1000 francs). — Question : *De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins.* — Un seul mémoire a été présenté. — Le prix n'est pas décerné. — L'Académie accorde une mention honorable à M. le docteur Versepuy, médecin consultant aux eaux de Saint-Nectaire.

Prix Civrieux (900 francs). — Question : *Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés.* — Quatre mémoires sur ce sujet ont été adressés au concours. — L'Académie partage le prix entre : 1° M. le docteur L. Camuset, médecin-directeur de l'asile public d'aliénés d'Eure-et-Loir, à Bonneval; 2° à M. le docteur Charles Vallon, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Villejuif (Seine). — Une mention honorable est en outre accordée à M. le docteur Bernard, médecin à la Ruche, Dinard-les-Bains (Ille-et-Vilaine).

Prix Daudet (1000 francs). — Question : *Du traitement chirurgical du goître et de ses conséquences immédiates ou éloignées.* — Dix concurrents se sont présentés. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde des encouragements : 1° 500 francs à M. le docteur James Berry, chirurgien au Royal Free Hospital (London); 2° 500 francs à M. le docteur Léon Gallez, au Châtelet, province de Hainaut (Belgique).

Prix Desportes (1300 francs). — Douze ouvrages ont été soumis au jugement de l'Académie. — Le prix est décerné à M. le docteur Brocq (de Paris). — Une mention honorable est en outre accordée à M. le docteur Burlureaux, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Concours Vulfranc Gerdy. — L'Académie a versé, en 1891, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 2000 francs à M. Gresset; 2000 francs à M. Gauly; 2000 francs à M. Calheirneau; 2000 francs à M. Matton.

Prix Ernest Godard (1000 francs). — Sept concurrents se sont présentés. — L'Académie partage le prix ainsi qu'il suit : 1° 400 francs à M. le docteur Kirmisson (de Paris); 2° 300 francs à M. le docteur Félizet (de Paris); 300 francs à M. Ch. Répin, interne des hôpitaux de Paris.

Prix de l'hygiène de l'enfance (1000 francs). — Question : *Déterminer quels sont, dans l'allaitement artificiel des enfants du premier âge, la valeur et les effets, soit du lait cru et tiédi au bain-marie, soit du lait bouilli.* — L'Académie a reçu onze mémoires sur cette question. — Le prix est partagé entre : 1° M. le docteur Henry Drouet (de Paris); 2° M. le docteur Séverin Icard (de Marseille). — Une mention honorable est en outre accordée à M. le docteur Émile Thomas, médecin de la Policlinique à l'Université de Genève.

Prix Itard (2700 francs). — Douze travaux ont été adressés au concours. — Un prix de 2000 francs est décerné à M. le docteur Duroziez (de Paris). — L'Académie accorde, en outre, à titre d'encouragement : 1° 350 francs à MM. les docteurs Gouguenheim et Paul Tissier (de Paris); 2° 350 francs à M. le docteur Duval (de Paris).

Prix Laborie (5000 francs). — L'Académie a reçu pour ce concours quatorze ouvrages. — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 2000 francs à M. le docteur Paul Thiéry (de Paris); 2° 1500 francs à M. le docteur Pierre Delbet (de Paris); 3° 1500 francs à M. le docteur Delorme, professeur au Val-de-Grâce. — L'Académie accorde en outre des mentions honorables à : 1° à M. le docteur Marcel Baudouin (de Paris); 2° à M. le docteur René-Léon Le Fort, stagiaire au Val-de-Grâce; 3° M. le docteur Louis Wichkam (de Paris).

Prix Laval (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Martin Durr, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Meynot aîné, père et fils (de Donzère) [Drôme] (2600 francs). — Huit ouvrages ont été soumis au concours. — L'Académie décerne : 1° Un prix de 1600 francs à M. le docteur Nicati (de Marseille); 2° Une récompense de 500 francs à M. le docteur Valude (de Paris); 3° Une récompense de 500 francs à M. le docteur Georges Martin (de Bordeaux).

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — L'Académie a reçu sept ouvrages ou mémoires pour ce concours. — Un prix de 1000 francs est décerné à M. le docteur Fernand Lagrange (de Limoges). — Une mention honorable, avec une somme de 500 fr. est en outre accordée à M. Galtier, professeur à l'École de médecine vétérinaire de Lyon.

Prix Nativelle (300 francs). — Deux concurrents se sont présentés. — L'Académie décerne le prix à M. Houdas, préparateur de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Prix Oulmont (1000 francs). — M. Souques, interne en médecine des hôpitaux de Paris, a obtenu le prix.

Prix Portal (800 francs). — Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.* — Deux mémoires sur cette question ont été adressés au concours. — L'Académie décerne le prix à M. Pierre Achalme, interne des hôpitaux de Paris. — Une mention honorable est en outre accordée à M. Critzman, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Pourat (1200 francs). — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.* — L'Académie n'a reçu aucun mémoire sur ce sujet, la même question sera remise au concours pour l'année 1894.

Prix Vernois (700 francs). — Quinze ouvrages ont concouru. — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° 300 francs à M. C. Tollet, ingénieur à Paris; 2° 200 francs à M. le docteur Eugène Richard, médecin principal de l'armée, agrégé libre au Val-de-Grâce; 3° 200 francs à M. le docteur Carlier, médecin-major.

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 188[illegible] :

Médaille d'or à : M. le docteur Bourgarel, à Pierrefonds (Oise).

Rappel de médaille d'or à : M. Lacour-Eymard, pharmacien-major de première classe à la Direction du service de santé du 4e corps.

Médailles d'argent à : MM. les docteurs Belugou, à La Malou (Hérault); Chauvet, à Royat; Frémont, à Vichy; Delastre, médecin à Brides-les-Bains (Savoie); Mabboux, à Contrexéville (Vosges).

Rappels de médailles d'argent à : MM. les docteurs Challan, médecin principal de première classe; Chiais, à Évian (Haute-Savoie); Percepied, au Mont-Dore; Planche, à Balaruc (Hérault); Rodet, médecin à Vittel (Vosges).

Médailles de bronze à : M. Bretet, pharmacien à Vichy; MM. les docteurs Cornillon, à Vichy; Forestier, à Aix-les-Bains (Savoie); Laussedat, à Royat; Morisson, à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Service des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1890 :

Médailles d'or à : MM. les docteurs Chabenat, médecin des épidémies de l'arrondissement de La Châtre (Indre); Fiessinger, à Oyonnax (Ain).

Rappels de médailles d'or à : MM. les docteurs Alison, de Baccarat (Meurthe-et-Moselle); Jacques Bertillon, chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris; Coustan, médecin-major de première classe au 122e de ligne, à Montpellier; Gerlier, à Ferney-Voltaire (Ain); Jablonski, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poitiers; Marvaud, médecin principal de première classe à Lyon; Teissier (de Lyon).

Médailles d'argent à : MM. les docteurs Balestre, directeur du bureau municipal d'hygiène et de statistique de la ville de Nice (Alpes-Maritimes); Catelan, médecin sanitaire de France à Alexandrie (Égypte); Coiffier, au Puy (Haute-Loire); Courrent, de Tuchan (Aude); Dubrulle, médecin-major au 116e de ligne; Duvernet (de Paris); Henri Favier, médecin-major au 5e régiment de dragons, à Compiègne; Fleury, médecin du bureau d'hygiène et de statistique de la ville de Saint-Étienne (Loire); Gleize, médecin-major de deuxième classe, à Tizi-Ouzou (département d'Alger); Jenot, médecin à Dercy (Aisne); M. Louis Masson, inspecteur du service d'assainissement du département de la Seine; M. Paul Roux, sous-chef de bureau de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur.

Rappels de médailles d'argent à : MM. les docteurs Bompaire, à Millau (Aveyron); Carlier, médecin-major de deuxième classe au 74e de ligne; Darolles, à Provins (Seine-et-Marne); Frilet, médecin-major, à Sousse (Tunisie); Geschwind, médecin-major de première classe, à Mostaganem; Hébert, à Audierne (Finistère); Leclercq, à Arras (Pas-de-Calais); Longet, médecin-major, à Givet (Ardennes); Schoull, médecin-major de deuxième classe, à Tunis; Sicard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Béziers; Torthe, médecin-major, à Agen.

Médailles de bronze à : MM. les docteurs Bidon, de Marseille; Butterlin, à Baume (Doubs); Chonnaux-Dubisson, à Villers-Bocage (Calvados); Gerbault, médecin-major de première classe au 10e de ligne, à Auxonne (Côte-d'Or); Émile Girat, à Neuvy-Saint-Sépulchre (Indre); Larue, médecin-major de deuxième classe au 106e de ligne; Albert Lévy, médecin-major, à Aumale (Algérie); Magnant, à Gondrecourt (Meuse); Marix, médecin-major de deuxième classe au 103e de ligne; Maurice Mercier, médecin-major de deuxième classe au 90e de ligne; Millet, à Noyon (Oise); Perronet, à Cherchell (Algérie); Paul Raymond (de Paris); Émile Sudour, médecin-major de deuxième classe au 15e de ligne; Thonion, à Annecy (Haute-Savoie); Treffert, de Montbéliard (Doubs); [illegible], médecin-major à l'École d'application de Fontainebleau.

Rappels de médailles de bronze à : MM. les docteurs Delamare, médecin-major de deuxième classe au 32e de ligne, à Châtellerault (Vienne); Robert, médecin-major, à Verdun (Meuse).

Service de l'hygiène de l'enfance. — *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Bournet, à Amplepuis (Rhône); Capelle, à Hermies (Pas-de-Calais); M. Ernest Carle, juge de paix à Nyons (Drôme); M. le docteur Mazade, inspecteur départemental des Bouches-du-Rhône, à Marseille.

Rappels de médailles de vermeil à : MM. le docteur Blache (de Paris); MM. Pierre Fleury, à Vannes, inspecteur départemental; Jenot, médecin à Dercy (Aisne); MM. les docteurs Picard, à Selles-sur-Cher (Loir-et-Cher); Regnoul, à Villeneuve-la-Guyarde (Yonne); Séjournet, à Revin (Ardennes).

Médailles d'argent à : MM. les docteurs Biron et Testelin, d'Argenteuil (Seine-et-Oise); Coffignon, à Marle (Aisne); Delobel, à Noyon (Oise); Dumée, à Nemours (Seine-et-Marne); Grosjean, à Montmirail (Marne); Gierszynski, à Ouarville (Eure-et-Loir); Picard, à Lagny (Seine-et-Marne); M. Savouré-Bonville, inspecteur départemental à Évreux (Eure); MM. les docteurs Toussaint, à Argenteuil (Seine-et-Oise); Van Merris, médecin en chef des salles militaires de Tours.

Rappels de médailles d'argent à : M. le docteur Carassus, de Milly (Seine-et-Oise); M. Delage, inspecteur des enfants assistés de la Gironde, à Bordeaux; M. le docteur Driard, à Moret-sur-Loing (Seine-et-Marne); M. Lelimouzin, inspecteur départemental de la Loire-Inférieure, à Nantes.

Médailles de bronze à : MM. les docteurs Brun, à Ladon (Loiret); Czajewski, à Orléans; Durand, à Saint-Martin-d'Auxigny (Cher); M. Edelga, inspecteur départemental du Var, à Draguignan; M. le docteur Gaudeffroy, à Vatan (Indre); MM. Parizot, inspecteur départemental du Doubs, à Besançon; Steffe, inspecteur départemental de l'Aube, à Troyes; M. le docteur Surbled, à Corbeil; M. Tourneur, inspecteur départemental de l'Orne, à Alençon.

Service de la vaccine. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder :

Un prix de 1 500 *francs* à partager également entre MM. les docteurs Coiffier, au Puy (Haute-Loire); Adrien Schmit, médecin-major au 20e du train des équipages militaires, à Versailles (Seine-et-Oise); Thomas, médecin-major de première classe, à l'hôpital militaire de Bordeaux.

Quatre médailles d'or à : MM. les docteurs Georges Carlier, médecin-major de deuxième classe au 74e régiment de ligne, à Evreux; L. Dupeyron, médecin-major de deuxième classe au 66e de ligne, à Tours; Joseph Guirard, médecin-major de première classe, en retraite, à la Villegros (Morbihan); Huguenard, médecin-major au 6e régiment de hussards, à Bordeaux.

3° *Cent médailles d'argent :* aux vaccinateurs dont les noms suivent et qui se sont distingués soit par leurs travaux sur la vaccine, soit par le grand nombre de leurs vaccinations : MM. les docteurs Alirol (du Puy); Aucopt, de Doyet (Allier); Barbarin (de Briançon; Bardy (de Belfort); Barret, de Chabanais (Charente); Bergerat, de Neuilly-le-Réal (Allier); E. Blayac (de Paris); A. Boudard (de Marseille); E. Brallet, du Thillot (Vosges); Braunberger (de Paris); A. Calmette, médecin de première classe du corps de santé des Colonies; F. Camus, médecin-major de première classe; Carton, médecin aide-major de première classe; Cassedebat, médecin-major de deuxième classe; Chabaud, de Jaujac (Ardèche); Chenet (de Paris); Chonnaux-Dubisson (de Villers-Bocage); Ciando (de Nice); Coudour, de Saint-Rambert (Loire); P. Courrent, de Tuchan (Aude); A. Cuq (de Pau); Decourtieux (de Noyelles-sous-Lens); Dubiquet (de Lille); Duvernet (de Paris); Fabre (du Puy); Ferrand (de Saint-Barbané-Marseille); Fidel, de Saint-Romain (Seine-Inférieure); de Fleury (d'Angoulême); Fontan, de Saint-Jean-de-Mont (Vendée); Fouquet (de Vannes); Fuzet du Pouget, de Casteljau (Ardèche); A.-J. Gerbault, médecin-major de première classe; G. Germa (d'Auxonne); Godin, médecin-major de deuxième classe; Grenell (de Gérardmer); Grivet, médecin-major de deuxième classe; Hellet, de Clichy (Seine); Jaubert, de Michelet (Algérie); Lagarde (de Montauban); P. Lalage (d'Albi); Lamarche, au Buis (Drôme); Laurens, de Magescq (Landes); Laurent, de Briey (Meurthe-et-Moselle); E. Laurent, médecin-major de première classe; Lequeré, de Callac (Côtes du Nord); Liron, médecin-major de deuxième classe; Mangenot (de Paris); Marcaillou d'Aymerie (de Blidah); J. Massot (de Perpignan); Maze (du Havre); Ménard, de Feurs (Loire); A.-E. Mercier (de Besançon); Mesnard, de Tourriers (Charente); Mordret (du Mans); Mouchet (de Sens); Nodet, de Chambon (Loire); Pauliot, de Confolens (Charente); V.-J.-L. Pernet, de Rambervillers (Vosges); Perret, de Romans (Drôme); Perronet, de Cherchell (Algérie); Peton (de Saumur); Piedpremier, médecin-major de première classe; Poujol, médecin aide-major de première classe; Rigodon (de Montbrison); Roquemaure (de Fréjus); Sahut (de Gannat); Sartre, de Lavelairet (Ariège); Souligoux (de Vichy); E. Sudour, médecin-major de deuxième classe; Thominet et Thoumas (de Paris); Vals, de Baixas (Pyrénées-Orientales); Vedel (de Lunel); de Welling (de Rouen); L. Zaleski, d'Alais (Gard).

MM. les officiers de santé Massina, au Boulon (Pyrénées-Orientales); Plouquet, d'Ay (Marne).

M. Giresse, interne provisoire à l'hospice des Enfants-Assistés, à Paris;

Mmes les sages-femmes Belette, de Lubersac (Corrèze); Burellier (de Roanne); C. Cossin, femme Genot (de Mirecourt); Delage-Mommalier (de Bordeaux); M. Delpy, de Suc (Ariège); Dinard (de Bourges); Dumas (de Bourg-Argental); Gaucher (de Vierzon-Ville); Hanicot (de Paris); V. Jauze (de Tarascon); Laborde (de Bergerac); C. Lafitte (de Salies-de-Béarn); Lemaire-Demessine (de Lille); Salque, de Monfaucon (Haute-Loire); Salvazet, de Meymac (Corrèze); C. Sandrart (de Lille); Sauvage-Lavabre (de Lille); M. Trotignon, femme Bataille (de Châteauroux); van Wédinghen (de Paris); M. Vincent, de Pradelles (Haute-Loire);

MM. les vétérinaires Frouin, de Saint-Nicolas-du-Pelem (Côtes-du-Nord); Pourquier (de Montpellier).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1892

(Les Concours seront clos fin février 1892.)

Prix de l'Académie. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Amussat. — 1 000 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Prix Barbier. — 2 500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet. — 1 500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1 500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3 000 francs sera partagée en deux prix de 1 500 francs chacun.

Prix Adrien Buisson. — 10 500 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1 200 francs. (Annuel.) — Question : *De la phlegmatia alba dolens au point de vue obstétrical.*

Prix Civrieux. — 900 francs. (Annuel.) — Question : *Établir, par des recherches cliniques et anatomo-pathologiques, la nature des pseudo-paralysies saturnine et alcoolique.*

Prix Daudet. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *Leucoplasie buccale.*

Prix Desportes. — 1 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Prix Falret. — 1 000 francs. (Bisannuel.) — Question : *Accidents nerveux de l'urémie.*

Prix Ernest Godard. — 1 000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Prix Huguier. — 3 000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par les étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Prophylaxie de la syphilis dans l'allaitement.*

Prix Laborie. — 5 000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix Laval. — 1 000 francs. (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Louis. — 5 000 francs. (Triennal.) — Question : *De l'eau froide dans le traitement de la fièvre typhoïde.*

Prix Mège. — 900 francs. (Triennal.) — Question : *Des saignées locales.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail ayant pour but l'extraction du principe actif défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

PRIX ORFILA. — 4000 francs. (Bisannuel.) — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps, de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale ?*

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique du corps thyroïde.*

PRIX POURAT. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.*

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

PRIX SAINT-PAUL. — 25000 francs. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui serait décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphthérie*.

Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphthérie lui auront paru mériter cette récompense.

PRIX STANSKI. — 1800 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. — Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque, relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX VERNOIS. — 700 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1893

(Les concours seront clos fin février 1893.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des origines et des modes de transmission des cancers.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX D'ARGENTEUIL. — 6800 francs. (Sexennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des voies urinaires.

PRIX BARBIER. — 2500 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1354.)

PRIX CAPURON. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *De l'influence des maladies de la mère sur le fœtus et, réciproquement, de l'influence des maladies du fœtus sur l'état de santé de la mère.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.*

PRIX DAUDET. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des parotidites.*

PRIX DESPORTES. — 1380 francs. — (Voir plus haut, p. 1357.)

CONCOURS VULFRANC GERDY. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir, près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger, des élèves en médecine nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de médecine, 49, rue des Saint-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1893. Un exemplaire du règlement du concours Vulfranc Gerdy est déposé dans toutes les Facultés et Écoles de médecine et de pharmacie. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1894. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX LABORIE. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX LAVAL. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX LEFÈVRE — 1800 francs. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

PRIX OULMONT. — 1000 francs. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (médecine).

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Les luxations congénitales de la hanche.*

PRIX POURAT. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *Déterminer, à l'aide de l'expérimentation et de la physiologie pathologique, le rôle du pancréas dans la glycogénie et la glycosurie diabétique.*

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

PRIX TREMBLAY. — 7200 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur les maladies des voies urinaires, catarrhe, affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1894

(Les Concours seront clos fin février 1894.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De l'étiologie de la grippe.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX AMUSSAT. — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX BARBIER. — 2500 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 800 francs. (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

PRIX CAPURON. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Étude comparative sur le traitement hydrologique du diabète sucré.*

PRIX CIVRIEUX. — 900 francs. (Annuel.) — Question : *Des troubles du langage chez les aliénés.*

Prix Daudet. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.*

Prix Desportes. — 1 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

Prix Falret. — 900 francs. (Bisannuel.) — Question : *Les somnambulismes.*

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

Prix Herpin (de Metz). — 1 200 francs. (Quadriennal.) — Question : *Du traitement abortif de l'érysipèle.*

Prix Itard. — 2700 francs. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

Prix Laval. — 1 000 francs. — (Voir plus haut, p. 1355.)

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

Prix Nativelle. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

Prix Oulmont. — 1 000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (médecine).

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des maladies causées par le « bacterium coli commune ».*

Prix Pourat. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

Prix Saintour. — 3 600 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Stanski. — 1 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

Prix Vernois. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1356.)

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis aux concours, à l'exception des prix Buignet et Huguier.

Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, d'Argenteuil, Barbier, Bourceret, Buignet, Buisson, Desportes, Godard, Huguier, Itard, Laborie, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Saint-Paul, Saintour, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés et instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne sont pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

LECTURE

M. Cadet de Gassicourt lit un travail intitulé : « Coup d'œil sur la médecine française au XIXe siècle. »

La séance est levée.

REVUE DE LA PRESSE

Le chlorhydrate d'ammoniaque dans les affections du foie. — Stewart, se fondant sur un grand nombre de faits observés dans les hôpitaux de l'Inde, place le chlorhydrate d'ammoniaque au premier rang des médicaments à essayer dans les affections du foie. C'est en particulier dans la congestion du foie et l'hépatite aiguë que les résultats seraient remarquables. Ils peuvent l'être également dans les abcès et Stewart rapporte un fait détaillé d'abcès profond du foie qui avait guéri en un mois par cette médication. Les hépatites chroniques, les cirrhoses alcooliques et cardiaques sont beaucoup moins modifiées. Le chlorhydrate est surtout utile au début, à la période de simple congestion.

Les doses données ont varié de 1gr50 à 3 grammes par jour, administrés en trois fois dans les vingt-quatre heures. Les sueurs abondantes qui surviennent fréquemment ne sont nullement une cause d'affaiblissement et ne doivent pas faire suspendre l'emploi du chlorhydrate. (*The Lancet.*)

L'antipyrine comme agent de suppression de la sécrétion lactée. — M. Guibert, interne des hôpitaux de Montpellier, a pu établir par dix-neuf observations les bons effets de l'antipyrine pour tarir la sécrétion lactée. Ce médicament semble supérieur aux autres agents : purgatifs répétés, régime sec, iodure de potassium, tisanes diverses employées dans le même but.

Les dix-neuf malades ainsi traitées étaient de jeunes accouchées ; les unes avaient allaité leur enfant quelques jours ; les autres n'avaient pas essayé l'allaitement. Chez toutes, l'antipyrine a été bien tolérée et a amené rapidement la suppression complète de la sécrétion lactée.

Les doses données ont été de 2 à 3 grammes par jour, pris par cachets de 25 centigrammes chaque. L'antipyrine apparaît rapidement dans l'urine et un peu plus tardivement dans le lait. Elle s'élimine donc non seulement par le rein, mais par la glande mammaire. (*Arch. de tocol.*)

Goître exophthalmique et rhumatisme. — MM. Weill et Diamantberger rapportent dix-huit observations établissant que le goître exophthalmique, dont la nature nerveuse est aujourd'hui presque universellement admise, se rencontre souvent dans l'évolution de la diathèse arthritique. Il s'agit là d'une coïncidence pathologique, qui, dans la plupart des cas, suit de plus ou moins près l'apparition du rhumatisme aigu ou chronique ; dans d'autres cas, elle l'accompagne ; dans d'autres, enfin, elle ne se retrouve que dans les antécédents personnels ou héréditaires des rhumatisants au même titre que d'autres manifestations ressortissant nettement à la diathèse arthritique.

L'insuffisance des données physiologiques et anatomo-pathologiques sur la question commande encore une très grande réserve au point de vue de son interprétation pathogénique. Il serait donc imprudent, téméraire même, de formuler, à l'heure actuelle, des affirmations ou des conclusions trop absolues à cet égard. (Société de médecine pratique.)

L'ipécacuanha dans le traitement de la pustule maligne. — Dans un cas de pustule maligne de la paupière, suivie, malgré l'excision au deuxième jour, d'accidents généraux et locaux très graves, le gonflement s'étant étendu jusqu'à la clavicule, Colley croit pouvoir attribuer la guérison à l'usage externe et interne de l'ipécacuanha. L'ipécacuanha, qui posséderait une action destructive sur les bacilles du charbon, fut appliqué en poudre comme topique local. Toutes les quatre heures, on fit prendre, à l'intérieur, 30 centigrammes de poudre d'ipécacuanha additionnés de 1 centigramme de morphine. (*The Lancet.*)

Hémoptysies non tuberculeuses. — Newmann rapporte quelques observations intéressantes d'hémoptysies, de causes toutes locales, résistant aux médications internes et cédant seu-

lement au traitement direct. La première est celle d'un homme de quarante-neuf ans, souffrant depuis seize mois d'hémoptysies très fréquentes. La quantité de sang craché variait de quelques gouttes à 40 grammes environ. Il n'existait aucun signe à l'auscultation et la santé restait bonne. Ce ne fut qu'au quatrième examen laryngoscopique qu'on finit par découvrir, au niveau de la commissure antérieure, une petite ulcération saignante. Dans un autre cas d'hémoptysies persistant depuis neuf mois, l'ulcération se trouvait sur la paroi antérieure de la trachée, au niveau du cartilage excorié.

Chez ces deux malades, le traitement local amena rapidement la guérison. Chez le second, toutefois, il y eut un retour d'hémorrhagies qui céda rapidement à un nouveau traitement de l'ulcération. Dans un troisième cas, l'hémorrhagie avait pour point de départ des veines variqueuses du pharynx. Les cautérisations à l'acide chromique furent faites tout d'abord sans succès. On essaya de l'électrolyse, le pôle positif étant appliqué dans le pharynx, le négatif derrière la nuque. Trois séances d'électrolyse, faites à une semaine d'intervalle, amenèrent l'oblitération des veines variqueuses. Trois ans après, la guérison ne s'était pas démentie. (*Med. Record.*)

Péricardites purulentes traitées chez l'enfant par l'incision à ciel ouvert. — Davidson rapporte deux faits de péricardites purulentes traitées par l'incision. Dans le premier, il s'agissait d'un enfant de six ans. La péricardite n'était qu'un accident de suppuration métastatique, car il existait une nécrose du troisième métatarsien et un abcès sous-périostique de la huitième côte droite. Toutefois une ponction exploratrice au niveau du péricarde ayant ramené du pus, l'incision fut faite au niveau du cinquième espace. Elle donna issue à huit onces de pus. Malgré un soulagement temporaire, l'enfant succombait le septième jour.

Le second cas est plus intéressant, car il n'y avait pas d'infection septicémique. L'enfant était âgé de sept ans. Il offrit, au début, tous les symptômes d'une pleurésie purulente gauche. L'empyème fut fait et il s'écoula dix onces de pus. Mais la température ne s'abaissant pas malgré le drainage pleural, l'examen du cœur montrant une augmentation de la matité péricardique, une ponction exploratrice fut faite à ce niveau et ramena du pus. L'incision du péricarde donna issue à sept onces de pus crémeux. Les deux opérations avaient été faites à six jours seulement d'intervalle. La fièvre tomba aussitôt après l'incision du péricarde. Au bout de cinq semaines, la guérison était complète. (*British Med. Journ.*)

La fièvre et les antipyrétiques chez les tout jeunes enfants. — Sur 956 nouveau-nés observés par Eron, 431 offrirent de la fièvre pendant les dix premiers jours de la naissance. Courte dans 145 cas, cette fièvre se prolongea plusieurs jours dans les 286 autres. Elle était due ordinairement soit à des troubles digestifs, soit à quelque complication ombilicale. Eron a étudié l'effet du traitement par l'antipyrine, le sulfate de quinine, les bains tièdes.

L'antipyrine fut donnée à la dose de 6 à 12 centigrammes. Une seconde dose était donnée au bout d'une heure, si la première n'avait pas produit de résultat. Ordinairement, en moins de deux heures, l'abaissement de la température était très marqué. Cet abaissement se prolongeait pendant quatre heures environ. L'action diaphorétique fut toujours très prononcée.

La quinine fut employée à doses un peu plus faibles avec des résultats à peu près analogues. L'action fut plus lente et plus persistante.

Les bains tièdes à 35 degrés ont donné des résultats très supérieurs aux médicaments. Leur durée doit être de dix minutes. Elle sera réduite à cinq minutes chez les enfants très affaiblis. En même temps que l'effet antithermique, l'effet calmant est ordinairement des plus remarquables. (*Zeits. f. Kinder.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours du prix de l'internat (médecine) s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or. — M. Thiroloix.

Médaille d'argent. — M. Achalme.

Mention honorable. — M. Pilliet.

Nos lecteurs salueront avec plaisir les noms de MM. Thiroloix et Achalme, et ceux de MM. Marcel Baudouin, Blocq, Critzman, Legueu, Thiéry, Tissier, Valude et Wickham, lauréats de l'Académie, tous auteurs d'excellentes Revues générales publiées dans notre journal.

— La Faculté de médecine de Paris propose, comme sujet du prix Corvisart pour 1892, la question suivante : « Diagnostic de l'hémorrhagie et du ramollissement du cerveau. »

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Un congé, sans traitement, est accordé, sur sa demande, à M. Engel, professeur de chimie médicale et de pharmacie.— MM. Regimbeau, Gayraud et de Girard, agrégés libres, sont rappelés à l'exercice. — M. Regimbeau est chargé, en outre, d'un cours complémentaire de clinique des maladies des vieillards. — M. Azémar est chargé des fonctions d'aide de physiologie, en remplacement de M. Metge, démissionnaire.

— *École de médecine de Reims.* — M. Laurent, licencié ès sciences naturelles et ès sciences physiques, est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— M. le docteur Pouey a été élu conseiller général pour le canton Est de Tartas (Landes).

— M. le docteur Allessandri a été élu conseiller général pour le canton de Nonza (Corse).

— M. le docteur Ledouble, professeur à l'École de médecine de Tours, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Tours.

— *Enseignement médical dans les hôpitaux.* — Les cours et conférences cliniques de MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs, auront lieu dans l'ordre suivant :

Saint-Louis. — Lundi, à neuf heures : M. Tenneson. Affections du cuir chevelu (laboratoire et salle Biett) ; — à dix heures : M. Quinquaud. Dermatologie et syphiligraphie (salle Cazenave).

Mardi, à neuf heures : M. Besnier. Policlinique, petite chirurgie dermatologique, lupus, acné, etc. (laboratoire Alibert). Pendant les mois de décembre 1891, janvier et février 1892 ; — M. Tenneson. Petite chirurgie dermatologique (laboratoire et salle Biett) ; — M. Championnière. Opérations et conférences cliniques (Isolement) ; — Cours et conférences de clinique chirurgicale (salle des conférences du musée). A partir du 1er février 1892.

Mercredi, à neuf heures : M. Besnier. Affections parasitaires, teigne, traitement des affections du cuir chevelu (laboratoire Alibert). En mars, avril et mai 1892 ; — à quatre heures : M. Quinquaud. Dermatologie et syphiligraphie (salle Cazenave).

Jeudi, à neuf heures : M. Tenneson. Conférences cliniques et dermatologiques (laboratoire et salle Biett) ; M. Championnière. Opérations et conférences cliniques (Isolement) ; — Cours et conférences de clinique chirurgicale (salle des conférences du Musée). A partir du 1er janvier 1892 ; — M. Bar. Cours sur l'obstétrique (laboratoire du service d'accouchements). A partir du 1er janvier 1892.

Vendredi, à quatre heures : M. Quinquaud. Dermatologie et syphiligraphie (salle Cazenave).

Samedi, à neuf heures : M. Tenneson. Gynécologie ressortissant à la dermatologie (laboratoire et salle Biett) ; — à neuf heures et demie : M. Péan. Clinique opératoire (amphithéâtre de chirurgie) ; — à dix heures : M. Quinquaud. Dermatologie et syphiligraphie (salle Cazenave) ; — à quatre heures : M. Quinquaud. Dermatologie et syphiligraphie (salle Cazenave).

Dimanche, à neuf heures : M. Hallopeau. Dermatologie et syphiligraphie (salle des conférences du Musée). De décembre 1891 à mars 1892 ; — à dix heures : M. Quinquaud. Dermatologie et syphiligraphie (salle Cazenave).

Bichat. — Jeudi, à neuf heures et demie : M. Huchard. Clinique et thérapeutique générales. Maladies de l'appareil respiratoire (au lit des malades et à l'amphithéâtre). — Jusqu'en avril 1892.

Dimanche, à neuf heures et demie : M. Huchard. Même enseignement. — D'avril à août 1892.

Midi et Lourcine. — Mercredi, à neuf heures et demie : MM. Mauriac, Balzer, de Beurmann, Alexandre Renault, Humbert et Pozzi. Syphilis et maladies vénériennes ; conférences faites en commun alternativement dans les deux établissements.

Trousseau. — Lundi : M. Sevestre. Maladies de l'enfance (amphithéâtre de chirurgie ou salles Lugol et Triboulet).

Mardi : M. Legroux. Consultations.

Mercredi, à trois heures et demie : M. Legroux. Maladies de l'enfance (salles Bouvier et Archambaut).

Vendredi : M. Legroux. Consultations.

Cours de physique médicale, par le professeur Gariel, 3e édition, entièrement refondue, avec gravures dans le texte. Fascicule I. — Le cours paraîtra en cinq fascicules et sera terminé en mai. Le fascicule II paraîtra en janvier. — Prix de l'ouvrage : 12 francs. — Paris, F. Savy.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 148. — SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1891. 64e ANNÉE. SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1891. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La greffe d'os morts, par le docteur F. BUSCARLET, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Un cas d'empoisonnement mortel par la cocaïne. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

La greffe d'os morts.

Par le docteur F. BUSCARLET, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Les essais de greffe osseuse, faits chez les animaux depuis 1810 par Merrem, Walther, Heine, Flourens, M. Ollier, etc., ont engagé les chirurgiens à tenter l'expérience sur l'homme, et les faits observés d'esquilles complètement détachées dans les fractures et de rondelles de trépan réimplantées par Walther, Wedermeyer, Wolf, qui s'étaient ressoudées, ont fait espérer que des os pris sur d'autres parties du corps, ou même chez des animaux, pourraient se greffer sur l'homme.

Les premiers remontent à 1874 et sont dus à Mac Ewen (1), qui répara une perte de substance cranienne en voie de cicatrisation, en la comblant au moyen d'un pariétal de jeune chien. Plus tard, en 1878, il reconstitua un humérus entier chez un enfant de trois ans, au moyen de transplantations successives de fragments osseux venant d'ostéotomies faites sur des tibias rachitiques.

D'autres observations de MM. Ollier (2), Poncet (3) montrèrent que la greffe d'os provenant de l'homme ou des animaux réussit dans certains cas.

Mais, malgré les nombreuses tentatives qui succédèrent à la publication de ces observations, il y en eut peu qui réussirent et furent publiées, car, dans beaucoup de cas, l'os implanté était rejeté au bout d'un certain temps avec la suppuration, ou bien la plaie se réunissait, tout semblait bien aller, mais plus tard l'os transplanté se résorbait au lieu de s'accroître, et le résultat était absolument nul.

(1) MAC EWEN. La transplantation osseuse, *Rev. de chir.*, 1882.
(2) OLLIER. *Traité de la régénération des os*, 1867; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, avril 1872; — *Traité des résections ostéoplasiques*, 1885-1889-1891; — *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, 1889; — Ostéogenèse chirurgicale, *Rev. de chir.*, 1891.
(3) PONCET. *France méd.*, 1886, p. 1470-1473; — Congr. franç. de chir. de 1886, procès-verbal, p. 363-368; — *France méd.*, 1887, p. 502-505; — *Revue de chir.*, 1889, p. 810.

L'application d'une antisepsie exacte a permis, dans ces derniers temps, d'obtenir plus de succès, et au mois de juillet de cette année, M. Ricard (1) publiait un succès remarquable; une vaste perte de substance du frontal avait été comblée au moyen d'un os iliaque de chien au moment même de l'opération, tandis que jusque-là on n'avait guère fait que des transplantations secondaires, lorsque la plaie est en voie de bourgeonnement.

Pourtant, si l'on consulte M. Ollier, l'un des pères de la greffe osseuse, on voit (2) que les greffes ne réussissent chez les animaux que lorsque le transplant est emprunté au sujet lui-même ou à un sujet différent de même espèce; au contraire, lorsqu'il est pris chez un sujet d'espèce différente, la greffe se résorbe au bout d'un certain temps, le transplant n'est alors qu'un *soutien temporaire*, destiné à disparaître et à être remplacé par de l'os nouveau provenant du sujet lui-même.

Au point de vue de la transplantation à l'homme, M. Ollier signale la difficulté que l'on a de se procurer des greffes, et le danger qu'il y aurait à greffer un os tuberculeux ou syphilitique ; les greffes massives, c'est-à-dire d'un os entier, se résorbent, les greffes fragmentaires ne s'accroissent que lorsqu'elles proviennent d'os humains, et encore n'ontelles souvent qu'une *action de présence*, d'agent qui irrite les fragments de périoste restés dans le voisinage, ainsi s'expliqueraient les résultats de Mac Ewen, de M. Poncet.

D'autre part, Adamkiewicz (3) conclut, des expériences qu'il a faites sur le lapin, que les os transplantés se greffent réellement, leurs vaisseaux se mettent en communication avec ceux du terrain dans lequel ils sont placés, ils s'accroissent et vivent pour leur propre compte. En outre, la greffe d'un animal à l'autre réussit dans les mêmes conditions, contrairement à l'opinion de M. Ollier, ce qui élargirait bien le champ de la greffe osseuse.

De ce court résumé et de la lecture des observations nombreuses que nous rapportons dans notre thèse (4), il résulte que la greffe d'os vivants n'est pas applicable à beaucoup de cas, et c'est pourquoi on a cherché à lui substituer l'implantation d'os morts; si, comme le dit M. Ollier, le transplant n'a qu'une action de présence, et ne sert que

(1) A. RICARD. *Gaz. des hôpit.*, 23 juillet 1891; — Acad. de méd., 21 juillet 1891.
(2) OLLIER. Communic. au Congr. de Berlin, 1890.
(3) ADAMKIEWICZ. Acad. sc. de Vienne, 1889.
(4) BUSCARLET. *La greffe osseuse chez l'homme et l'implantation d'os décalcifiés*, Th. de Paris, 1891.

de soutien temporaire, pourquoi chercher à se procurer à grand' peine des os vivants, puisqu'on obtient le même résultat en implantant des os morts ?

II

Historique. — L'idée de combler les pertes de substances osseuses avec des corps étrangers ou des substances simplement aseptiques ou antiseptiques, n'est pas nouvelle, Schede avait déjà tenté d'obtenir la réunion par première intention de petites cavités osseuses, en les laissant remplir de sang qui formait caillot. Hamilton avait proposé d'y substituer des éponges ; Glück des tampons de gaze iodoformée ou de catgut ; Holsted des filaments préparés avec la sous-muqueuse de l'intestin du porc, mais toutes ces substances ont l'inconvénient d'être rejetées intactes, comme corps étrangers, à la moindre suppuration.

Senn (1) fit un pas de plus en se servant d'os préparés d'avance, rendus aseptiques et décalcifiés.

En 1889, il publiait un mémoire, le premier sur ce sujet, suivi de dix observations d'ostéomyélites simples ou tuberculeuses traitées par sa méthode d'implantation d'os décalcifiés ; il se servait de copeaux d'os très petits, conservés dans une solution alcoolique de sublimé. Quelque temps après, douze nouveaux cas de Senn étaient publiés par un de ses élèves, Mackie (2).

Kümmel (3), dans un mémoire publié le 12 mars 1891, cite dix-sept observations d'implantation d'os décalcifiés, la plupart suivies de succès, mais au lieu de limiter la méthode de Senn au traitement des cavités osseuses et à l'obturation des pertes de substance cranienne, il a remplacé des os complètement détruits, comme des métacarpiens ou des métatarsiens. De plus, au lieu de copeaux, ce sont des fragments assez volumineux dont il s'est servi.

Peu de temps après, M. le professeur Le Dentu allait encore plus loin, remplaçant chez un jeune garçon l'extrémité inférieure des os de la jambe par un bloc d'os décalcifié ; voici, en quelques mots, le résumé de cette observation intéressante :

« Il s'agit d'un jeune homme âgé de seize ans qui, à la suite d'une chute survenue à l'âge de quatre ans et demi, avait eu une tumeur blanche du cou de pied dont il ne guérit jamais, des fistules s'étaient formées à diverses reprises, l'articulation s'était ankylosée, et après avoir boité tout le temps, il en était arrivé à ne plus pouvoir marcher lorsqu'on le reçut à l'hôpital Necker. L'amputation semblait la seule opération légitime, une résection simple des os malades devant donner un raccourcissement considérable de la jambe déjà plus courte que l'autre, et le pied étant trop atrophié pour qu'on pût songer à l'opération de Mikulicz. M. Le Dentu réséqua les portions malades ; les lésions siégeaient dans l'extrémité inférieure du tibia et du péroné qui, soudés ensemble à ce niveau, étaient friables, graisseux et ne purent être enlevés que par petits fragments ; l'astragale était également soudée au tibia, sa face supérieure fut abrasée. Il restait un vide osseux d'au moins 7 centimètres de hauteur, sur toute la largeur du cou de pied ; la gaine périostique avait été conservée autant que possible. Un jarret de veau tout entier, préparé d'avance, formant un cube de mêmes dimensions que les os enlevés, fut mis à leur place, le périoste et la peau suturés sans drainage. Non seulement il n'y eut aucune réaction, mais le fragment se souda, de l'os nouveau se forma, et trois mois après le malade marchait avec un appareil silicaté. Ce succès engagea M. Le Dentu à faire d'autres tentatives, une dizaine, qui sont toutes rapportées en détail dans notre thèse (fig. 1).

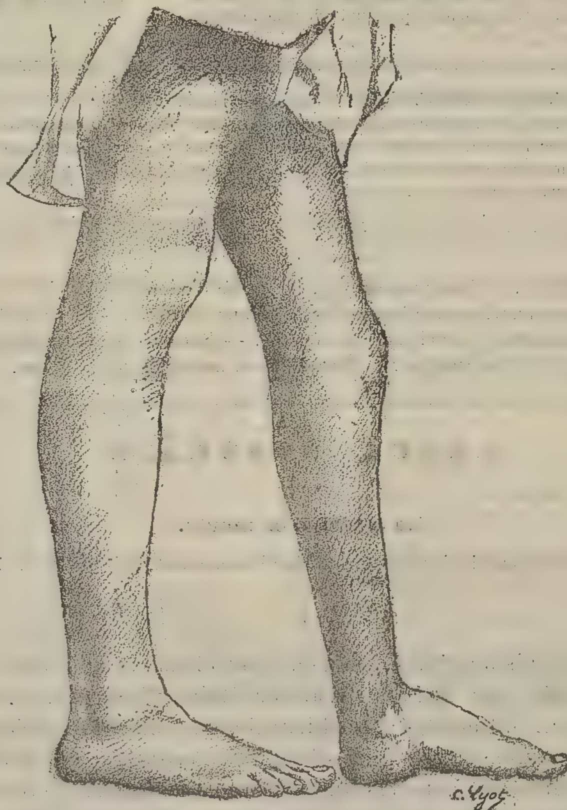


Fig. 1.

Mais ce ne sont pas seulement les os décalcifiés qui ont été proposés ; Glück (1) a remplacé des portions d'os enlevés et même des articulations importantes, le genou, le coude, par des cylindres et des appareils d'ivoire. Malheureusement ses observations ont été publiées très rapidement après l'opération et il semblerait que les résultats définitifs n'ont pas répondu à ce qu'on attendait, aussi nous bornons-nous à les signaler.

III

Technique de l'implantation d'os décalcifiés. — Les meilleurs os à employer sont ceux qui ont une couche d'os compact épaisse, tels que le fémur et le tibia du bœuf. Ces os, pris aussi frais que possible, sont sciés à leurs deux extrémités épiphysaires, le périoste enlevé avec une rugine et la moelle avec une curette ; ils sont alors divisés en morceaux de différentes grandeurs, suivant l'usage auquel ils doivent être destinés. Senn et Mackie les coupent en longues bandes de 3 millimètres de large, pour en faire des copeaux. Nous préférons, comme Kümmel, employer des fragments plus gros, de dimensions variables. Ces fragments sont placés dans une solution d'acide chlorhydrique à 10 p. 100, qui est changée tous les jours. Les os deviennent mous, se laissent facilement tailler, façonner, tout en

(1) Senn. *Amer. Journ. of the Med. Sc. Philad.*, 1889, p. 219-243.
(2) Mackie. *Med.-News Philad.*, 1890, p. 202-210.
(3) Kummel. *Deuts. Med. Wochens.*, n° 11, Leipzig 1891.

(1) Gluck. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1890, p. 732-752.

gardant la résistance suffisante qu'on leur demande. Une décalcification de huit jours est en général suffisante.

L'excès d'acide est enlevé en lavant les os dans un courant d'eau ou en les mettant dans une solution faible de potasse caustique. On les plonge alors dans du sublimé à 2 p. 1000 pendant quarante-huit heures et on les conserve dans une solution saturée d'éther iodoformé.

Avant de les utiliser, il est bon d'enlever l'excès d'éther qui les rendrait irritants, en les plongeant pendant quelque temps dans de l'alcool après les avoir bien essuyés avec de la gaze aseptique, puis on les laisse dans une solution faible de sublimé jusqu'au moment de s'en servir; on les frotte avec de la gaze iodoformée pour enlever le liquide de leur surface.

Pour combler les *lésions du crâne*, Senn prépare d'avance de petits disques dans lesquels il a pratiqué des orifices pour servir de drainage et augmenter la rapidité dé la résorption. Pour remplir les *cavités osseuses*, il se sert d'os complètement décalcifiés, coupés en minces tranches, en copeaux. Mais pour remplacer des os volumineux, des métacarpiens, des métatarsiens, il faut avoir d'avance taillé des morceaux de dimensions suffisantes incomplètement décalcifiés pour avoir assez de résistance. Dans le cas si intéressant où M. Le Dentu a remplacé 7 centimètres de longueur de l'extrémité inférieure des os de la jambe, c'est un jarret de veau presque entier qu'il a utilisé.

Le lieu d'implantation doit être absolument aseptique, on y arrive en prenant les mesures de l'asepsie la plus rigoureuse pendant tout le cours de l'opération; si la lésion osseuse n'est pas suppurée, comme dans les cas de tumeurs, kystes parasitaires, affections syphilitiques ou tuberculeuses simples, il est facile de réaliser l'asepsie; mais lorsqu'il s'agit de foyers centraux d'ostéomyélite, d'abcès intra-osseux, il faut, une fois le foyer purulent mis à découvert, avoir soin de laver la cavité avec une solution antiseptique avant d'attaquer avec la curette les parois, pour ne pas infecter les parties saines par diffusion mécanique. L'eau iodée convient à cette désinfection, la cautérisation doit être évitée, elle crée des mortifications qui nuisent au succès de l'implantation.

Dans les cas de nécrose sans délimitation nette de séquestre, il faut, autant que possible, enlever tout le tissu sclérosé et aller jusqu'à l'os normal; les trajets fistuleux des parties molles doivent être débridés, curetés, désinfectés. Une dernière irrigation de la cavité sera faite avant l'implantation, et une légère couche d'iodoforme la tapissera.

L'*hémostase* préalable avec la bande d'Esmarch doit être faite partout où on peut l'appliquer, elle facilite l'antisepsie, prévient une perte de sang inutile, de plus, le sang qui s'épanche autour des os implantés sert de ciment provisoire en se coagulant. Pour le crâne, le meilleur moyen de tarir l'hémorrhagie venant des vaisseaux du diploé, est d'implanter le disque décalcifié, la pression qu'il opère suffit immédiatement.

Dans les cavités osseuses, les fragments seront tassés fortement jusqu'à ce que la cavité soit remplie; lorsqu'on implante de gros fragments osseux, ils doivent, autant que possible, être engagés par leurs extrémités taillées en pointe dans les os voisins, pour assurer leur fixité et faciliter la soudure.

Autant que faire se pourra, le périoste sera conservé, *suturé* au moyen d'un surjet, puis on réunira les lèvres de la plaie et on laissera un petit *drain* pour éviter que l'extravasation sanguine et le suintement assez fort qui se produit dans tous les cas n'exerce une tension dangereuse.

Un *pansement* ordinaire, avec beaucoup d'ouate, protégera la plaie et le membre sera placé sur une attelle ou dans une gouttière, un peu élevé pendant les premiers jours. Le pansement ne sera renouvelé, à moins de complication, que le dixième ou le quatorzième jour; le repos le plus absolu sera exigé, non seulement jusqu'à cicatrisation de la plaie externe, mais jusqu'à ce que la perte de substance soit comblée par un tissu ferme, non douloureux.

Lorsque, malgré les précautions prises, la cavité suppure, il est rare que l'implantation prenne, il vaut mieux retirer les fragments, désinfecter à nouveau, bourrer la plaie de gaze iodoformée et attendre la période où la cavité bourgeonnera bien pour faire une *implantation secondaire*.

Si nous examinons maintenant les *résultats* qu'a donnés cette méthode dans la pratique, nous voyons que dans les vingt et une observations de Senn, limitées au traitement de *cavités osseuses* du tibia, du fémur, du calcanéum, de l'humérus, le plus souvent la réunion de la peau par première intention a été obtenue; dans un seul cas, chez un homme de trente ans, pour une grande cavité de la tête du tibia, il y eut insuccès, la peau se sphacéla et il dut enlever les copeaux. Ses malades marchaient au bout de six semaines, deux mois, trois mois; les cavités qu'il a traitées variaient de dimensions, depuis le volume d'une noisette jusqu'à occuper toute l'extrémité supérieure du tibia. Quelquefois, il a persisté pendant quelque temps une fistule au niveau du drain. Nous mentionnons seulement les noms de Mackie, O' Keef, Deaver, Miller, Murray, Middeldorpf, Mikulicz, Esmarch, qui rapportent chacun un ou deux cas seulement.

Kümmel a comblé des cavités creusées dans le radius, dans la clavicule, dans l'apophyse mastoïde; il n'a eu qu'un seul insuccès chez un homme de soixante ans, dont il avait trépané le tibia.

A la suite d'une fracture compliquée du radius, un de ses malades avait une perte de substance de 4 centimètres de longueur, Kümmel fit une tentative curieuse, il prit sur le cubitus du même bras un fragment de même dimension que la cavité à combler, et l'emboîta dans le radius, et pour réparer le cubitus, il plaça un fragment d'os décalcifié; or, ce dernier s'enclava et se réunit, tandis que le fragment osseux humain se résorba, de sorte que plus tard Kümmel dut faire une nouvelle tentative, cette fois avec de l'os décalcifié.

M. Le Dentu a traité avec nous cinq cavités osseuses (calcanéum; tibia, fémur). Chez un jeune garçon dont il avait fallu évider l'extrémité inférieure du fémur, à la suite d'une ostéomyélite, il y eut une cicatrisation si rapide que l'enfant sortit de l'hôpital au bout de trois semaines et marcha au bout de ce temps. Dans trois autres cas, le résultat fut plus long à attendre, mais la guérison survint.

Pour combler des orifices de *trépanation du crâne*, on a implanté des disques d'os décalcifiés; Senn n'avait fait que des expériences sur les animaux; Jones, dans un cas de fracture compliquée du crâne, combla le déficit osseux resté après l'ablation des fragments et qui avait 5 centimètres sur 8 et demi de dimensions, au moyen de trois pièces d'os incomplètement décalcifiés. Le huitième jour il enlevait les sutures, la réunion était parfaite, onze semaines après l'accident, la perte de substance était assez ferme

pour permettre le retour de l'enfant à l'école. Quatre mois après, il n'y avait pas de dépression, la cicatrice était ferme et présentait la même résistance que l'os environnant.

Kümmel a traité trois malades de cette manière, à la suite de trépanations pour épilepsie; le résultat a été bon. Dans un cas de *spina bifida*, il ferma le vide vertébral avec une lame osseuse décalcifiée, après avoir avivé les bords de l'ouverture rachidienne. La cicatrisation rapide se fit bien, mais l'enfant mourut quatre mois après, à la suite d'une hydrocéphalie qui s'était développée progressivement.

Le *remplacement d'os entiers* ou de grands fragments osseux à la suite de *résection dans la continuité*, doit nous arrêter plus longuement, car c'est le point particulièrement intéressant de notre sujet; voici les cas dans lesquels Kümmel est intervenu :

1° Un garçon de douze ans avait, à la suite d'un traumatisme, un gonflement de la région métacarpienne du pouce droit; il fallut enlever le *métacarpien* tout entier, il était tuberculeux et les muscles voisins, infiltrés de fongosités, furent enlevés avec le périoste. Le pouce pendait flasque et sans soutien; Kümmel implanta un os rond décalcifié, de la longueur du métacarpien enlevé, guérison complète en quatorze jours; le doigt resta au repos pendant quinze autres jours, puis on commença les mouvements. A la suite de cette opération, la fonction parfaite du pouce se rétablit.

2° Chez une fille de douze ans, scrofuleuse, Kümmel dut enlever le premier *métacarpien* (main gauche) pour tuberculose avec abcès; le périoste, les parties molles et les muscles voisins durent être enlevés. Un morceau d'os rond, décalcifié incomplètement, terminé par deux pointes enfoncées dans les cartilages articulaires des deux os voisins, fut implanté. Au premier pansement, la suppuration nécessita l'ablation de l'os et le tamponnement à la gaze iodoformée, mais lorsque la plaie commença à bourgeonner, l'os fut implanté à nouveau, et au bout de quatorze jours les sutures furent enlevées, la peau cicatrisée.

3° Enfin, il dut enlever un *métatarsien* carié chez une fille de six ans, le remplaça par un os décalcifié appointé à ses deux extrémités, la guérison survint rapidement et le pied reprit ses fonctions normales.

M. Le Dentu a remplacé de la même manière le *métacarpien* du pouce chez un homme de cinquante ans; deux mois après il pouvait se servir de sa main, il y avait bien un peu de rétraction, due à une réparation osseuse incomplète, bien compréhensible à cet âge, mais non seulement on avait épargné au malade l'amputation du pouce, mais les lésions anciennes qu'il présentait étaient absolument guéries.

Nous avons aussi remplacé un *métatarsien*, chez un jeune homme de dix-sept ans, qui a pu marcher au bout de six semaines, sans aucune douleur; il avait une fistule, suite d'ostéomyélite aiguë datant de quatre mois et due à une nécrose totale de son métatarsien.

Chez le même malade, il persistait une fistule au niveau de l'extrémité supérieure du *péroné*; M. Nélaton, suppléant M. Le Dentu, dut enlever les deux tiers supérieurs du péroné qui étaient nécrosés, et contenaient un grand séquestre, la brèche immense résultant de cette ablation fut comblée avec deux gros fragments d'os décalcifiés; pas un seul jour il n'y eut de fièvre, la plaie se réunit sur toute sa longueur, mais il y a encore trop peu de temps pour qu'on puisse se prononcer sur le résultat au point de vue de la réparation osseuse; nous citons seulement le fait pour démontrer l'innocuité de l'introduction dans les tissus d'aussi grands fragments osseux.

Nous avons rapporté au début le succès étonnant qui résulta de la résection tibio-tarsienne pour lésions tuberculeuses. Chez une jeune fille de vingt et un ans, M. Le Dentu a obtenu un succès aussi grand, à la suite d'une tuberculose étendue des os du tarse, il avait fallu enlever successivement le calcanéum, l'astragale, le scaphoïde; de nombreux foyers de fongosités, des abcès des parties molles et des os avaient été ouverts, le pied pendait sans aucune forme, et peu s'en fallut qu'il ne fût amputé. M. Le Dentu tenta sans grand espoir l'implantation d'os; il introduisit de grands fragments et lorsque la peau fut suturée, le pied avait repris une forme presque normale. Or, en trois mois, la cicatrisation se fit malgré le sphacèle d'une partie des lambeaux cutanés, malgré l'état profondément scrofuleux de la malade, et actuellement elle a un pied un peu court, il est vrai, mais solide, de forme convenable et absolument guéri de ses lésions datant de trois ans.

En somme, dans aucun cas, il n'y a eu d'accident, s'il s'est produit souvent un suintement abondant, jamais il n'y a eu d'élévation de température ni phénomènes douloureux. Dans aucun cas nous n'avons dû enlever les os implantés. Mais, il est évident que ces derniers ne peuvent avoir qu'un rôle de *soutien provisoire*, ils se résorbent assez lentement pour que les os voisins ou le périoste conservé aient le temps de former un os nouveau, mais si le malade est trop âgé ou si, dans l'opération, on a été forcé d'enlever les tissus propres à une ossification nouvelle, il ne faut pas beaucoup compter sur le succès de l'implantation, les os décalcifiés ne peuvent refaire de l'os nouveau, comme le démontrent les recherches expérimentales qui ont été faites.

IV

QUE DEVIENNENT LES OS MORTS IMPLANTÉS? — En 1882, MM. Lannelongue et Vignal (1) publiaient un travail sur ce sujet, au point de vue de la résorption des séquestres, et de l'implantation des chevilles d'ivoire; pour eux, ces chevilles se résorbent lentement, après avoir amené une irritation de l'os vivant, et sont remplacées par une prolifération de ce dernier.

Hopkins et Penrose (2), plus récemment, ont fait des expériences dans le même but et sont arrivés au même résultat, les chevilles implantées s'organisent et sont résorbées en partie, leur pouvoir fixateur ne dure guère que jusqu'à la quatrième ou la sixième semaine, temps absolument suffisant pour la réunion des extrémités osseuses; plus tard elles subissent une résorption progressive.

Enfin, cette année, Ochotin [de Cronstadt (3)] a publié ses recherches, faites dans le laboratoire de Virchow, et les résultats qu'il a obtenus en implantant dans le tibia de lapins des fragments d'ivoire ou d'os morts; il dit que l'os introduit irrite le tissu osseux vivant environnant, éveille chez lui une activité productive dont le résultat est la formation d'une capsule autour de l'os mort, capsule isolante mais insuffisante pour empêcher l'irritation des tissus voisins qui vont amener la résorption de l'os.

---

(1) LANNELONGUE et VIGNAL. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 373.
(2) HOPKINS et PENROSE. *Journ. of Amer. Assoc. Chicago*, 1890, p. 505-508.
(3) OCHOTIN. *Virchow's Archiv*, 1891. p. 124.

Tout d'abord, ce rôle de résorption est rempli par les cellules embryonnaires dont la puissance résorbante est très médiocre, puis par les cellules épithélioïdes, enfin par les cellules géantes. Le tissu osseux de nouvelle formation se fait par la continuité du tissu osseux vivant par l'intermédiaire des ostéoblastes. En somme, l'os mort s'enkyste primitivement, est résorbé et envahi par de l'os nouveau qui part de l'os vivant.

Senn et Mackie ont fait beaucoup d'expériences sur de plus gros animaux, des chiens, avec des os décalcifiés, tantôt sur le crâne en implantant des disques d'os décalcifiés à la suite de trépanations, tantôt sur des os longs dans lesquels ils creusaient des cavités; ils ont vu les os se fixer au bout d'un certain temps, les cavités être comblées rapidement, par de l'os nouveau parti des parois de la cavité, l'os décalcifié se résorbant progressivement. Pour Mackie, l'os décalcifié formé de lamelles arrangées concentriquement autour des canaux de Havers, qui communiquent entre eux au moyen de canalicules, est histologiquement un admirable échafaudage qui soutiendra le tissu de granulations avec le moins de substances inutiles à résorber.

Kümmel se borne à faire des hypothèses au nombre de trois :

1° L'os implanté s'entoure de bourgeons, se laisse pénétrer par les vaisseaux et s'*accroît* ensuite comme une partie vivante de l'organisme;

2° Ou bien il se *résorbe*, disparaît graduellement et il se peut qu'un nouvel os, venant de la puissance ostéogénique du périoste ou de la moelle osseuse, remplace celui qui disparaît de plus en plus;

3° Enfin il se peut que l'os s'*enkyste*, se soude comme un corps étranger et reste ainsi de longues années ou définitivement dans l'organisme.

Nous avons fait, dans le laboratoire de M. le docteur Laborde à l'École pratique, des expériences sous sa haute direction, sur des chiens et des lapins; nous ne pouvons ici que donner le résumé de nos recherches; nous creusions avec la gouge et le maillet dans le tibia de ces animaux de petites cavités que nous comblions avec un fragment d'os décalcifié; au bout d'un temps variant de quinze jours à deux mois, l'animal était sacrifié et des coupes histologiques étaient faites au travers du point d'implantation, comprenant l'os récepteur et le fragment implanté entiers. L'os décalcifié a été bien toléré dans tous les cas, l'animal recouvrait facilement les fonctions de sa patte, et une fois la peau réunie, il eût été difficile de reconnaître le siège de l'opération au bout de peu de temps. Lorsque l'animal était sacrifié, on trouvait les parties molles réunies, des couches fibreuses de nouvelle formation recouvraient le point du tibia dénudé par l'opération, et ce n'est qu'à la coupe transversale qu'on pouvait reconnaître l'os implanté, qui s'était solidement soudé, tellement qu'au bout d'un mois il semblait faire absolument partie de l'os dans lequel il était inclus, et s'en distinguait très difficilement.

L'examen histologique nous a démontré que dès que l'os est implanté, il s'entoure d'une couche de cellules embryonnaires provenant des parties voisines, périoste, muscles, moelle osseuse; du côté du périoste, cette couche devient bientôt fibreuse et contribue à fixer solidement l'os décalcifié à l'os récepteur. Mais les éléments embryonnaires pénètrent l'os décalcifié par les bords, s'y creusent de petites anses, s'infiltrent entre ses lamelles, dans ses canalicules de Havers, et commencent à se résorber. Les cellules géantes de la moelle osseuse continuent le rôle des ostéoblastes, et pendant ce temps il se fait dans la profondeur, du côté de la cavité médullaire et de l'os vivant, une nouvelle formation de tissu osseux qui envoie des prolongements dans l'os implanté et finit par en prendre la place entièrement. Cette résorption dure plusieurs mois. En résumé, il y a d'abord soudure fibreuse puis osseuse, l'os décalcifié se résorbe et ne sert que de *soutien provisoire*. Il y a loin de là aux descriptions fantaisistes des auteurs qui ont prétendu que l'os décalcifié est envahi par les ostéoblastes qui s'installent dans ses canalicules et qu'il reprend une vie nouvelle. Il ne s'enkyste pas non plus, comme le pense Kümmel, ou comme les fragments d'ivoire dans les expériences de Ochotin (fig. 2).



Fig. 2,

a. Os décalcifié implanté (deux mois); *b.* Tibia du chien; *c.* Cavité médullaire; *d.* Périoste; *e.* Canalicules de Havers.

Nous avons vu que, suivant Adamkiewicz, les os transplantés, provenant d'animaux vivants, se soudent au moyen de tissu conjonctif, se mettent en communication organique intime avec le tissu osseux dans lequel on les place, leur circulation devient commune et ils continuent à s'accroître. Les os morts se soudent également au moyen de tissu conjonctif, mais au lieu de participer à la vie et aux fonctions de l'os auquel ils s'unissent, ils se résorbent et sont remplacés par une substance osseuse de nouvelle formation, provenant de ce dernier.

Dans les deux cas, le résultat définitif est le même, la perte de substance osseuse est comblée; mais la supériorité semble rester à la greffe vivante dans les cas où c'est une source d'ossification nouvelle que l'on demande et non un tuteur temporaire.

V

Avantages de l'implantation d'os décalcifiés. — On sait combien de temps demandent pour être reconstituées des portions osseuses un peu considérables; dans son *Traité de la régénération des os*, M. Ollier cite une quantité d'observations dans lesquelles la reproduction osseuse s'est faite, mais après un temps très long, lorsqu'il avait conservé avec soin le périoste et aussi la couche osseuse sous-jacente en grande partie; souvent il était obligé de recourir à des

appareils d'extension pour éviter la rétraction du membre ou du segment de membre, pendant le long temps que demandait la régénération. L'implantation d'un os décalcifié résistant dans une gaine périostique privée de son contenu a le double effet de servir de soutien provisoire et d'exciter, de réveiller les propriétés ostéogéniques du périoste.

Dans les cas où, chez les animaux, on compare les résultats différents que donnent des cavités comblées avec des os décalcifiés ou laissées à elles-mêmes, comme l'a fait Senn et nous-même, soit sur le crâne, soit sur le tibia, on voit que les pertes de substance, dans le premier cas, se comblent au moyen de tissu osseux, tandis que, dans le second, c'est du tissu fibreux ; ces expériences démontreraient absolument l'utilité de l'opération, si elle n'était pas évidente par elle-même.

Au point de vue de la comparaison avec la greffe osseuse vivante, il est certain que, dans beaucoup de cas, il n'est pas *nécessaire* d'avoir des os vivants, car ce n'est pas le manque de substance ostéogène qui est souvent à craindre ; ces os vivants peuvent être *dangereux* parce qu'il est difficile de les aseptiser sans détruire les ostéoblastes qui leur donnent leur pouvoir ostéogénique, et que ces os peuvent provenir de sujets tuberculeux ou syphilitiques. Ils sont *difficiles à se procurer*, il faut avoir des animaux à sacrifier, des squelettes d'enfants mort-nés ou des os d'adultes absolument sains.

Au contraire, les os décalcifiés et iodoformés sont antiseptiques par eux-mêmes, non seulement ils ne risquent pas d'infecter une cavité aseptique, mais ils peuvent être employés même dans des plaies qui ont suppuré. Les exemples de Kümmel, de Miller, démontrent que, dans des cas où la greffe vivante n'avait pas réussi, le succès a couronné l'emploi des os morts. Phelps publie une observation curieuse, dans un cas de pseudarthrose du tibia chez un enfant : à la suite de fracture non consolidée de la jambe, on avait fait une série d'avivements des extrémités osseuses avec suture, sans autre résultat qu'un raccourcissement du membre de plus en plus considérable. Il tenta la greffe osseuse, au moyen d'un procédé compliqué, consistant à interposer, entre les fragments, une portion de l'os d'un chien encore en continuité vasculaire avec l'animal; il comptait séparer ensuite l'os de ce dernier au bout d'un certain temps, mais le onzième jour, il dut séparer le chien trop longtemps emprisonné, de l'enfant, et malgré le bon aspect de la plaie, il n'y eut aucune tendance à l'union, il fallut extraire aussi l'os greffé. N'est-ce pas une circonstance où les conditions semblaient le plus favorables à la prise du transplant, pourtant elle a échoué et certes peu de patients voudraient se résoudre à une opération semblable.

Les seuls cas où la supériorité de la greffe osseuse nous semble absolument évidente, sont les cas où un os entier a dû être enlevé avec son périoste, et qui exigent une source d'ossification nouvelle, c'est alors que les greffes fragmentaires très petites, successives, comme dans les observations de Mac Ewen, de M. Poncet, peuvent reconstituer l'os entier à la suite d'interventions répétées, suivies souvent d'échecs partiels dus à l'élimination, à la résorption de tout ou partie des transplants; mais ces cas sont rares heureusement, et les indications de l'implantation d'os décalcifiés restent encore étendues.

VI

Indications. — 1° Les *cavités osseuses* creusées dans les os longs à la suite d'ablation de séquestres, de nécroses étendues, d'abcès profonds, de tuberculose, de syphilis, etc.

Ces cavités peuvent être comblées immédiatement après l'opération, si l'on a pu les rendre suffisamment aseptiques, ou, plus tard, lorsqu'elles sont en voie de granulation.

2° Les *orifices de trépanation du crâne* à la suite de traumatismes, tumeurs, abcès cérébraux, épilepsie, dans les cas où la taille d'un lambeau ostéoplastique, selon la méthode de Wagner, Wolf, König, etc., est impossible. Les trépanations de l'apophyse mastoïde rentrent dans cette indication.

3° Les orifices du *spina bifida.*

4° Les *pseudarthroses.* — Dans ce cas, les os décalcifiés peuvent être employés sous forme de *chevilles;* ce procédé est bien équivalent à l'emploi d'os vivants, lorsqu'on veut maintenir deux fragments osseux en contact, il suffit que la cheville persiste un ou deux mois, et il vaut mieux qu'elle se résorbe ensuite.

Il en est de même dans les *résections* du genou ; dans certains cas, il y a intérêt à fixer le tibia solidement au fémur, Kümmel, dans deux cas, a employé des fragments d'os décalcifiés effilés à leurs extrémités, longs de dix centimètres, et le résultat a été excellent, la consolidation a semblé plus rapide qu'avec de simples clous ou des chevilles.

5° *Les résections osseuses dans la continuité* pour cals vicieux, pseudarthroses, traumatismes, tuberculose, ostéomyélite. Dans ces cas, il est nécessaire que le périoste soit au moins en partie conservé pour entourer le fragment implanté entre les deux extrémités de l'os sectionné, et assurer la production d'os nouveau.

Bergmann (1) n'est pas partisan, pour le membre inférieur, de la greffe osseuse, en général, il dit que la tige implantée prend bien, mais, dès que le malade veut marcher, il survient des phénomènes d'irritation, la tige se ramollit, l'os est pris d'un processus d'ostéoparose comme dans les moignons des membres amputés, les mouvements provoquent de la douleur, la peau se tend, rougit, s'ulcère, et il ne reste plus qu'à retirer la tige. Il préfère, dans ces cas, réséquer une portion du péroné et faire la suture osseuse avec avivement, le membre reste plus court, mais plus solide.

Nous pouvons répondre à cette objection en montrant le succès rapide qui a suivi la résection du tibia chez le jeune homme opéré par M. Le Dentu ; il se peut, du reste, que Bergmann ait eu seulement en vue l'implantation de fragments d'ivoire, car il cite, comme exemple, un cas où Glück avait remplacé un métacarpien par une tige d'ivoire, il survint des phénomènes douloureux plus tard (bien que dans l'observation Glück ait cru la guérison complète) et il fallut faire la désarticulation du doigt et de son métacarpien.

6° On peut également *remplacer des os entiers* enlevés pour les lésions citées plus haut, mais toujours à condition que le sujet soit jeune, que la gaine périostique ait pu être conservée en grande partie : le plus souvent, ce n'est pas ce qui arrive, alors la greffe vivante par transplantations successives de fragments osseux humains est nécessaire.

(1) Bergmann. Réunion libre des chirurgiens de Berlin, sept. 1891.

VII

Résumé. — 1° La *difficulté* de trouver des os vivants pour la transplantation, la crainte de greffer chez un sujet, sain d'ailleurs, un os *malade* (syphilis, tuberculose); le fait que les greffes vivantes ne prennent que dans des tissus absolument *aseptiques*, qu'elles *se résorbent* souvent, et n'ont qu'un rôle temporaire, ont donné l'idée de substituer, dans beaucoup de cas, aux os vivants des os morts.

Ces os, qui sont *décalcifiés* pour augmenter la rapidité de la résorption, conservés dans des liquides antiseptiques, faciles à préparer, à conserver comme le matériel des sutures et des ligatures, et, par conséquent, à avoir toujours prêts sous la main, ont l'avantage de pouvoir être employés, même dans les cas où il y a eu suppuration des tissus environnants.

Ils peuvent servir à combler des *cavités osseuses* creusées dans la diaphyse des os longs pour abcès profonds, nécroses simples ou tuberculeuses, ostéomyélite chronique, ablation de séquestres anciens.

Dans ces cas, le mieux est d'employer de gros fragments d'os de bœuf, décalcifiés pendant huit jours, dans l'acide chlorhydrique au dixième, et conservés dans l'éther iodoformé. Ils permettent d'obtenir une réunion par première intention, en suturant les téguments par-dessus la cavité, entièrement comblée.

Ils conviennent également pour remplacer des *os longs*, que l'on a dû enlever à la suite de lésions étendues et dans les *résections osseuses, dans la continuité* pour ablation de tumeurs, pour cals vicieux ou traumatismes, mais certaines conditions sont nécessaires pour la réussite : la jeunesse du sujet, la conservation d'un étui périostique ou osseux, l'ablation complète des lésions et l'antisepsie absolue du foyer. L'os décalcifié n'a qu'un rôle temporaire, celui de soutien provisoire, si le sujet est trop âgé, ou s'il manque dans le voisinage une source d'ossification nouvelle, le transplant se résorbe et finit par disparaître.

Dans les cas de *pseudarthroses*, les os décalcifiés peuvent être employés sous forme de chevilles maintenant en contact les deux fragments, ou bien ils peuvent être interposés entre les deux os laissés écartés, pour éviter ainsi un raccourcissement du membre. Dans les résections du genou, des chevilles d'os décalcifiés maintiennent les deux os en contact. Les orifices de *trépanation du crâne*, de *spina bifida* peuvent être obturés au moyen de disques d'os décalcifiés.

Dans aucun de ces cas, il ne se produit de réaction dangereuse, si la suppuration survient, les os peuvent souvent être conservés malgré cela, mais on peut être forcé de les enlever et attendre la période où les tissus étant en voie de granulation, on puisse procéder à une *implantation secondaire*.

Des cylindres ou des articulations d'*ivoire* ont pu servir à remplacer des os ou des articulations réséqués; mais si les observations prouvent que sous le couvert de l'antisepsie, on a pu maintenir, pendant quelque temps, ces corps étrangers dans les tissus vivants, le résultat fonctionnel définitif n'a pas été démontré.

2° Dans certains cas, on est obligé de reconstituer un *os entier*, enlevé avec son périoste, et ce n'est plus seulement un soutien provisoire qu'il s'agit de trouver, mais un os actif; on aura alors recours aux *greffes vivantes, fragmentaires*, provenant d'os humains pris dans le voisinage de la ligne épiphysaire chez des sujets jeunes : ces fragments, semés en grand nombre dans le point où l'on veut obtenir un os nouveau, selon la méthode de Mac Ewen, M. Poncet, etc., sont de véritables centres d'ossification, c'est lentement, à la suite de greffes successives, d'opérations répétées, que l'on arrivera à un résultat. Les os d'*animaux*, à défaut d'os humains, peuvent être employés, si l'on a soin d'opérer avec l'asepsie la plus parfaite.

3° Au point de vue expérimental, il résulte des recherches d'Adamkiewicz, que les fragments *osseux vivants*, transplantés, se soudent à l'os qui les reçoit, au moyen d'un tissu conjonctif jeune, très riche en noyaux; des bords de l'os récepteur partent des aiguilles d'ossification et des îlots d'os nouveau se forment dans le tissu conjonctif. Celui-ci diminue, les îlots s'accroissent et il arrive un moment où (après plusieurs mois) il y a continuité osseuse complète entre l'os implanté et le terrain mère ; alors les injections vasculaires démontrent la continuité entre les deux os.

Dans l'*implantation d'os décalcifiés*, les choses se passent à peu près de même, l'os implanté se soude à l'os récepteur par du tissu conjonctif, des travées d'ossification partant de l'os récepteur pénètrent le transplant, mais tandis que, dans la greffe vivante, ce dernier vit et s'accroît, l'os décalcifié se résorbe peu à peu et finit par être remplacé entièrement par de l'os nouveau. Dans les deux cas, la perte de substance est également comblée.

En somme, l'os mort ne se comporte pas comme un corps étranger, puisqu'il ne s'enkyste pas ou qu'il n'est pas éliminé ; au contraire, il se soude intimement et joue le rôle de soutien temporaire, il y a une véritable greffe de cet os mort.

UN CAS D'EMPOISONNEMENT MORTEL

PAR LA COCAÏNE

Par M. Berger, chirurgien des hôpitaux.

J'ai eu récemment à déplorer, dans mon service, un cas de mort à la suite d'une injection de cocaïne dans la tunique vaginale pour la cure d'une hydrocèle par l'injection iodée.

Il s'agissait d'un jeune homme qui se présenta à la consultation, porteur d'une hydrocèle grosse comme un œuf de dinde, très tendue.

Je diagnostiquai une simple hydrocèle de la tunique vaginale; mais en raison du développement rapide de la tumeur, de l'âge du sujet, craignant qu'il ne s'agît d'une hydrocèle symptomatique d'une affection testiculaire, je recommandai à mon interne de faire la ponction et d'examiner le testicule, puis, si celui-ci était sain, d'injecter dans la tunique vaginale une cuillerée à bouche d'une solution de cocaïne à 2 p. 100, de la laisser quelques minutes, de la vider et de pratiquer ensuite l'injection iodée, ainsi que cela se fait habituellement dans mon service et que cela a été fait jusqu'ici un grand nombre de fois, sans accidents.

L'opération fut faite par mon interne, exactement dans ces conditions. Elle fut pratiquée comme je l'aurais fait moi-même. C'est pourquoi je ne rends en aucune façon mon interne responsable du malheur qui est arrivé, ce malheur me serait arrivé comme à lui-même.

Il injecta, donc, une cuillerée à soupe d'une solution de cocaïne au 50e dans la tunique vaginale, l'y laissa à peine une minute, fit ressortir bien exactement une cuillerée à soupe, c'est-à-dire toute la cocaïne injectée, et procéda ensuite à l'injection iodée. Le malade ne ressentit pas de douleurs; il se leva aussitôt après l'opération et, se disposant à partir, il avait déjà quitté la salle, quand il revint quelques instants après, en se plaignant d'un grand malaise; il fut pris bientôt de mouvements convulsifs de la face et des membres, de convulsions cloniques et toniques, de raideur tétanique des muscles, et finalement tomba

dans un coma absolu, avec une écume abondante et sanglante aux lèvres ; son pouls battait 130 pulsations à la minute; puis il succomba dans une syncope cardiaque. Injections d'éther et de caféine, respiration artificielle prolongée, trachéotomie, insufflation d'oxygène, etc., tous les moyens mis en usage pour le ranimer restèrent sans effet. Je ne doutai pas que, dans ce cas, la mort ne fût la conséquence de l'injection de cocaïne dans la tunique vaginale.

Cet homme, étant resté inconnu, fut transporté à la Morgue et M. Richardière en pratiqua l'autopsie. Il trouva une congestion générale des méninges, de la congestion pulmonaire, une insuffisance initiale et des lésions d'alcoolisme; la tunique vaginale était parfaitement indépendante du péritoine. Le résultat de l'autopsie confirma donc mon opinion que c'était bien un cas de mort par la cocaïne. M. Richardière a déjà fait onze fois l'autopsie d'individus morts par suite de l'emploi de la cocaïne. D'ailleurs, les accidents qu'avait présentés ce malade sont absolument conformes à ceux qu'ont obtenus les expérimentateurs, et M. Laborde, en particulier, sur les animaux soumis à des injections de cocaïne.

Faut-il, dans ce cas d'hydrocèle récente, incriminer le peu d'épaisseur des parois de la vaginale et admettre, par suite, une absorption plus facile? Toujours est-il que, jusqu'ici, j'avais employé un grand nombre de fois ce procédé, sans jamais avoir constaté le moindre accident. Ce fait regrettable prouve que l'innocuité de ces injections de cocaïne dans la tunique vaginale n'est qu'apparente et j'avoue que désormais je n'emploierai plus la cocaïne qu'avec les plus grandes hésitations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 décembre 1891. — Présidence de M. Terrier.

COMMUNICATION

Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. — M. SEGOND fait une observation à propos d'une erreur de date commise, involontairement sans doute, par M. Terrillon, dans sa communication du 28 octobre 1891, sur le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. — « Lorsque notre collègue M. Segond, dit M. Terrillon, fit, au mois de mai de cette année, une communication sur l'ablation de l'utérus pour les suppurations pelviennes, opération proposée par M. Péan, j'avais déjà pratiqué plusieurs opérations de ce genre dont je donnai le résumé. Déjà j'avais essayé de donner mon opinion sur la valeur de cette opération et sur ses indications. » Or, M. Segond tient à faire observer que sa communication date, non pas du mois de mai, mais du 25 février. Il sait bien que le même jour et à la suite de sa communication, M. Terrillon a présenté un utérus entier et par conséquent *non morcelé*, qu'il venait d'enlever « en totalité par la voie vaginale, pour traiter une double salpingite ». Il n'ignore pas davantage que, dans la séance du 11 mars 1891, M. Terrillon a communiqué les résultats de quatre observations, dont la plus ancienne datait du 5 février 1891, et lorsque M. Segond a résumé la discussion, le 25 mars, il a pris soin de spécifier combien la conversion précoce de M. Terrillon était précieuse pour l'opération nouvelle. Mais pour donner aux textes leur véritable signification, il ne paraît pas moins indispensable de rectifier cette petite erreur de date.

En réalité, lorsque M. Segond s'est fait inscrire, fin janvier, pour communiquer le résultat de ses 23 premières hystérectomies, M. Terrillon lui-même n'avait pas essayé l'opération. M. Segond possédait seul les documents voulus pour aborder la discussion.

Quand on n'a pas une immense fortune, on tient beaucoup à ses deniers, et, pour sa part, M. Segond avoue qu'il est très jaloux de sa priorité relative à la vulgarisation de l'opération de Péan dans le traitement des suppurations pelviennes.

RAPPORT

Cathétérisme des voies biliaires. — M. TERRIER fait un rapport sur une observation de M. Delagenière (du Mans) relative à un cas de cathétérisme des voies biliaires, chez une femme atteinte de lithiase biliaire. Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, ayant eu des coliques hépatiques avec ictère; à la suite de crises plus violentes et plus fréquentes, elle était tombée dans un état général grave. Comme on sentait une tumeur au niveau de la vésicule, M. Delagenière décida d'opérer cette malade le 1er août 1891. Il fit, au niveau de la vésicule, le long du muscle droit, une incision de 10 centimètres, ouvrit le péritoine, arriva d'emblée sur une tumeur formée par des calculs, adhérente de tous côtés. Après avoir fixé la paroi de la vésicule et fermé la cavité péritonéale, il ouvrit largement la vésicule, put en extraire trois calculs et donner issue à un flot de bile. Il trouva un quatrième calcul enclavé dans le canal cholédoque. Il sutura la vésicule à la peau, et les suites de l'opération furent simples. La bile s'écoulait en partie par la fistule, mais il en passait aussi dans l'intestin. Il y a donc eu une perméabilité temporaire du canal cholédoque. Mais bientôt la bile ne passa plus. C'est alors que M. Delagenière, dix jours après l'opération, pratiqua le cathétérisme des voies biliaires. Une sonde cannelée pénétra tout entière dans les canaux biliaires. Il y substitua alors une bougie en gomme qu'il remplaça ensuite par un cathéter métallique auquel il donna la courbure voulue et qui était monté sur un conducteur. Il pénétra ainsi à une profondeur de 16 à 17 centimètres, fit un lavage de la vésicule et pratiqua ainsi quatre à cinq fois le cathétérisme des canaux cystique et cholédoque. Ce cathétérisme était chaque fois très douloureux; mais il devint de plus en plus facile et bientôt on put constater le rétablissement du cours de la bile dans l'intestin. On obtint ensuite assez rapidement l'oblitération de la fistule et la malade fut complètement guérie.

M. Delagenière tire de cette observation la conclusion que le cathétérisme des voies biliaires est facile quand elles sont dilatées par des calculs et qu'il y a tout avantage à se servir d'une bougie conductrice qui donne de précieux renseignements sur la perméabilité des voies biliaires.

A propos de cette observation, M. Terrier rappelle un cas analogue de cholécystotomie avec cathétérisme des voies biliaires, pratiqué par M. Fontan (de Toulon) chez un homme de trente-six ans, atteint d'ictère bronzé, se trouvant dans un état très grave et porteur d'une tumeur sous le foie. M. Fontan fit une laparotomie exploratrice, trouva une tumeur occupant l'arrière-cavité des épiploons, établit une fistule biliaire et pratiqua le cathétérisme des voies biliaires. Il se servit d'une sonde d'argent qui pénétra à 16 centimètres. Le malade succomba à une péritonite suppurée, treize jours après l'opération. On vit, à l'autopsie, qu'il s'agissait d'un sarcome sous-hépatique. En présence d'une tumeur de mauvaise nature, reconnue lors de la laparotomie, M. Terrier déclare qu'il se serait abstenu et n'aurait pas poussé plus loin son intervention. Il se demande, en effet, si dans ce cas on ne doit pas établir une relation entre le cathétérisme des voies biliaires et la péritonite suppurée survenue consécutivement. Il serait, quant à lui, tenté de le croire.

En résumé, les voies biliaires sont difficiles à cathétériser. Les obstacles se trouvent amoindris quand il s'agit d'obstruction par calculs. On ne saurait établir de règles précises pour ce cathétérisme.

Depuis cette observation, M. Fontan a publié un autre cas de cathétérisme des voies biliaires suivi de guérison.

M. Terrier insiste tout particulièrement sur la nécessité de se servir de sondes bien stérilisées, ou tout au moins bien antiseptisées.

Il conclut en disant que le cathétérisme des voies biliaires, à l'état pathologique, est le plus souvent possible. Mais il n'y a pas de règles fixes pour le manuel opératoire. Ce cathétérisme est indiqué dans tous les cas où l'écoulement de la bile dans l'in-

testin se trouve définitivement empêché. Il insiste enfin sur la nécessité d'une parfaite asepsie des sondes.

COMMUNICATIONS

Cancer de l'utérus. — M. MARCHAND, à l'occasion de la pièce présentée dans la dernière séance par M. Richelot, rappelle que, dans les utérus atteints de cancer limité au col, on trouve souvent les lésions communes de l'endométrite. Il est vrai que ces lésions peuvent être confondues avec des lésions cancéreuses. M. Marchand cite l'observation d'une femme de trente et un ans, qui était atteinte de douleurs et d'hémorrhagies. On fit un curetage: on examina les produits amenés par la curette; un histologiste déclara qu'il s'agissait d'un sarcome. Un nouveau chirurgien consulté proposa alors l'ablation totale de l'utérus par le vagin. La malade se refusa à l'opération; un accoucheur consulté à son tour reconnut que cette malade portait un fœtus de quatre mois. On se demande, dans ce cas, comment la grossesse a pu résister au curetage.

Étranglement de la verge par un corps étranger. — M. PONCET (de Lyon) communique l'observation d'un homme de cinquante ans, cordonnier, qui s'était introduit son pénis dans l'ouverture d'une massette de marteau en acier. Il en était résulté un œdème]énorme de la verge, avec des plaques de sphacèle. Un serrurier appelé reconnut qu'il était impossible de songer à couper la massette. On avait donc songé à la nécessité d'une amputation du pénis. Cependant, M. Poncet, après avoir anesthésié le malade, pratiqua trois larges incisions allant jusqu'au corps caverneux; il obtint ainsi une détente de l'œdème et, à la suite d'un véritable pétrissage, il parvint à mobiliser le corps étranger et à l'extraire. Les suites furent des plus simples. Avant donc de pratiquer, dans ces cas, l'amputation, il faut songer aux avantages que peuvent donner ces larges incisions libératrices.

Un cas d'empoisonnement mortel par la cocaïne. — M. BERGER fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1367.)

DISCUSSION

M. RECLUS croit qu'il faut remercier M. Berger de son observation particulièrement intéressante en raison même de la précision avec laquelle ont été constatés les phénomènes physiologiques. Il paraît bien certain qu'il s'agit ici d'un cas d'intoxication par la cocaïne. Mais M. Reclus se sépare de M. Berger, relativement à la dose de cocaïne employée. Lorsqu'il était à Tenon, M. Reclus a observé les accidents avec 25 centigrammes de cocaïne. Dans un cas, il a vu se produire les accidents convulsifs et des menaces de syncope dont il a eu quelque peine à triompher avec des injections répétées de caféine. Il a même vu se produire des accidents inquiétants avec 20 centigrammes. Aussi, depuis ce temps, M. Reclus s'est-il toujours élevé contre les doses de 50 et de 40 centigrammes. Aujourd'hui, il ne dépasse jamais la dose de 20 centigrammes de cocaïne; il se sert d'une solution à 2 p. 100 et l'injecte dans la tunique vaginale avant d'avoir évacué le liquide qu'elle contient, de telle sorte que ces 20 centigrammes de cocaïne se trouvent mélangés à une grande quantité de liquide. Depuis qu'il ne dépasse plus cette dose de 20 centigrammes, M. Reclus n'a plus jamais vu se produire le moindre accident.

La dose maniable de la cocaïne est entre 5 et 20 centigrammes; et il faut toujours se méfier de la tunique vaginale au point de vue de l'absorption.

La dose de 40 centigr., qui a été employée dans le cas malheureux de M. Berger, est inutile et dangereuse. Avec des doses beaucoup moindres, on obtient une anesthésie parfaitement suffisante.

M. LABBÉ n'a jamais été enthousiaste de l'anesthésie de la tunique vaginale par la cocaïne. Une seule fois, en 1889, chez un individu qui craignait beaucoup la douleur, il fit, sur ses instances, une injection de 25 centigrammes de cocaïne dans la tunique vaginale. Il y eut de tels accidents de syncope cardiaque, que, pendant deux heures, M. Labbé et le médecin du malade qui l'assistait se trouvèrent dans une situation morale épouvantable. Aussi, à partir de ce jour, M. Labbé renonça-t-il pour toujours à la cocaïne.

Le fait de M. Berger est des plus instructifs et en amènera bien d'autres semblables. C'est le même fait qui s'est passé à Lyon autrefois, à propos de l'anesthésie par l'éther. Les chirurgiens de Lyon proclamaient sans cesse qu'ils n'avaient jamais d'accidents avec l'éther. Un beau jour, Pétrequin publia, à la Société de médecine de Lyon, un cas de mort à la suite de ce mode d'anesthésie; dans cette même séance, sept autres cas de mort par l'éther furent communiqués par divers chirurgiens.

Un fait frappe tout particulièrement M. Labbé dans la communication de M. Berger, c'est que M. Richardière avait déjà pratiqué onze autopsies d'individus intoxiqués par la cocaïne. Dans ces conditions, la cocaïne deviendrait donc infiniment plus dangereuse que le chloroforme. Il est bien certain qu'un grand nombre de cas de mort par la cocaïne reste inconnu. A ce propos, M. Labbé cite le fait suivant qui est venu à sa connaissance: Une dame souffrant des dents se rend chez un dentiste qui lui fait une injection de cocaïne; cette dame rentre chez elle fort malade et meurt. Un médecin appelé déclare que les accidents dont il a été témoin et la mort sont la conséquence de l'injection de cocaïne. Le dentiste, craignant des poursuites, déclare au mari que si le fait est divulgué il exigera une autopsie, et il fait à ce mari un horrible tableau de sa femme autopsiée. Devant ce tableau et une généreuse indemnité offerte par le dentiste, le mari a consenti à ne rien dire.

M. LE PRÉSIDENT fait observer à M. Labbé qu'il est des faits qu'il vaudrait peut-être mieux ne pas divulguer.

M. CHAMPIONNIÈRE pense, contrairement à M. le Président, qu'il y a tout intérêt à publier ces faits, attendu qu'aujourd'hui la cocaïne est entre les mains du public et maniée par des charlatans, au grand danger des gens qui se livrent à eux. Il est donc, au contraire, du devoir des chirurgiens des hôpitaux d'appeler l'attention des médecins et du public sur les dangers de mort auxquels peut exposer l'emploi de la cocaïne.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Un verre dans le rectum. — M. MARCHAND présente un grand verre qu'il a extrait du rectum d'un individu qui l'avait gardé dix-sept heures et eut, pendant ces dix-sept heures, une rétention d'urine. Pour avoir ce verre profondément entré, il dut fendre tout le périnée postérieur. Il le sutura ensuite et le sphincter se reconstitua.

Anévrysme. — M. QUÉNU présente un anévrysme poplité spontané qu'il a guéri par l'extirpation.

M. REYNIER présente également un anévrysme artérioso-veineux qu'il a également extirpé.

Hernie étranglée. — M. ROUTIER commu n que un nouveau fait de hernie étranglée faussement réduite qu'il a réduite par la laparotomie.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Cours de physique médicale (1), par M. le professeur GARIEL.

Le premier fascicule de la troisième édition du « Cours de physique médicale » vient de paraître.

Il donne d'abord des « notions préliminaires ». Ces généralités nous font connaître les propriétés des corps et la matière; les lois physiques et les théories physiques; la mesure des grandeurs physiques. Nous assistons à la détermination et représentation

(1) In-8°. Paraîtra en 5 fascicules. Prix: 12 francs. — Paris, F. Savy.

des lois physiques; nous étudions la mesure des grandeurs géométriques, la mesure des longueurs, des surfaces et des volumes, des angles et du temps.

Le deuxième chapitre est consacré aux notions de mécanique : cinématique et dynamique. Un troisième chapitre nous donne une étude sommaire de la pesanteur.

Après ces généralités, l'auteur aborde les propriétés générales des corps : propriétés mécaniques et actions moléculaires réciproques.

Le deuxième fascicule paraîtra en janvier et l'ouvrage sera terminé en mai.

Traitement climatérique de la phthisie pulmonaire (1), par J.-A. Lindsay, traduit et annoté par le docteur J. Lalesque.

L'esprit tout entier de ce livre est très bien résumé par les lignes suivantes que nous extrayons des conclusions : « L'auteur aura écrit en pure perte, s'il n'a pas démontré que le climat *par lui-même* n'est pas l'agent exclusif de la guérison, et que compter sur lui seul, à l'exclusion de son influence indirecte sur le genre de vie et les habitudes, est courir à l'insuccès. Plus d'un robuste indigène de l'Australie ou rancher de la Californie, a pu débarquer en tant que phthisique, dans la contrée de son choix, mais on chercherait vainement des cures analogues parmi les commis et les négociants des entrepôts de Melbourne, Sydney ou San Francisco. La moitié des commerçants et des gens de carrière libérale guérissent de la tuberculose à Davos; beaucoup d'entre eux ont leur santé pour toujours affaiblie par une première attaque, mais peuvent vivre en remplissant leurs devoirs sociaux et en espérant un avenir encore long.

Notre marine marchande contient plus d'un homme qui, venu à la mer pour guérir de la phthisie, continue d'y vivre afin d'éviter le retour du mal. Dans ces deux cas, l'agent important de la cure — dans le premier cas, la raréfaction de l'air, de concert avec la vie active des hautes altitudes des Alpes; dans le second cas, un séjour ininterrompu au milieu des influences salutaires de la mer — a été permanent et le climat et l'hygiène ont collaboré avec harmonie au succès. »

On trouvera dans ce livre une étude comparée des contrées de climatothérapie et des sanatoria les plus usités dans le traitement des tuberculeux.

Des mesures sanitaires en Angleterre depuis 1875 et leurs résultats (2), par H. Monod.

Nous sommes en retard pour rendre compte de ce travail important lu à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle à la fin de 1890 et au commencement de 1891, mais nous tenons beaucoup à le signaler à nos lecteurs. Ils pourront y voir comment les Anglais, ce peuple pratique, ont su améliorer l'hygiène de leur pays depuis 1875, comment, s'ils ont dépensé *trois milliards* en constructions sanitaires, destinées surtout à l'assainissement des villes, ils ont obtenu une diminution de la mortalité qui, étant donné la valeur économique de la vie humaine, compense largement les dépenses faites. Ils pourront y voir comment la direction sanitaire, le « Local Government Board », force les villes à entreprendre les travaux nécessaires, alors même que leur administration municipale s'y refuse. Il y a là un grand et salutaire exemple que ceux qui ont, à un titre quelconque, la direction et la responsabilité de la santé publique, feront bien de méditer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique se réunira jeudi prochain pour discuter la réforme de l'enseignement médical dans les hôpitaux.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, G. Masson.

— Par décision ministérielle, en date du 16 décembre 1891, M. Altemaire, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 16 décembre 1891, les médecins-majors de deuxième classe, dont les noms suivent, ont été nommés à l'emploi de répétiteur à l'École du service de santé militaire, savoir :

M. Berthier (physiologie et histologie); M. Hassler (médecine opératoire et accouchements); M. Ferraton (anatomie normale et pathologique).

— Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'Intérieur a décerné les récompenses suivantes, aux docteurs en médecine ci-après désignés, qui se sont distingués par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1889 :

Médailles d'or. — M. Bertin-Sans, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier; M. Layet, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Rappel de médaille d'or. — M. Nivet, vice-président du Conseil du département du Puy-de-Dôme.

Médaille de vermeil. — M. Mignot, médecin à Pougues-les-Eaux, vice-président du Conseil du département de la Nièvre.

Médailles d'argent. — M. Durand, médecin des épidémies et membre du Conseil de l'arrondissement de Saint-Nazaire; M. Deshayes, médecin à Rouen, secrétaire du Conseil du département de la Seine-Inférieure ; M. Guède, médecin à Paris, membre de la Commission du XVIe arrondissement.

Médailles de bronze. — M. Guichard, médecin à Angers, membre du Conseil du département de Maine-et-Loire ; M. Fournac, médecin à Marseille; M. Bertin, professeur à l'École de médecine de Nantes, membre du Conseil du département de la Loire-Inférieure.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Barthet est nommé préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Raynaud, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Ollive, suppléant, est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale.

— *École de médecine de Rouen.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1890-1891, les élèves en médecine dont les noms suivent :

Première année : Prix, M. Legueu; mentions honorables, MM. Petit et Pochon.

Deuxième année : Prix, M. Derocque; mention honorable, M. Fleury.

Prix Pillore, M. Sorel; mentions honorables, MM. Bouju et Lenormand.

— La mission scientifique en Tunisie dont M. le docteur A. Trumet de Fontarce, membre de la Société d'anthropologie, avait été chargé, par arrêté en date du 16 décembre 1890, est prolongée pour une année.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bourbon (de Courlon), Cavailhès (de Saint-Pierre-de-Trivisy), S. Dehenne (de Bourbourg); Deville, médecin-major de première classe; Fleury, médecin principal en retraite; Grout (de Petit-Quevilly); Honsz (d'Alger); Lallier (de Longueval); Lecamelier (de Barneville); Magnier, médecin-major de première classe en retraite; Palasciano (de Naples) et Sagnier (de la Grand'-Combe).

— M. le docteur A.-J. Martin donnera la prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 20 décembre 1891, à l'Asile de nuit, 107, quai Valmy, à neuf heures et demie très précises du matin.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique chirurgicale, par Émile FORGUE, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin-major de l'armée, et Paul RECLUS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Broussais, membre de la Société de chirurgie. 2 vol. in-8°, avec 368 figures dans le texte. — Prix : 32 francs. — Paris, G. Masson.

Traité des affections vénériennes, par le docteur Edmond LESSER, privat docent à l'Université de Leipzig, traduit sur la 4e édition, par le docteur A. BAYET. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Masson.

Traitement chirurgical du cancer de l'estomac (gastrostomie, gastrectotomie, opérations diverses), par le docteur Aimé GUINARD, ancien interne, lauréat des hôpitaux et chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. Gr. in-8° de 124 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Notes et observations cliniques, par le docteur BOISSARD, ancien chef de clinique d'accouchements, accoucheur des hôpitaux. — 1° De l'état de la menstruation chez les femmes qui allaitent; 2° des enfoncements et des fractures produits sur le crâne du fœtus pendant l'accouchement. — Grand in-8° de 52 pages avec une figure. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 149. — MARDI 22 DÉCEMBRE 1891. 64e ANNÉE. MARDI 22 DÉCEMBRE 1891. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. L'autoplastie dans les mutilations et les difformités cicatricielles de la face. — Grippe infectieuse; glycosurie aiguë consécutive. — Intoxication plombique par une voie peu ordinaire. — REVUE DE LA PRESSE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 21 décembre 1891.

C'est une maladie bien curieuse que l'érysipèle à répétition. Des personnes, des femmes surtout, ont des poussées successives d'érysipèle. Elles en ont plusieurs par an, quelquefois plusieurs par mois. Ces poussées sont souvent très bénignes, apyrétiques; elles évoluent en quelques jours, mais quelquefois aussi elles peuvent prendre une intensité plus grande et avoir toutes les allures du classique érysipèle de la face. On s'est demandé s'il s'agissait bien d'un érysipèle, et si ce n'était pas là une sorte d'érythème érysipéloïde. C'est encore l'opinion de M. E. Labbé.

Cependant des arguments donnés par MM. E. Hirtz et Widal (1) et par M. Rendu démontrent bien qu'il s'agit d'une forme quelquefois, mais non toujours, atténuée et récidivante de l'érysipèle vrai. Une femme d'un trentaine d'années tombe à l'eau; à partir de ce moment, ses règles ne réapparaissent plus; mais elle a une première poussée d'érysipèle de la face qui dure neuf jours; huit jours plus tard une seconde poussée, puis deux autres avant de quitter l'hôpital. Pendant un an, elle est prise d'érysipèle plusieurs fois par mois; pour leur part MM. Hirtz et Widal observent chez elle une vingtaine d'attaques. Ces attaques sont généralement bénignes, mais l'une des dernières est très grave, avec température élevée, albuminurie, état ataxo-adynamique.

Au niveau des lésions érysipélateuses, on trouve des streptocoques comme dans l'érysipèle vrai, et les cultures de ces streptocoques se montrent très virulentes sur les animaux; après leur inoculation, on constate les mêmes phénomènes qu'après l'injection du streptocoque de l'érysipèle.

C'est donc bien d'érysipèle qu'il s'agissait. Du reste, en cas semblable, M. Rendu a vu le voisin de lit prendre par contagion un érysipèle véritable. De là une conclusion importante en pratique, c'est qu'il faut prendre, avec ces érysipèles à répétition, autant de précautions antiseptiques qu'avec les érysipèles vrais, qu'il faut les isoler, les éloigner des blessés et des femmes en couche, tout aussi soigneusement que les érysipèles à grand fracas et à poussée unique.

(1) Société médicale des hôpitaux, 18 décembre 1891.

Pigmentation générale exagérée, teinte bronzée des téguments et taches noires de la muqueuse buccale, ce sont là deux symptômes dont la réunion semblait suffire pour permettre d'affirmer le diagnostic de la maladie d'Addison, de cette cachexie mortelle qui paraît surtout résulter de la lésion tuberculeuse des capsules surrénales. Cela ne suffirait pas, cependant, d'après M. G. Thibierge. Il présente, en effet, à la Société médicale, deux malades atteints de phthiriase généralisée et de pigmentation exagérée des téguments; c'est ce que les Allemands et les Anglais appellent la maladie des vagabonds. La morsure répétée des poux, la misère, l'action des intempéries amènent, en effet, une coloration bronzée du tégument qui peut prendre, comme chez un malade que faisait voir M. Besnier à Saint-Louis, la couleur d'une peau de mulâtre. Les deux malades de M. Thibierge ont en même temps la pigmentation noire de la muqueuse buccale, que l'on considère comme caractéristique de la maladie bronzée; or, ils n'ont, ni l'un ni l'autre, rien dans leur état général qui rappelle la cachexie d'Addison.

M. Chauffard, constatant la teinte bronzée des téguments et la pigmentation buccale chez un tuberculeux avancé, croyait devoir, à l'autopsie, trouver des capsules surrénales caséeuses; elles étaient parfaitement saines. Il est persuadé maintenant qu'il s'est trouvé en présence d'un cas semblable à ceux que vient de rapporter M. Thibierge.

M. Guyot fait une communication des plus intéressantes au point de vue de la pratique. Il a vu à plusieurs reprises, chez des malades différents, survenir des attaques convulsives brusques, d'aspect absolument épileptiques. Le coma suivait assez rapidement. Les médecins appelés pronostiquaient une mort rapide, sans espoir possible, sans intervention utile. Or il s'agissait d'accidents convulsifs d'urémie, susceptibles de guérir sous l'influence de la saignée et des purgations. La saignée est, dans ces cas, la médication obligatoire : elle produit des résultats véritablement extraordinaires. En vingt-quatre heures, et même moins, des malades condamnés sont rendus à la vie. La nature vraie de ces crises, l'effet curatif des émissions sanguines, sont généralement si ignorés, que nous publierons ultérieurement la communication même de M. Guyot.

Signalons, pour terminer, une observation d'hémiplégie

hystérique, avec hémispasme facial, présentée par MM. Gouraud et Martin Durr.

Cette séance de la Société médicale des hôpitaux était la dernière de l'année. M. Rendu a lu son rapport annuel sur les travaux de 1890. Il a lu, de plus, des notices biographiques sur les membres décédés : Baillarger, Bouchut, Barthez, Roger, Féréol. Il s'est acquitté de cette tâche avec son tact et son talent habituels.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SCHWARTZ.

L'autoplastie dans les mutilations et les difformités cicatricielles de la face.

Je vais opérer, devant vous, un malade de vingt-trois ans, entré déjà depuis six mois dans le service, et ayant fait l'objet d'une première tentative opératoire. L'opération que je vais tenter aujourd'hui n'est que partielle. Cet homme présente en effet une mutilation telle de la face, des difformités cicatricielles telles, que nous devrons, pour aujourd'hui, nous contenter de remédier à une des plus gênantes entre les lésions dont il est atteint, un ectropion très marqué de l'œil gauche. Mais son histoire n'en sera pas moins intéressante au point de vue des ressources et des difficultés de l'autoplastie dans ces terribles mutilations.

Voici l'histoire de ce malade : bien que jeune encore, robuste, de bonne santé, n'ayant aucun antécédent morbide, soit héréditaire, soit personnel, il était sujet à des accès de prostration, de découragement. Le 1er novembre 1890, alors qu'il était encore au service militaire, il eut un tel accès de découragement, qu'il essaya de se suicider. Se couchant sur son lit, il plaça son fusil entre ses jambes, appuya le canon sous le menton et actionna la détente avec son pied. La tête étant un peu renversée en arrière, la balle entra sous le menton pour sortir à l'angle externe de l'œil gauche. Le crâne et le cerveau ne furent pas intéressés, mais la face fut en grande partie fracassée. Tout le maxillaire supérieur fut détruit. Pendant les deux mois que ce malade passa à l'hôpital militaire : on enleva un très grand nombre d'esquilles osseuses; pendant les premiers temps de son entrée dans le service, on retira encore deux nouveaux fragments osseux.

Le 6 mars de cette année, M. Duplay fit une première tentative opératoire. Il essaya de libérer, de décoller des parties profondes, l'énorme cicatrice qui s'était produite, et de la ramener en avant en la soutenant par un tamponnement lâche à la gaze iodoformée. A quelques égards, cette opération se rapprochait, vous le voyez, de ce qui est pratiqué dans les résections typiques du maxillaire supérieur. L'os enlevé, pour éviter l'affaissement du pont mobile formé par les téguments, on le soutient par un tamponnement de ce genre. La cicatrisation assure bientôt une solidité suffisante, en ayant soin de combler plus tard le vide osseux par un appareil de prothèse, la joue, si elle est toujours légèrement aplatie, n'offre plus l'énorme dépression qu'elle a chez ce malade. De plus, les téguments, ainsi ramenés en avant, auraient offert un support à l'œil et aux paupières, empêchant ou diminuant l'ectropion. Malheureusement, tout ingénieuse qu'elle fût, cette tentative ne réussit qu'imparfaitement, par suite du mauvais état, du défaut de vascularité des téguments. Formés en grande partie de tissus cicatriciels, les lambeaux décollés se sphacélèrent partiellement. La réunion secondaire les accola de nouveau aux parties profondes; ils se rétractèrent, il fut impossible de plus en plus de placer l'appareil prothétique qui aurait pu leur servir de soutien.

Actuellement, si vous examinez le malade, vous voyez que presque tout le côté gauche de la face a été détruit et qu'il a été remplacé par une énorme cicatrice étoilée remplaçant la joue. Ce tissu de cicatrice est absolument immobile, intimement soudé aux parties profondes. Du côté de l'œil, il existe un ectropion très marqué, la paupière inférieure est entièrement renversée en dehors. La cornée est opaque dans ses deux tiers inférieurs; l'œil a d'ailleurs subi des troubles de nutrition profonds, car bien que la cornée ne soit que partiellement opaque, la cécité est absolue. Le nez est dévié vers le côté gauche. Le menton est traversé par une grosse bride cicatricielle qui va rejoindre l'orifice d'entrée de la balle.

Le malade ouvre la bouche sans difficultés aussi grandes qu'on pourrait s'y attendre. En examinant l'état des parties profondes, on voit : 1° que la mâchoire inférieure a perdu toutes ses dents du côté gauche et que, de plus, la joue est entièrement soudée à l'os, que le tiers postérieur de la langue lui-même participe à cette union cicatricielle; 2° que toute la partie gauche de la voûte palatine, toute l'arcade alvéolaire supérieure, presque tout le voile du palais sont détruits, cette destruction formant une large perte de substance qui permet d'apercevoir les fosses nasales.

Malgré ces dégâts effrayants, les troubles fonctionnels restent tolérables. La mastication est très gênée, la voix est nasonnée; les fosses nasales s'obstruent assez fréquemment par des mucosités dues à une irritation chronique, mais le malade ouvre assez bien la bouche, il n'éprouve pas de douleur. Je vous ai signalé l'opacité cornéenne et la cécité absolue à gauche.

Que pouvons-nous essayer dans un cas de ce genre? Renouveler la première tentative qui a échoué, faite par M. Duplay, serait aller au-devant d'un nouvel échec. Peut-être, plus tard, quand la rétraction cicatricielle sera complète, pourra-t-on essayer d'enlever tout le tissu nodulaire et rétracté, et de combler la brèche faite par une autoplastie, au moyen d'un lambeau pris sur la nuque ou le cou, mais cette tentative serait prématurée, la rétraction étant encore incomplète. Actuellement, nous avons surtout à nous préoccuper de l'ectropion qui constitue une partie très notable de la difformité et de la gêne et qui aboutirait, si on laissait la rétraction *progressive* l'accentuer encore, à la procidence complète de l'œil. L'opération, relativement simple que nous allons faire, rendra, en attendant une opération autoplastique plus radicale, un certain service à ce malheureux.

Quatre méthodes principales d'autoplastie sont à notre disposition pour traiter cet ectropion. Laquelle allons-nous choisir ?

La première méthode, la méthode française ou par glissement, qui consiste à déplacer, à faire glisser le lambeau, est ici impossible, en raison de la cicatrice de voisinage. La deuxième méthode, ou méthode indienne, où le lambeau est disséqué sur une région voisine de la face et renversé en restant adhérent sur son pédicule, l'est également. La tempe, seule, nous offre une région de peau suffisamment saine et il serait fâcheux de créer une nouvelle cicatrice sur

le seul point à peu près qui reste intact au côté gauche de la face. La méthode italienne, où le lambeau serait pris sur le bras et reste fixé par son pédicule au bras qui est relevé et soutenu de façon à venir s'appliquer contre la face, me paraît également peu indiquée dans le cas présent. La position du bras serait très pénible; comment ce malade, qui est mélancolique, découragé, la supporterait-il?

Dans d'autres cas, au contraire, ce procédé, qui a été souvent employé et particulièrement recommandé par M. Berger, m'a donné d'excellents résultats. Chez un enfant, j'ai pu combler, au moyen d'un lambeau, ainsi pris sur le bras, une perte de substance de 6 centimètres sur 5, due à une ulcération tuberculeuse de la région frontale; le pédicule put être sectionné au dixième jour, en raison de la jeunesse du sujet et de la vitalité des tissus. Chez un homme plus âgé, j'ai pu recouvrir un ulcère calleux du dos du pied gauche, dû à une blessure par balle, reçue en 1870, en prenant le lambeau à la face postérieure de la jambe droite. La position pour assurer l'affrontement n'était pas par trop pénible, puisqu'il suffisait de maintenir les jambes croisées l'une sur l'autre. Mais elle dut être maintenue vingt-trois jours. Chez notre malade, la position élevée du bras, maintenue aussi longtemps, serait trop pénible pour que nous adoptions ce procédé.

Ici, comme la brèche à combler sera peu étendue, nous pourrons heureusement employer l'hétéroplastie. Imaginée par M. Le Fort, en 1869, l'hétéroplastie consiste à détacher complètement un morceau de tégument, qui est transplanté sur la surface d'avivement. La nutrition est assurée uniquement par le contact avec les parties profondes, puisqu'il n'y a pas de pédicule. Ce procédé réussit néanmoins, à condition d'éviter toute suppuration. Nous allons l'appliquer en suivant les recommandations minutieuses faites, dans une récente communication de M. Panas, à l'Académie de médecine.

Le premier temps de notre opération consistera, après une asepsie parfaite de tout le pourtour de l'œil, à libérer la paupière inférieure par une incision semi-circulaire et à la relever jusqu'à ce qu'elle s'applique contre la paupière supérieure.

Le deuxième temps consistera à suturer l'une à l'autre les deux paupières, après avoir avivé leur bord libre en dedans de la rangée des cils. Cet accolement devra être maintenu pendant un an au moins.

Le lambeau destiné à combler le vide sous la paupière inférieure sera pris sur la région sous-épitrochléenne, où la peau offre des conditions particulièrement favorables. Il devra être disséqué avec des précautions d'asepsie minutieuse et avoir, pour compenser la rétraction qu'il subira, trois fois les dimensions de la perte de substance. Il ne sera appliqué et suturé sous la paupière qu'après une hémostase parfaite. Une compression très douce, exercée par l'intermédiaire de gaze et d'ouate antiseptique, servira de plus à le maintenir. Ce pansement ne sera levé qu'au bout de six jours; il est inutile de le lever avant, puisqu'il n'y aurait absolument aucun moyen de remédier à une non-réunion; cette attente de six jours a l'avantage de permettre un accolement plus solide. Les fils ne seront enlevés qu'au dixième jour. Tel est le procédé que nous allons employer, ce n'est que s'il échouait, en raison de la faible vascularité des tissus qui entourent l'orbite chez notre malade, que nous nous déciderions à nous adresser à la méthode italienne.

GRIPPE INFECTIEUSE. GLYCOSURIE AIGUE CONSÉCUTIVE

Par le docteur Georges BOUCHARD (de Saumur),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Eugène M..., trente-sept ans, ouvrier distillateur, demeurant à Bagneux, près Saumur, est d'une constitution assez faible et anémique.

Il a été atteint, il y a quelques années, de calculs du foie ayant amené des coliques hépatiques.

Comme la plupart des distillateurs, qui ont constamment des alcools sous la main, il en faisait à cette époque un usage trop fréquent. Dès lors, sur mes recommandations et la peur que je lui fis, à cause de la petite famille qu'il avait à élever, il s'abstint autant que possible de boire.

Il resta anémique et très constipé, à la suite de ces crises du foie; puis il fut atteint ensuite de coliques néphrétiques avec élimination de gravelle urique.

Depuis un an environ, je n'ai plus constaté de gravelle dans ses urines; mais il a eu, de loin en loin, des névralgies abdominales avec douleurs lombaires, qui, à plusieurs reprises, l'ont obligé à cesser de temps en temps, pendant quelques jours, son travail qu'il reprenait ensuite lorsqu'il était calmé.

A partir de cette époque, j'ai plusieurs fois examiné, superficiellement, ses urines, et je n'ai jamais trouvé aucun produit anormal, gravelle, albumine, glycose.

Sa santé, sans être très brillante, était cependant relativement assez bonne.

L'épidémie d'influenza fit son apparition dans l'ouest de la France.

Le 30 novembre, M... fut pris subitement de frissons, céphalalgie, rachialgie, douleurs des membres avec faiblesse dans les jambes, sensation de chaleur dans l'arrière-gorge, symptômes d'une grippe au début, qui l'obligèrent à quitter son travail, ne lui permirent de se rendre qu'à grand' peine chez lui, où il se mit aussitôt au lit.

Je le vis le 1er décembre. Je constatai une fièvre intense, de l'abattement qui s'ajoutait aux phénomènes précédents, une certaine moiteur de la peau; de la rougeur de l'arrière-gorge, qui avait un aspect brillant, parcheminé, indiquant la sécheresse, et une inappétence complète avec un profond dégoût pour tout aliment, sans état saburral de la langue, ensemble de symptômes qui me firent porter le diagnostic « grippe infectieuse ».

Les phénomènes généraux disparurent promptement pour faire place aux symptômes inflammatoires du pharynx, du larynx et de la trachée, comme cela arrive dans un rhume ordinaire.

La grippe fut bénigne, et le 10 septembre, par un temps brumeux, je trouvai M... se promenant et allant voir son frère, qui venait de tomber malade comme lui.

M... toussait encore un peu et, tout en se plaignant de n'avoir pas d'appétit, il me demandait s'il ne pourrait pas retourner travailler le lendemain. La langue était devenue blanche. Je le fis rentrer chez lui, je lui défendis toute reprise de travail pour le moment et je lui prescrivis un léger purgatif salin pour le lendemain 11 décembre.

Ce jour, le malade s'était remis au lit dans la journée, se plaignant de douleurs vives dans les cou-de-pieds, les genoux et un peu dans les poignets.

Il était incapable de faire aucun mouvement, et tous ceux qu'on cherchait à produire lui arrachaient des cris plaintifs.

Il n'y avait ni gonflement, ni rougeur au niveau des articulations, ni réaction fébrile bien marquée; les membres étaient douloureux au toucher dans toute leur étendue.

Je ne pus voir les urines, qui n'avaient pas été gardées.

D'après cet ensemble de symptômes, je crus avoir affaire à une poussée rhumatismale déterminée par un refroidissement survenu lors de la sortie du 10 décembre, alors que le malade n'était pas complètement guéri.

Je ne fis aucune prescription interne, me contentant d'un lini-

ment calmant avec ouate, pour envelopper les membres douloureux.

Le 12 décembre, les douleurs étaient un peu moins vives, et le malade faisait quelques mouvements sans souffrance; mais, lui qui était anémique et pâle antérieurement à cette influenza, me semblait l'être davantage, avoir maigri, et les traits un peu tirés depuis la veille. Il accusait de la soif pour la première fois depuis le début de la maladie, toujours un manque complet d'appétit et le plus profond dégoût pour toute sorte d'aliments. Le bouillon froid et le lait, ainsi que l'eau rougie, pouvaient seuls être pris, parce qu'ils le rafraîchissaient, sans cependant étancher sa soif.

La fièvre, presque nulle, offrait une légère exacerbation le soir; les urines étaient peu colorées.

Je ne vis pas le malade le dimanche 13 décembre.

Le lundi 14, je fus frappé, en entrant, de l'amaigrissement excessif, de la sécheresse de la peau et de la teinte cadavérique de M... Il n'avait plus aucune douleur, il se sentait très bien du côté des jambes, mais il avait une faiblesse extrême, accompagnée d'une soif inextinguible, avec des urines fréquentes, très abondantes et peu colorées.

Je fis, au milieu de la journée, un examen de ces urines, en en faisant bouillir une petite quantité dans un tube à expériences, avec une pastille de potasse caustique. Elles devinrent jaune citron, puis jaune orange, puis acajou et enfin acajou noir en se refroidissant un peu.

Elles contenaient donc de la glycose en forte proportion.

Je me proposais le lendemain de faire faire, par un pharmacien, un examen complet des urines en recueillant celles qui seraient émises dans les vingt-quatre heures.

Le 15 décembre, l'amaigrissement de la veille n'était pas comparable avec celui que j'avais sous les yeux. Le malade n'avait plus littéralement que la peau et les os. Le peu de tissu adipeux avait complètement fondu; les muscles étaient atrophiés, la voix était éteinte, comme celle d'un cholérique dans les derniers moments de l'existence. Le pouls était petit, avec quelques intermittences, la peau était devenue de plus en plus sèche. L'intelligence était intacte. Le décubitus dorsal, les jambes écartées et fléchies semblaient être son attitude de prédilection. La langue était sèche sans cependant avoir l'aspect de celle d'un typhique. Il avait bu, depuis la veille, d'une façon effrayante et uriné de même. Il réclamait toujours à boire, qu'on ne lui refusait pas, mais que j'avais, cependant, recommandé de lui donner avec modération chaque fois.

La journée a été calme, la voix s'est de plus en plus affaiblie, et le malade s'est éteint vers quatre heures du soir, sans, pour ainsi dire, s'en apercevoir.

C'est alors seulement que je pus reconstituer les différentes phases de cette maladie, contre laquelle je suis resté impuissant, malgré tout ce que j'ai pu faire dans la lutte pour sauver le malade.

M... a été pris de grippe infectieuse, avec la forme ordinaire et bénigne tout d'abord.

L'infection microbienne est, pour ainsi dire, restée pendant plusieurs jours à l'état latent, diminuant probablement chaque jour, ce qui a fait croire au malade qu'il était guéri, et ce qui lui a permis de sortir de chez lui par un temps relativement doux, mais très brumeux.

L'humidité aurait-elle réveillé et fait germer des débris de culture qui tendaient à disparaître ?

Je serais assez disposé à le croire.

Cette colonie, germant, a dû chercher un domicile qu'elle est allée élire au voisinage du bulbe. De là, elle a fait naître du côté des membres, surtout du côté des membres inférieurs, des symptômes ayant une certaine ressemblance avec ceux du rhumatisme articulaire, mêlé peut-être à un peu de paralysie.

La colonie s'est déplacée peu à peu, et, au fur et à mesure qu'elle s'est éloignée de son point primitif d'élection, les douleurs des membres ont disparu.

Elle s'est acheminée vers le plancher du quatrième ventricule et a déterminé aussitôt des phénomènes glycosuriques qui sont devenus d'autant plus intenses que cette colonie est devenue, elle-même, plus nombreuse.

Elle est restée dans ces parages; la glycosurie a été en augmentant jusqu'au moment où le malade, amaigri, paralysé du larynx, épuisé et n'ayant plus la force de résister, a dû succomber aux progrès de l'empoisonnement et à l'envahissement du nœud vital.

INTOXICATION PLOMBIQUE PAR UNE VOIE PEU ORDINAIRE

Par M. le docteur Bourguet (de Graissessac).

11 décembre : R..., ouvrier mineur, quarante-deux ans, tempérament bilieux, de petite taille, mais sain et robuste, vient me consulter pour des coliques qu'il éprouve assez fréquemment. La veille, elles ont duré de cinq à neuf heures, cette nuit de deux à cinq; elles occupent la région correspondante au trajet du côlon transverse et ne sont pas suivies d'évacuations.

Il y a trois semaines environ, la femme de ce malade me demanda, pour de pareils accidents, un remède qui les calma. C'était une potion au laudanum et au sirop d'éther.

Aujourd'hui, examinant le malade, je crois constater le liséré caractéristique autour de quelques dents. Je l'engage à se surveiller et à recueillir ses souvenirs afin d'être fixé sur la cause du mal.

Je prescris un mélange à parties égales de soufre sublimé, de crème de tartre purifiée et de magnésie calcinée.

Les coliques ont repris à midi et demi et durent encore à cinq heures du soir. Je donne une potion pareille à la première.

12 décembre : Je vois le malade au lit, ce matin. Il a été calmé après deux ou trois cuillerées à café de la potion, mais il n'a pas eu de selles et ses coliques persistent, sourdes, il est vrai, et supportables. Aucune douleur dans les jambes ou les pieds, pas de céphalalgie, rien aux mains, ni gêne, ni engourdissement des doigts; pas d'anesthésie, ni de douleurs névralgiques.

En présence de sa femme, je reprends le chapitre des recherches au sujet du plomb. On est très affirmatif et très net, il n'y en a pas dans la maison. Le malade n'a pas quitté le pays, et pour me prouver qu'il s'est occupé sérieusement de l'étiologie possible de son mal, il me dit qu'il a l'habitude de mettre entre ses lèvres son crayon de *mine de plomb* et qu'il ne le fera plus.

Je constate encore une fois le liséré caractéristique au collet de la deuxième incisive latérale droite supérieure et de la première inférieure latérale gauche. Je persiste à accuser le plomb et prie les intéressés de chercher avec moi.

En partant, mes yeux tombent sur un filet, dit *épervier*, suspendu au mur, une série de balles de plomb occupe, de distance en distance, la grande circonférence de ce filet que tout le monde connaît.

— Ce filet est-il à vous? Êtes-vous pêcheur ?

— Monsieur, me dit le malade, positivement je n'avais pas pensé à cela. Oui, je suis pêcheur, et, quand je pêche, j'ai l'habitude de mettre entre les dents une des balles de plomb, pendant que je déploie peu à peu le filet sur mon avant-bras, pour le lancer dans de bonnes conditions.

Je fais lever le patient, qui me montre la manœuvre. Il garde une minute environ la balle entre ses dents. Il me dit que ce fait se répète fréquemment pendant qu'il pêche, c'est-à-dire peut-être deux cents fois par jour.

Or, cet été, il a pêché beaucoup, jusqu'au jour où les gendarmes l'ont pêché à son tour. Est-il nécessaire de chercher ailleurs la cause de ses coliques ?

Obtenir des évacuations alvines, cesser l'opium et le remplacer

par la belladone ou la jusquiame, s'il y a lieu de calmer la douleur, donner de l'iodure de potassium, telles sont les indications à remplir.

Il m'a paru intéressant d'ajouter, à la liste déjà longue des intoxications par le plomb, celle-ci, dont la porte d'entrée n'est, je crois, citée nulle part, et qu'un pur hasard m'a fait découvrir.

REVUE DE LA PRESSE

La généralisation au sternum dans le cancer du sein. — D'après Snow, chez les femmes atteintes de cancer du sein, l'examen de la région sternale est important, soit avant l'opération, soit pour surveiller la récidive après l'opération. On trouve assez fréquemment, au niveau de la deuxième articulation costale, une proéminence du sternum développée lentement et sans douleur, proéminence qui indique toujours un noyau de généralisation secondaire et est soit une contre-indication opératoire formelle, soit un signe certain de récidive. (*The Lancet.*)

Syphilis du poumon. — Au point de vue anatomique, Haslund admet les deux formes ordinaires des lésions syphilitiques tertiaires, la forme diffuse et la forme de gommes circonscrites. Au poumon, on rencontre souvent les deux ordres de lésions. Le sommet est toujours indemne ou très peu touché.

La marche clinique est rapide. La mort peut survenir en deux ou six mois. Les signes sthétoscopiques locaux restent souvent très obscurs. Ce n'est qu'assez tardivement qu'on trouve de la submatité, de la rudesse du murmure vésiculaire, plus tardivement encore, apparaissent les symptômes de cavernes.

Les principaux éléments du diagnostic différentiel avec la tuberculose sont : 1° absence de bacilles dans les crachats; 2° absence de lésions ou lésions extrêmement minimes au sommet du poumon ; 3° marche plus rapide dans la syphilis que dans la tuberculose, si le traitement spécifique n'intervient pas; 4° apyrexie complète au début des accidents syphilitiques; 5° antécédents de syphilis ; 6° résultats du traitement spécifique.

Les résultats du traitement par l'iodure de potassium et le mercure sont très bons et très rapides ; ils diminuent singulièrement la gravité du pronostic. Bien que la syphilis du poumon ne soit pas très commune, Haslund a pu en diagnostiquer et en traiter avec succès un certain nombre de cas. (*Med. Record.*)

L'orexine, comme stimulant de l'appétit, dans l'enfance. — Gordon a employé l'orexine chez des enfants de deux, trois, huit et onze ans. Chez l'enfant de deux ans, les doses données ont été de 1 centigramme trois fois par jour. Chez l'enfant de onze ans, elles ont été de 15 milligrammes trois fois par jour. L'effet sur l'appétit, la régularisation de la digestion, la diminution de l'embarras gastrique et de la constipation, fut satisfaisant dans tous les cas. Alors même que l'anorexie dépendait d'une tuberculose, d'une cachexie, l'effet ne s'est pas moins manifesté. (*The Lancet.*)

Antisepsie dans la scarlatine. — M. Grancher, dans le traitement des maladies infectieuses de l'enfance, s'attache, pour prévenir les complications, à des précautions antiseptiques aussi rigoureuses que possible. Voici, en particulier, celles qu'il a adoptées dans la scarlatine.

Chez tous les malades, sans exception, la gorge et la bouche sont nettoyées, chaque matin, par une irrigation avec la solution boriquée tiède à 3 p. 100. Chaque malade a deux canules de verre constamment conservées dans l'eau phéniquée et qui ne servent jamais qu'à lui seul pour cette irrigation.

S'il existe des plaques blanches sur les amygdales, la désinfection est plus rigoureuse. Les plaques sont enlevées à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile sec ; puis, à l'aide d'un autre tampon, on badigeonne la gorge avec une solution de glycérine boriquée au dixième.

Chez tous les malades, sans exception, la désinfection des fosses nasales est également assurée, chaque matin, par l'introduction dans les narines d'un petit tampon d'ouate hydrophile imbibé d'huile de vaseline boriquée.

S'il existe du coryza, si léger qu'il soit, on fait dans les fosses nasales, comme dans la gorge, une irrigation avec la solution boriquée tiède à 3 p. 100.

Chez les petites filles, la vulve est, elle aussi, lavée régulièrement, chaque jour, à l'eau boriquée tiède.

Avant chaque repas, on répète le lavage de la gorge et de la bouche. Les ustensiles qui servent au repas, couvert, assiette, serviette, verre, sont soigneusement désinfectés à l'étuve, le repas fini. Ils sont conservés dans un petit panier en fil de fer également désinfecté.

Le soir, avant le sommeil des enfants, on répète une deuxième fois les irrigations de la gorge et de la bouche et, au besoin, des fosses nasales.

En dehors de ces précautions spéciales, des précautions générales, très minutieuses, sont prises pour le nettoyage des salles, le lavage du linge, l'enlèvement immédiat des déjections, des crachats.

Les résultats de ces précautions antiseptiques ont été excellents. La mortalité, de 20 p. 100 environ avant ces précautions, est tombée, depuis leur emploi, à 3 p. 100. (*Journ. des conn. méd.*)

Traitement de la tuberculose. — M. Arthaud recommande particulièrement, dans la tuberculose, l'usage interne de l'iode et du tannin combinés avec la suralimentation. L'iode et le tannin peuvent être donnés à doses assez élevées, sans intolérance. A la première période, l'amélioration est d'ordinaire rapide, l'embonpoint, en particulier, reparaît très vite, la guérison complète est possible. A la deuxième période de la tuberculose, la médication est encore très utile pour soutenir l'organisme.

Voici les formules employées d'ordinaire par M. Arthaud.

I.	Iodure de potassium.	10 grammes.
	Tannin à l'alcool	20 —
	Glycérine	150 —
	Alcool	50 —
	Vin de Banyuls.	q. s. p. 1 litre.

Un verre à Bordeaux après chaque repas.

II.	Extrait de ratanhia fluide à 50 p. 100	30 grammes.
	Sirop de mûres.	250 —

Une cuillerée à café cinq fois par jour dans du vin.

III. Matin et soir x gouttes de teinture d'iode dans du lait. (*Annales de la policlinique.*)

Complications de la scarlatine. — Caiger résume l'étude des 1008 cas de scarlatine observés, en 1890, au Southwestern Fever Hospital de Londres. Le maximum des cas fut observé en septembre et octobre. La mortalité générale fut de 4,67 p. 100. Ce résultat, que Caiger regarde comme satisfaisant, indique, confirme le fait de la malignité plus grande de la scarlatine en Angleterre qu'en France. La fréquence relative des diverses complications serait également, comme on va le voir, assez différente.

L'otite purulente fut la complication la plus fréquente. Elle se montra dans 125 cas, soit 12,9 p. 100. Les enfants les plus jeunes furent particulièrement atteints; la complication fut beaucoup plus précoce et beaucoup plus fréquente dans les formes graves. Trois fois seulement l'inflammation se propagea à l'apophyse mastoïde, mais ne détermina ni pyohémie, ni méningite.

L'adénite des ganglions du cou fut observée dans 69 cas, abstraction faite des adénites accompagnant l'angine scarlatineuse. Les ganglions suppurèrent chez 17 des malades atteints.

La rhinite fut observée dans 58 cas. Elle coïncida fréquemment avec l'otorrhée et, comme elle, atteignit surtout les jeunes enfants.

La rhinite précoce des premiers jours est un signe pronostique grave.

L'eczéma survint chez 32 malades, occupant surtout les ailes du nez, la lèvre supérieure, le pourtour du pavillon de l'oreille.

L'albuminurie simple survint seulement dans 3,1 p. 100 des cas, la néphrite dans 2,7 p. 100 des cas. La stomatite ulcéreuse, le rhumatisme seraient aussi fréquents, 2,8 et 2,7 p. 100. La conjonctivite survint chez 1,24 p. 100 des malades observés. (*The Lancet.*)

Emploi de l'antisepsie intestinale pour prévenir les éruptions médicamenteuses. — Un grand nombre de médicaments, bromure de potassium, borate de soude, chloral, sont très difficilement tolérés par certains malades, en raison des éruptions médicamenteuses qu'ils provoquent. C'est surtout quand ils sont employés contre l'épilepsie, alors que les doses doivent être massives, que l'emploi doit être très prolongé, que l'on se heurte à cette intolérance.

M. Féré a montré que l'antisepsie intestinale permettait de triompher de cet obstacle. Le borax, le bromure peuvent être donnés, pendant plusieurs mois, à doses de 2 à 3 grammes pour le borax, de 4 grammes pour le bromure. Les effets thérapeutiques semblent plutôt augmenter par l'adjonction de l'antisepsie intestinale.

Celle-ci est pratiquée de la façon suivante. Dès qu'apparaissent les accidents éruptifs, on donne au malade, deux fois par jour, avant les repas, à onze heures du matin et six heures du soir, le mélange suivant :

Naphtol β	2 grammes.
Salicylate de bismuth	1 —

(Enrobé dans du pain azime).

Le malade prend donc par jour 4 grammes de naphtol et 2 grammes de salicylate de bismuth. Le bromure ou le borax sont donnés le soir, au moment du coucher.

Ces doses élevées d'antiseptiques intestinaux sont nécessaires pour avoir un effet satisfaisant. L'hydrothérapie constitue un adjuvant utile de la médication. (*Rev. de clin. et de thérap.*)

Emploi thérapeutique de l'exalgine. — MM. Gouguenheim et Derne ont expérimenté, à l'hôpital Lariboisière, l'exalgine dans les affections suivantes : névralgie faciale, névralgie intercostale, migraine, hystéralgie, douleurs ostéocopes de la syphilis, aryténoïdite tuberculeuse, rhumatisme subaigu, sciatique subaiguë, épithélioma laryngien, névralgie dentaire.

Les résultats obtenus contre la douleur ont toujours été extrêmement remarquables. Deux échecs seulement ont été observés : le premier, dans un cas de névralgie faciale (sur trois cas traités), le second, dans un cas de névralgie intercostale (sur quatre cas traités).

La dose de 25 centigrammes suffit dans la plupart des cas, mais on peut la pousser sans inconvénient jusqu'à 50 ou 75 centigrammes et parfois même 1 gramme. La formule employée était la suivante :

Exalgine. . . . . . . 25 à	75 centigrammes.
Alcool à 90 degrés.	Q. S.
Sirop diacode.	10 grammes.
Eau distillée	90 —

A prendre en deux fois dans la journée (à deux heures et à cinq heures du soir).

Quelques malades, très rares, ont accusé, immédiatement après l'administration du médicament, une certaine sensation de chaleur à l'épigastre, rarement des nausées.

On n'a jamais constaté ni rash, ni cyanose. Il est arrivé que le malade a pu éprouver quelques vertiges avec de la lourdeur dans la tête, de l'obnubilation de la vue, un peu d'énervement; mais ces phénomènes ont été aussi légers qu'éphémères.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891.

Première série. — 323-1. M. LANCEROTTE. Quelques considérations sur la pleurésie sénile. — 324-2. M. ADAM. De la tarsectomie pour bieds-bots varus équins congénitaux. — 325-3. M. ZILGIEN. Essai expérimental et clinique sur le rôle des poussières bacillaires dans la contagion de la tuberculose et sur la durée de la virulence de ces poussières. — 326-4. M. MOUGINET. Quelques bactéries des putréfactions. Contribution à l'étude de la pathogénie des empoisonnements par les viandes putréfiées. — 327-5. M. FRŒLICH. Destruction totale de l'urèthre chez la femme. Causes et traitement. — 328-6. M. BRESSE. De l'ophthalmie électrique et du coup de soleil électrique. — 329-7. M. JULG. Le pansement occlusif humide dans les maladies des yeux. — 330-8. M. PRAUTOIS. La lymphe de Koch. Son histoire; son application à la thérapeutique. — 331-9. M. MARCHAL. Comparaison entre la résection du nerf optique et l'énucléation dans le traitement de l'ophthalmie sympathique. — 332-10. M. STERNE. Rapports de la paralysie infantile avec la paralysie spinale aiguë de l'adulte et l'atrophie musculaire progressive spinale. — 333-11. M. BAUR. Du traitement du lupus. Emploi des greffes dermo-épidermiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours du prix de l'internat (chirurgie) s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or. — M. Mauclaire.

Médaille d'argent. — M. Nogues.

Mention honorable. — M. Chipault.

Tous nos compliments à notre distingué collaborateur M. Chipault.

— Par arrêté ministériel, en date du 14 décembre 1891, un concours s'ouvrira le 20 juillet 1892, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de plein exercice d'Alger.

— M. Desnos, vice-président de la Société médicale des hôpitaux, a été élu président. M. Fernet a été élu vice-président. MM. Le Gendre et A. Siredey secrétaires des séances.

— *Hôpitaux de Toulouse.* — La commission administrative des hôpitaux vient de décider que, dorénavant, les internes et externes malades de ses services hospitaliers seraient admis gratuitement dans les chambres des grands payants.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Les concours pour les divers prix ont donné les résultats suivants :

Première année : prix, M. Gaussel; mention très honorable : M. Sallet; mentions honorables : MM. Ardin-Deltheil et L. Mainguy. — Deuxième année : prix, M. Azémar. — Troisième année : prix, M. Bothezat. — Quatrième année : prix, M. Villard.

Prix des thèses (prix Fontaine) : M. le docteur Louis Bourguet; mention très honorable : M. le docteur Jean Guy; mentions honorables : MM. les docteurs Adamidès et Nègre. — Prix de la Ville : M. le docteur Paul Puech. — Prix Bouisson : MM. les docteurs Puech, Guy, Bourguet, Zalewski et Georges Bichon.

— M. le professeur Mairet est nommé doyen de ladite Faculté.

M. Raymond, licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur de chimie, pendant la durée du congé accordé à M. Moitessier.

— *École de médecine d'Amiens.* — Sont nommés préparateurs : MM. Carrez, chimie; Malpart, physique; de Boyeldieu, histoire naturelle; Chartier, pharmacie.

— *École de médecine de Marseille.* — Les élèves en médecine,

dont les noms suivent, ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1890-1891.

Doctorat. — Première année : premier prix, *ex æquo*, MM. Blanchard et François ; deuxième prix : M. Vaillant ; mention honorable : M. Silhol. — Deuxième année : premier prix, M. Jacquemet ; mention honorable, M. Pompeani. — Quatrième année : deuxième prix, *ex æquo*, MM. Aslanian et Rathelot.

Officiat. — Première année : premier prix, Mlle Hamilton ; deuxième prix, M. Jacquème ; mentions honorables, MM. Siepi et Fabre. — Troisième année : deuxième prix, *ex æquo*, MM. Tousten et Léon Charles. — Quatrième année : premier prix, M. Sépet.

— *Muséum.* — MM. les professeurs Frémy et Daubrée, admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite, sont nommés professeurs honoraires du Muséum.

— M. Frémy, ancien directeur du Muséum, est nommé directeur honoraire.

— MM. Lucas, aide-naturaliste ; Roussiale, contrôleur des travaux et ateliers ; Bocourt, garde des galeries de zoologie, sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite.

— MM. les aides-naturalistes prennent dorénavant le titre d'assistant.

— M. le docteur Béraud a été élu hier député de Vaucluse, pour l'arrondissement de Carpentras.

— La « Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier » et le « Montpellier médical » viennent d'opérer une fusion depuis longtemps désirée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barbarin (de Briançon), Haynault (de Béthune), Jégu (de Paris), Lepelletier (de Tilly-sur-Seulles), Leroux (de Dives), Leveau (de Faux-Fresnay), Marchand (de Boult), Rojecki (de Le Meux).

— Postes médicaux. — Oise : s'adresser à M. Rojecki, à Le Meux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études de thérapeutique expérimentale et clinique, par le docteur Ch. Quinquaud, médecin de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Eaux minérales naturelles autorisées de France et de l'Algérie (leur analyse ; leurs applications thérapeutiques), par M. Ed. Egasse et M. le docteur Guyenot. 2e édition, 1 vol. in-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Formulaire moderne (traitements, ordonnances, médicaments), par le docteur R. Vaucaire. 1 vol. in-12. — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Conférences sur les maladies de la prostate, des uretères et des reins, par le docteur Alf. Pousson, agrégé. 1 vol. in-4°. — Prix : 4 francs. — Paris, Ollier-Henry.

Les mesures sanitaires en Angleterre depuis 1875, par H. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques. Broch. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. [illegible], 17, RUE CASSETTE.

Nº 150. — JEUDI 24 DÉCEMBRE 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 24 DÉCEMBRE 1891. — Nº 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL NECKER. Tuberculose et tuberculeux; les causes de la tuberculisation. — La politique sanitaire. — De la polymyosite aiguë, primitive, infectieuse. — MÉDECINE PRATIQUE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après une interruption causée par les deuils et les récompenses, l'Académie a repris le cours de ses travaux.

Sous ce titre « Politique sanitaire », M. Martin, le sympathique et dis[illegible] rédacteur des [illegible] lecture d'un impo[illegible] n'est rien moins q[illegible] conçu de toutes les mesures prop[illegible] et améliorer la santé publique. M. Martin [illegible] son rôle, aussi bien aux pouvoirs publics qu'aux particuliers. Il ne se dissimule pas les difficultés d'application; mais il fait mieux que les prévoir, il indique les moyens les plus pratiques de les lever. Bien que sur certains points, par exemple la déclaration obligatoire imposée aux médecins, nous nous séparions de notre collègue, nous ne pouvons qu'approuver, dans son ensemble, cette consciencieuse étude et la plupart des réformes qu'elle contient. L'Académie a pensé de même, si nous en jugeons par la proposition qu'ont faite plusieurs membres d'insérer intégralement, dans ses bulletins, le travail de M. Martin. Mais le bureau, malgré plusieurs précédents, a craint de s'engager dans une voie dangereuse en acceptant cette proposition et a demandé huit jours de réflexion. Nous pensons qu'il aurait pu faire une nouvelle exception à la règle en faveur d'un collaborateur aussi distingué.

Avant cette lecture, plusieurs communications avaient été faites à l'Académie : M. Panas a lu un rapport sur un travail de M. Dransart, relatif au traitement de la conjonctivite granuleuse par des injections sous-cutanées de sublimé au millième, avec brossage de la conjonctive.

Tandis que les uns vantent le mercure, d'autres en combattent l'abus. Après le rapport de M. Panas, M. Landolt a lu une note sur l'abus du traitement général des affections oculaires non syphilitiques par le mercure.

Enfin, M. Moty (du Val-de-Grâce) a fait une intéressante communication sur un cas de désarticulation de la hanche suivie de guérison.

L'Académie a procédé, dans cette séance, au renouvellement de son bureau pour l'année 1892 : M. Regnauld, vice-président, passant au fauteuil de la présidence, M. Villemin a été élu vice-président. C'est un choix qui sera ratifié par le corps médical tout entier. M. Cadet de Gassicourt a été élu secrétaire, en remplacement du regretté Féréol. Enfin, MM. Lancereaux et Leblanc ont été nommés membres du Conseil.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Tuberculose et tuberculeux; les causes de la tuberculisation.

[illegible]mmen[illegible] cette leçon par deux aphorismes un peu [illegible] de nous peut devenir tuberculeux. C'est [illegible]sement la minorité d'entre nous qui devient tuberculeuse. A côté de la cause même de la tuberculose, il existe, en effet, des causes de tuberculisation. On ne devient jamais tuberculeux d'emblée; il faut pour le devenir être déjà malade. Il faut que le terrain ait été préparé par une prédisposition, soit native, soit acquise. Vous verrez, au point de vue thérapeutique, toute l'importance de cette prédisposition.

La prédisposition native s'exerce dans des conditions cliniques variables. Tous les sujets débilités, mal bâtis, construits avec des matériaux qui semblent s'user prématurément, sont voués de bonne heure à la tuberculose. Chez eux, c'est la scrofule qui forme le début des accidents. La scrofule constitue une maladie générale qu'il faut distinguer de la tuberculose. Ses manifestations peuvent être par elles-mêmes soit légères, soit graves. Comme types de manifestations légères, je vous citerai l'impétigo, l'eczéma, les érysipèles fugaces à peine rouges, certaines adénites aiguës et passagères. Comme types de manifestations graves vous connaissez les adénites caséeuses, les tumeurs blanches. Le lupus peut lui-même être soit bénin, soit grave. Dans ces deux affections, tumeurs blanches et lupus, je tiens de suite à insister sur la disproportion entre la lésion produite et le nombre des bacilles supposés producteurs. A peine dans la tumeur blanche trouve-t-on, dans l'exsudat séreux ou puriforme, quelques rares bacilles. Ils sont dans le lupus plus rares encore.

M. Grancher, pour rechercher les rapports entre la scro-

fule et la tuberculose, a pratiqué, avec des produits scrofuleux, une série d'inoculations des plus intéressantes. Vingt-trois cobayes ont été inoculés avec des produits morbides, provenant de lésions scrofuleuses légères. Sept ont été inoculés avec des produits provenant de lésions scrofuleuses graves. Dans aucun cas, le produit employé pour l'inoculation n'avait, d'ailleurs, montré à l'examen le bacille de Koch. Dans la première série d'expériences, vingt et un cobayes sur vingt-trois résistèrent et ne devinrent pas tuberculeux. Dans la deuxième série d'expériences, faites avec des produits provenant de scrofules graves, les sept cobayes devinrent tuberculeux. Les bacilles de Koch qui n'existaient pas dans les produits inoculés fourmillaient dans les lésions, suite de l'inoculation.

La conclusion clinique doit être, je crois, la suivante. Un scrofuleux peut devenir tuberculeux. Mais il ne le devient que par une véritable auto-inoculation des rares bacilles, ou même des lésions non bacillaires qu'il porte. Tant que cette auto-inoculation n'a pas eu lieu, il n'est pas, à proprement parler, un tuberculeux.

Bien d'autres diathèses peuvent conduire à la tuberculose. Les herpétiques, les goutteux peuvent devenir tuberculeux; ils peuvent engendrer des enfants préparés à la tuberculose par la déchéance organique héréditaire. Les syphilitiques surtout sont éminemment tuberculisables. La débilité physique produite par la maladie, les préoccupations tristes qu'elle amène, la fatigue du traitement et les troubles gastriques qu'elle entraîne, pour peu que l'estomac n'ait pas une résistance exceptionnelle, expliquent facilement cette influence prédisposante.

Comment faut-il comprendre l'influence de l'hérédité tuberculeuse directe? L'enfant naît-il tuberculeux ou naît-il seulement tuberculisable? Est-il att[illegible] infecté en v[illegible] monde ou présente-t-il seulement un [illegible] tant? Vous comprenez l'importance de ce p[illegible] nique. Je crois qu'il est, aujourd'hui, absolument re[illegible] Les diverses recherches expérimentales ont montré, quoi qu'on en ait pu dire, l'extrême rareté de la transmission tuberculeuse directe de la mère au fœtus. M. Hutinel, dans une statistique d'un intérêt capital, est venu montrer que, placés dans des conditions hygiéniques normales, les enfants des tuberculeux ne se tuberculisaient pas. Vous savez que l'Assistance publique envoie à la campagne, principalement dans le centre et l'ouest de la France, les enfants abandonnés qu'elle recueille. Les recherches de M. Hutinel ont porté sur un chiffre de 20 616 enfants, ainsi envoyés en province de un jour à trois ans. Bon nombre d'entre eux étaient issus de ces pauvres phthisiques de la classe ouvrière qui meurent en si grand nombre chaque année dans les hôpitaux. Sur ces 20,616 enfants, 16 seulement furent trouvés tuberculeux. Ce chiffre parut si paradoxal, si minime qu'on reprit une nouvelle enquête des plus rigoureuses. Les médecins inspecteurs, à force de zèle, finirent par découvrir 4 nouveaux suspects qui furent envoyés à l'asile de Villepinte. Encore, examen vérifié, 3 d'entre eux n'étaient pas tuberculeux, le quatrième avait des lésions fort minimes au début. L'influence de l'hérédité n'est donc que prédisposante; elle est annihilée par l'hygiène et la vie des champs.

A côté des malades qui deviennent tuberculeux, parce qu'ils sont nés débilités, il en est d'autres qui le deviennent du fait d'une débilitation accidentelle. A côté de la prédisposition native, se trouve la prédisposition acquise. Comment s'acquiert cette peu enviable prédisposition?

Je pourrais passer en revue, avec vous, toutes les causes de débilitation. Au point de vue clinique, au point de vue des indications thérapeutiques, il faut insister surtout sur deux causes, l'alimentation insuffisante, l'air insuffisant, l'inanitiation par les voies digestives, l'inanitiation par les voies respiratoires.

La pathologie des voies digestives fournit un très grand nombre d'exemples absolument démonstratifs du rôle de l'alimentation insuffisante. Dans le rétrécissement de l'œsophage, la moitié des malades atteints succombent non à leur rétrécissement, mais à la tuberculose. Cette complication s'observe surtout dans les rétrécissements fibreux, cicatriciels, produits par l'ingestion des caustiques, mais elle s'observe aussi dans les rétrécissements cancéreux. Dans l'ulcère simple de l'estomac, la tuberculose est encore fréquente. Elle devient la cause de la mort dans un tiers des cas. Le cancer du pylore tue par lui-même dans un délai trop court pour permettre à la tuberculose d'évoluer, mais les cancers de la grande courbure, les cancers des faces antérieures et postérieures de l'estomac, moins immédiatement mortels, se compliquent de tuberculose dans un cinquième des cas. Il n'est pas jusqu'aux anorexies, aux dyspepsies, aux gastralgies hystériques qui, malgré la tolérance remarquable de ces malades pour le défaut d'alimentation, ne puissent assez fréquemment se compliquer de tuberculose.

La pathologie de l'appareil respiratoire n'est pas moins démonstrative pour le rôle de l'insuffisance de l'air respiré. Le kyste hydatique du poumon, affection rare, est susceptible d'acquérir un grand vol[illegible]. Il comprime s[illegible] [illegible]talité de l'un [illegible] [illegible]rivées d'air, sont [illegible]culeuses. Ce rôle de la [illegible] également dans les rapports de [illegible] avec la tuberculose. Il est, c'est là un fait incontestable, bon nombre de pleurésies tuberculeuses par elles-mêmes et d'emblée. Rien d'étonnant à ce que celles-là soient ultérieurement suivies de tuberculose du poumon. Mais il en existe d'autres simples, purement séreuses et inflammatoires, qui semblent parfois préparer aussi le terrain pour une tuberculose pulmonaire ultérieure. C'est pour celles-ci qu'on doit invoquer le rôle de la compression entraînant la stagnation de l'air dans le parenchyme pulmonaire.

La bronchite chronique, quand elle se complique de dilatation partielle des bronches, entraîne, elle aussi, des zones de moindre fonctionnement. Elle peut ainsi créer une prédisposition à la tuberculose. J'ai vu l'asthme lui-même être suivi, par un mécanisme analogue de prédisposition, d'accidents tuberculeux.

Mais la maladie où le rôle de l'inanitiation respiratoire est le plus évident, est le rétrécissement de l'artère pulmonaire. Ici le poumon n'est pas affamé d'air, mais il est affamé de sang. Produite par un mécanisme différent, l'insuffisance de l'hématose n'en est pas moins réelle. Aussi la tuberculose constitue-t-elle une complication des plus fréquentes. Son importance clinique est telle qu'une grande partie de nos efforts doivent tendre à prévenir, par des conditions hygiéniques normales, le développement de cette complication.

A quoi bon d'ailleurs insister sur ces démonstrations

fournies indirectement par la pathologie? Est-ce que l'étude clinique de la tuberculose ne nous fournit pas chaque jour des démonstrations directes? On parle souvent de la fréquence de la tuberculose chez les ouvriers mal nourris, vivant dans des ateliers insuffisamment aérés. Croyez bien que cette fréquence n'est pas moins grande, qu'elle est peut-être même plus grande encore chez les employés, les demi-messieurs ayant les charges d'une certaine situation sociale, sans en avoir les bénéfices. Eux aussi sont mal nourris. Ils travaillent dans des bureaux, des études souvent surchauffées, ne respirant qu'un air rerespiré, ruminé. J'ai pu observer, sur les employés travaillant dans les vieux bâtiments de l'Hôtel des Postes, la création de véritables épidémies tuberculeuses, par cet ensemble de conditions morbigènes. Les faits de tuberculoses suraiguës n'étaient pas rares. Dans la plupart des cas, les antécédents héréditaires étaient absolument irréprochables.

Tous ces faits cliniques sont bien démontrés. Il était cependant nécessaire de vous les rappeler, d'insister sur les causes de la tuberculisation, avant de faire, devant vous, la critique des divers modes de traitement de la tuberculose et de chercher à choisir entre ces divers modes de traitement.

LA POLITIQUE SANITAIRE

Par M. le docteur A.-J. Martin.

Sous le nom de politique sanitaire je définis la direction donnée par l'autorité publique aux mesures destinées à préserver, maintenir et améliorer la santé publique. Ces mesures intéressent à la fois les pouvoirs publics et les particuliers; chacun est appelé à y prendre part, en France surtout, en raison des conditions [illegible] et économiques de notre état social et du caractère démocratique qu[illegible]

De tous côtés, [illegible] tions à notre législa[illegible] sieurs projets ou propositi[illegible] l'autorité publique des pouvoirs [illegible] définis en matière d'hygiène publique et aus[illegible]ganiser l'administration chargée d'exercer ces pouvoirs avec compétence. La conséquence de ces réformes devra être la diminution, dans une mesure appréciable, des chances de mort qui nous menacent. La faiblesse de notre natalité, l'accroissement de moins en moins grand de notre population, nous en font un impérieux devoir.

Or, la protection de la santé publique réclame un certain nombre de précautions, dont les unes sont d'une application immédiate et dont les autres peuvent avoir une échéance plus ou moins éloignée. Elles ont toutes pour but et doivent avoir pour effet de mettre l'homme à l'abri de toutes les causes immédiates ou prolongées de maladie et même de dégénérescence physique anormale; elles comprennent la défense des individus contre les conditions morbides, permanentes ou passagères, des milieux dans lesquels ils sont appelés à vivre.

L'histoire de toutes les épidémies montre qu'elles naissent ou se propagent surtout dans les milieux dits insalubres; c'est là qu'elles exercent leurs plus grands ravages, qu'elles ont la plus grande durée et qu'elles font le plus de victimes. Accroître la salubrité d'une localité ou d'un pays, c'est tout au moins prémunir cette localité, ce pays, contre la violence des manifestations épidémiques. La science a démontré tout ce que l'on gagne à stériliser l'air, l'eau, le sol, à les rendre impropres à la culture des micro-organismes, causes ou effets des maladies transmissibles, caractéristiques en tout cas de leur pouvoir de contagion.

Au point de vue pratique, il faut s'occuper des moyens immédiats et des moyens plus ou moins éloignés d'assurer la prophylaxie des épidémies et des maladies transmissibles. Les premiers se subdivisent comme il suit : l'information officielle des cas de maladie, la vaccination pour les affections dont le vaccin a jusqu'ici été trouvé, l'isolement, la désinfection sous toutes ses formes. Les seconds comprennent : les mesures d'assainissement des habitations, les mesures locales de salubrité, les grands travaux d'assainissement et l'organisation de la statistique démographique.

La sauvegarde de la santé publique est légalement confiée en France au pouvoir municipal, sous le contrôle de l'administration préfectorale. La loi sur les logements insalubres confère des pouvoirs particuliers aux conseils municipaux et la loi sur la protection des enfants du premier âge permet aux départements de prendre des mesures déterminées pour ce qui concerne l'hygiène de la première enfance. L'État, d'autre part, s'est réservé plus directement la police sanitaire des épidémies de choléra, peste et fièvre jaune, les travaux généraux d'assainissement et de salubrité, les établissements insalubres, le travail industriel, la salubrité des substances alimentaires. Enfin, certaines dispositions des Codes sont directement applicables à la santé publique.

Il est facile de démontrer que la législation sanitaire française est à la fois trop générale, trop large et trop étroite : trop générale et trop large, parce qu'elle ne définit pas les pouvoirs de l'autorité et laisse croire qu'en théorie elle lui en accorde d'absolus; trop étroite, puisque, dans la pratique, ces pouvoirs sont trop souvent sans effet en raison des entraves dont il sont entourés. Les pouvoirs publics ont le droit d'ordonner toutes les mesures d'hygiène, mais ils sont tenus de n'en pas spécifier les moyens d'exécution; les dépenses, même les plus urgentes, ne peuvent être effectuées sans des retards, quelquefois considérables; ils peuvent, en principe, assurer l'assainissement, mais après des formalités sans nombre et sans règles précises.

Notre législation sur les logements insalubres est devenue un obstacle considérable aux progrès de l'hygiène publique. Son abrogation s'impose et elle devra avoir pour conséquence de confier au pouvoir municipal tout l'ensemble de la salubrité et de la prophylaxie, avec l'aide ou l'action du pouvoir central dans les cas de négligence, incurie, mauvais vouloir ou péril public. Il est non moins urgent d'établir, dans chaque commune ou groupement de communes, un règlement sanitaire, prescrivant les mesures et les procédés nécessaires pour protéger la santé publique, suivant les conditions locales et d'après les avis des agents et conseils compétents. La cohésion et la simplification des prescriptions légales, concernant l'hygiène publique, font, en effet, défaut en France : quatorze villes, dotées de Bureaux municipaux d'hygiène, ont cherché à y remédier; il y a lieu de généraliser leur exemple, dans la mesure compatible avec les exigences locales, et de modifier notre organisation administrative et notre législation de telle sorte qu'elles ne puissent apporter des entraves, mais bien plutôt venir en aide à de tels efforts. Alors seront plus aisément acceptés les sacrifices budgétaires momentanés que commande l'amélioration de notre situation démographique, et l'on ne tardera pas à en apprécier les résultats.

Quelles que soient d'ailleurs les réformes justement sollicitées, on n'en peut attendre un effet utile et durable qu'autant qu'elles s'appuient sur les progrès de l'hygiène privée, sur la compétence des autorités qui en ont la charge et par suite sur le développement de l'éducation professionnelle des hygiénistes. Cette triple condition est indispensable pour assurer à l'hygiène publique la confiance qu'elle doit inspirer et lui donner une direction ferme, précise et régulière, conforme à son principe et ne livrant au hasard aucune de ses applications. D'où la nécessité de susciter le plus possible les initiatives, d'organiser l'enseignement et les pratiques de l'hygiène privée sous toutes les formes et de les encourager généreusement. Lorsque l'ingérence administrative sera devenue absolument nécessaire, si l'intérêt général se trouve vraiment compromis, elle sera d'autant mieux acceptée qu'elle aura été plus inaperçue, plus discrète et qu'elle

aura su se montrer plus rare. La plupart de nos dispositions légales intéressant l'hygiène publique ont multiplié, outre mesure, les formalités administratives et font intervenir trop de pouvoirs à la fois ; d'où la lenteur de leurs effets et quelquefois la nullité à peu près complète de ceux-ci.

Dans tous les pays, même dans ceux où la législation et l'administration sanitaires sont aujourd'hui les plus développées, on peut constater de sérieux efforts pour mettre ces principes en pratique, d'autant plus que les progrès de l'industrie sanitaire rendent, chaque jour, la pratique de l'hygiène de plus en plus aisée. On n'y conçoit plus qu'une fonction sanitaire administrative puisse être accordée, sans s'être assuré de la compétence de celui qui est appelé à l'exercer ; on multiplie partout l'enseignement et l'éducation en matière d'hygiène et l'on en attend beaucoup plus les progrès sanitaires que de l'action coercitive des lois; si celles-ci ont été généralement modifiées, c'est pour les mettre en harmonie avec l'organisation administrative générale et provoquer, encourager et, en cas de nécessité, contraindre les initiatives locales.

On peut se rendre compte, en effet, de l'influence prépondérante qu'exercent sur la santé publique les progrès de l'hygiène privée et de l'éducation professionnelle des autorités chargées de développer l'hygiène publique. Pour cela, il convient de faire la part des diverses influences qui agissent sur la mortalité et limiter aussi nettement que possible le rôle qu'y joue l'hygiène. Une telle étude est, il est vrai, délicate, car les conditions économiques d'un grand nombre de nations tendent à s'uniformiser, aussi bien que leur tendance générale à la diminution progressive de la natalité, d'où une diminution corrélative de la mortalité. En Europe, en effet, la plupart des peuples voient leur natalité s'affaiblir de plus en plus et presque parallèlement depuis 1872-1876, avec une rapidité d'autant plus grande que leur natalité était primitivement élevée. L'abaissement de la mortalité a suivi la même marche, comme il fallait s'y attendre ; mais lorsque l'écart est encore resté appréciable ou n'a pas varié, il est aisé de se convaincre qu'il est dû à ce que l'hygiène privée a [illegible] venir en aide à l'action de plus en plus autorisée et de plus en plus vigilante des représentants de l'hygiène publique.

Une politique sanitaire, prudente et sagace, commande d'assurer à la fois les trois conditions que nous venons d'énumérer, afin que les réformes législatives et administratives puissent rendre tous les services qu'en attend l'opinion publique. Négliger ces considérations, ce serait, l'événement l'a maintes fois montré, se préparer de sérieux mécomptes et s'exposer à de graves insuccès.

DE LA POLYMYOSITE AIGUE, PRIMITIVE, INFECTIEUSE.

Par le docteur Léon Larger.

Conclusions. — On est en droit de créer, dans le cadre nosologique, une place pour une maladie primitive infectieuse des muscles, que l'on désignera sous le nom de polymyosite infectieuse primitive. L'étiologie en est encore mal connue. Cette maladie est infectieuse. Les auteurs qui ont rapporté des observations de polymyosite primitive aiguë émettent tous cette hypothèse, dont une de nos observations est venue confirmer l'exactitude.

On peut distinguer à la polymyosite aiguë primitive trois formes classiques : A. La forme suraiguë, à début brusque, à marche rapide, qui se termine toujours par la mort. — B. La forme aiguë, à début brusque ou à invasion lente et progressive. Évolution plus longue que dans la forme précédente; terminaison au bout de six semaines, deux mois ou plus encore, par la mort, rarement par la guérison. — C. La forme subaiguë a un début semblable à celui de la forme aiguë, les symptômes, après un temps généralement court, s'atténuent, et le malade marche vers la guérison.

Traitement toujours symptomatologique, au commencement de l'affection, jusqu'à ce qu'on soit fixé sur le diagnostic. A ce moment, on pourrait alors instituer une médication antiseptique.

MÉDECINE PRATIQUE

Les vapeurs de naphtaline dans la coqueluche. — Les moyens proposés contre la coqueluche sont si nombreux, qu'il est difficile de se défendre, en présence de tout médicament, d'une certaine défiance. La naphtaline, recommandée par M. le docteur Chavemac, mérite d'attirer l'attention, car elle semble réussir sous forme de simples vapeurs; son emploi est très simple et son usage purement externe.

Il suffit de placer 15 grammes de naphtaline dans un vase de faïence chauffé très lentement. Les vapeurs qui se dégagent dans l'appartement doivent être argentines, d'odeur agréable. Si la naphtaline est chauffée trop vivement et brûle, il se dégage des vapeurs fuligineuses mal supportées.

C'est au hasard qu'est due la découverte de M. Chavemac. Son fils, atteint d'une coqueluche très violente, fut entièrement soulagé après avoir respiré des vapeurs de naphtaline, au cours d'une expérience de chimie.

Ce traitement, employé depuis dans un très grand nombre de cas, amena toujours, en quatre ou cinq jours, un grand soulagement. Quinze jours au plus furent nécessaires pour la guérison des cas les plus rebelles.

M. Chavemac croit aussi avoir remarqué que les vapeurs de naphtaline sont très mal supportées par les tuberculeux, même avec lésions très minimes. Ceux-ci toussent aussitôt et beaucoup. Si le fait se confirmait il y aurait là un élément de diagnostic différentiel très intéressant. (*Bulletin de thérapeutique.*)

[illegible] E

[illegible] également présidence de M. Tarnier.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de M. le docteur Coutenot (de Besançon), qui se porte candidat au titre de correspondant national.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection du bureau pour l'année 1892. (Voir le Premier-Paris.)

RAPPORT

Injections sous-muqueuses de sublimé et granulations. — M. **PANAS**. M. Dransart (de Somain) a eu l'idée de pratiquer, chez les sujets atteints de trachome palpébral, l'injection sous-muqueuse d'une seringue de Pravaz avec la solution aqueuse de sublimé à 1 p. 1000.

Cette injection, faite après cocaïnisation ou chloroformisation, provoque un chémosis et un gonflement des paupières, qui paraissent d'abord effrayants, mais dont les suites sont très favorables. L'auteur pratique ces injections deux fois par semaine, une fois dans le cul-de-sac inférieur, une fois dans le supérieur, et il ajoute en même temps le brossage de la conjonctive.

M. Dransart reconnaît que sa méthode de traitement provoque parfois des escharres au niveau des ponctions faites à la conjonctive. Pour y obvier, il propose de diminuer la quantité du liquide injecté ou d'en atténuer la concentration.

Avant de se prononcer sur l'efficacité de cette méthode de traitement, il est nécessaire, dit M. Panas, que l'auteur ait fait

connaître la statistique détaillée des cas dans lesquels il l'a employée.

LECTURES

De l'abus du mercure dans les maladies oculaires. — M. LANDOLT lit un travail dans lequel il proscrit complètement le mercure dans les cas d'affections lacrymales, de kératite, de sclérite, de nature nullement spécifique, de décollement rétinien, de glaucome, d'hémorrhagies intra-oculaires rétiniennes et choroïdiennes, etc.

Ostéo-sarcome des condyles du fémur. — M. MOTY a observé un jeune homme de vingt-quatre ans qui, à la suite d'un traumatisme, a été atteint d'un ostéo-sarcome des condyles du fémur gauche. La désarticulation de la hanche a été pratiquée le 19 novembre et, actuellement, le malade est complètement rétabli.

COMMUNICATION

La politique sanitaire. — M. A.-J. MARTIN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1383.)

La séance est levée.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance publique annuelle. — Présidence de M. DUCHARTRE.

M. LE PRÉSIDENT ouvre la séance, en payant le tribut des regrets de l'Académie aux membres qu'elle a perdus cette année : Cahours, E. Becquerel, membres titulaires; Ibanez, Ledieu, Boileau et d'Andrade Corvo, membres correspondants.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL BERTRAND proclame les noms des lauréats.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1891

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — Prix Montyon : Trois prix sont décernés à MM. Dastre, Duroziez, Lannelongue. Trois mentions sont accordées à MM. Sanchez-Toledo et Veillon, Soulier, Zambaco. Des citations sont accordées à MM. Arthaud et Butte, Bateman, Bloch et Londe, Catsaras, Debierre, Garnier, Gautrelet, Netter.

Prix Barbier : Le prix est décerné à M. Tscherning. Deux mentions sont accordées à MM. Delthil et Dupuy.

Prix Bréant : Le prix n'est pas décerné. Un encouragement est accordé à M. Nepveu.

Prix Godard : Le prix est décerné à M. Poirier. Une mention honorable est accordée à M. Wallich.

Prix Chaussier : Le prix est décerné à M. Brouardel. Une mention très honorable est accordée à feu E. Duponchel.

Prix Bellion : Le prix est partagé entre MM. Carlier et Mireur.

Prix Mège : Le prix est décerné à M. Frédéric Courmont.

Prix Lallemand : Le prix est partagé entre MM. Gilles de La Tourette, H. Cathelineau et F. Raymond. Des mentions honorables sont accordées à MM. Legrain, Debierre et Le Fort, Bruhl, Sollier et Collin.

PHYSIOLOGIE. — Prix Montyon : Le prix est décerné à MM. Bloch et Carpentier. Deux mentions sont accordées à MM. Hédon et Lesage.

Prix Lacaze : Le prix est décerné à M. Arloing.

Prix Pourat : Le prix est décerné à M. Gley.

Prix Martin-Damourette : Le prix est décerné à M. Gley.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — Grand prix des sciences physiques : Le prix est décerné à M. Jourdan.

Prix Bordin : Le prix est décerné à M. Beauregard.

Prix Savigny : Le prix est décerné à M. Lionel Faurot.

Prix Da Gama Machado : Le prix n'est pas décerné. Un encouragement est accordé à MM. Raphaël Blanchard et L. Joubin.

BOTANIQUE. — Prix Bordin : Le prix est décerné à M. Léon Guignard.

Prix Desmazières : Le prix est décerné à M. Auguste-Napoléon Berlese.

Prix Montagne : Le prix est décerné à M. Henri Jumelle.

Prix Thore : Le prix est décerné à MM. J. Costantin et L. Dufour.

GÉOLOGIE. — Prix Delesse : Le prix est décerné à M. Barrois.

PHYSIQUE. — Prix La Caze : Le prix est décerné à M. J. Violle.

CHIMIE. — Prix Jecker : Le prix est partagé entre MM. Béhal et Meunier.

Prix La Caze : Le prix est décerné à M. A. Joly.

STATISTIQUE. — Prix Montyon : Le prix est décerné à MM. Cheysson et Toqué.

PRIX GÉNÉRAUX. — Prix Montyon (arts insalubres) : La partie principale du prix est accordée à M. Gréhant, une portion à M. Bay et une portion égale à M. Brousset. Il est, de plus, accordé une mention honorable à MM. Bédoin et Lechien.

Prix Cuvier : Le prix est décerné au « Geological Survey » des Etats-Unis.

Prix Trémont : Le prix est décerné à M. Émile Rivière.

Prix Petit d'Ormoy (sciences naturelles) : Le prix est décerné à M. Léon Vaillant.

ÉLOGE

M. BERTHELOT prononce l'éloge de M. Henri Milne-Edwards.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 20 décembre 1891, M. Muller, médecin-major de première classe, a été désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Givet.

— *Hôpitaux de Lille.* — Le concours de l'internat (services de l'Etat) s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Crépin, Renard, Jacquemelle, Gaudier et Legrand.

— Les « Assistants du Muséum » sont nommés par arrêté ministériel sur la proposition de l'assemblée du muséum. Ils peuvent être autorisés à faire des leçons publiques; appelés, avec voix consultative, aux séances de l'assemblée des professeurs, ou choisis comme professeurs intérimaires, pendant la durée des congés accordés aux professeurs.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Malmenayde (de Thiers).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1891-1892, ouvert le mercredi 6 janvier 1892, sera clos le jeudi 28 janvier, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat : les mercredi 6, jeudi 7, vendredi 8, samedi 9, mercredi 13, jeudi 14, vendredi 15 et samedi 16 janvier.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22, samedi 23, mercredi 27 et jeudi 28 janvier.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des

travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle, aux dates ci-dessus indiquées.

La quatorzième inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie).

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du mardi 19 janvier.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le premier trimestre 1891-92. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera la prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 27 décembre 1891, au Laboratoire du Pavillon de la Boucherie (Halles Centrales), à neuf heures et demie très précises du matin.

— La conférence d'internat, dirigée par MM. Leredde, Terson, Sorel, Halipré et Nicolle, commencera le samedi 9 janvier 1892, à trois heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Chomel).

— MM. de Saint-Germain et Souligoux, internes des hôpitaux, commenceront leurs conférences d'internat à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre de gynécologie), le samedi 9 janvier 1892, à trois heures.

— La policlinique de chirurgie [illegible] femmes de M. le doct[illegible] Berrut (151, rue de Grenelle-Saint-Germain) [illegible] ouverte du 1er novembre au 31 août de chaque année : le jeudi, à neuf heures, leçon; à dix heures : consultation.

On s'inscrit tous les jours de trois à cinq heures.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1892, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par M. le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical*, par M. le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par M. le docteur de Valcourt. — Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des docteurs en médecine, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins des bureaux de bienfaisance et des eaux minérales; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 610 pages, dont 190 de calendrier et 420 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en six cahiers (trimestres à 2 jours par page) et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr. — Le même à 1 jour par page, 3 fr. 50. — Trimestres seuls dorés sur tranches : à 2 jours par page, 1 fr. 75; à 1 jour par page, 2 fr. — Le « Mémorial thérapeutique » et le « Formulaire magistral » en un seul cahier séparé : 1 fr. 25. — Les « Renseignements utiles » en un seul cahier séparé : 1 f. 25.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, l'agenda divisé en six cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Traité de thérapeutique chirurgicale, par Émile Forgue, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin-major de l'armée, et Paul Reclus, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Broussais, membre de la Société de chirurgie. 2 vol. in-8°, avec 368 figures dans le texte. — Prix : 32 francs. — Paris, G. Masson.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et des tissus, avec des aperçus physiologiques et pathologiques et 1 276 figures intercalées dans le texte. Cinquième édition entièrement refondue, par le docteur J.-A. Fort, ancien professeur libre d'anatomie. — Prix : [illegible] — Paris, O. Doin.

Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital de la Pitié et à l'Hôtel-Dieu (années 1879-1891), par M. le docteur E. Lancereaux. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Vve Babé et Cie.

Traitement des maladies de l'estomac, par le docteur Dujardin-Beaumetz. 1 vol. gr. in-8° de 370 pages, avec figures et une planche en chromo. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Bibliothèque évolutioniste. Tome II : « Hérédité et exercice », par M. Ball, suivi d'un appendice par M. H. Osborne : « Les variations acquises sont-elles héréditaires ? » 1 vol. in-18 cart. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vve Babé et Cie.

Étude sur l'élevage artificiel des enfants nés avant terme ou nés à terme, mais faibles, par Jules Roux, docteur en médecine. 1 br. in-8° de 72 pages, avec 5 fig. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Exposé de l'enseignement clinique (clinique médicale de la Faculté à l'Université de Moscou), leçons d'ouverture, par G.-A. Zakharine, professeur à la Faculté de Moscou. In-8° de 72 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — HÔPITAL NECKER. I. Tuberculose et tuberculeux; — II. Les traitements de la tuberculose. — HÔPITAL BEAUJON. Observation d'urémie. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Barthez de Marmorières. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

I. Tuberculose et tuberculeux. — II. Les traitements de la tuberculose.

Si dans la tuberculose le bacille est tout, le seul but de traitement doit être évidemment de détruire ce bacille. Si, au contraire, les causes de tuberculisation ont une importance prépondérante, c'est à ces causes qu'il faut [illegible] tout s'adresser. Tout au plus faut-il chercher l[illegible] susceptibles d'entraver l'évolution du bacille. Ce n[illegible] la thérapeutique « bacillicide », c'est simplement la thérapeutique « bacillempêchante ». Quelques-uns des moyens proposés dans ce but méritent d'être conservés et adjoints aux vieux moyens, soit hygiéniques, soit médicamentaux, qui doivent toujours constituer le fond du traitement de la tuberculose.

Parmi les moyens proposés comme bacillicides, ceux qui ont eu le plus de vogue, vogue d'ailleurs éphémère, sont les inhalations d'acide fluorhydrique, les inhalations d'air surchauffé, les lavements d'acide carbonique. Tous trois sont aujourd'hui bien oubliés. L'expérimentation clinique n'a pas confirmé les résultats qu'avait donnés l'expérimentation *in vitro*. Les effets thérapeutiques ont été nuls. Souvent même, on a observé des accidents. Je viens de vous dire que l'effet thérapeutique avait été nul. Au début même du traitement, il n'est cependant pas rare d'observer une légère amélioration, mais ce n'est que cette amélioration illusoire que donne chez le tuberculeux toute médication nouvelle. Le pauvre phthisique, si prompt à l'espérance, est, pour le thérapeute disposé à l'illusion, un collaborateur merveilleusement préparé. Donnez-lui n'importe quoi de nouveau. Occupez-vous particulièrement de lui. Trois jours après, il jurera qu'il va mieux, beaucoup mieux. Cette satisfaction morale n'est pas sans avoir une influence favorable sur l'état physique, en particulier sur les forces et l'appétit, mais bientôt, hélas ! la marche inexorable des accidents montre la vanité de l'effet obtenu.

Parmi les moyens destinés à s'opposer à l'évolution du bacille, les moyens de la médication bacillempêchante, la plupart n'ont, jusqu'ici, donné que de médiocres résultats. Les vaccinations antituberculeuses, essayées par M. Grancher, ne sont pas encore sorties du domaine du laboratoire. Dans ce domaine même, leur succès a été médiocre. L'inoculation vaccinale était faite avec des cultures de tuberculose atténuées par le vieillissement. Cette inoculation n'a pas été sans entraîner quelques accidents. Les lapins, en expérience, n'ont pas été invariablement réfractaires à l'action du virus fort. Plusieurs sont morts de tuberculose, de septicémie, de diarrhée, de cachexie; d'autres ont présenté des néphrites, des paraplégies. Ces tentatives sont donc encore trop dangereuses et trop peu sûrement efficaces, pour qu'on puisse songer un seul instant à les appliquer chez l'homme.

[illegible] injections, faites avec le sérum du sang de chien ou [illegible] crois, définitivement vécu. La méthode [illegible] au point de vue clinique. Son idée ma[illegible]sse est, elle-même, erronée, la chèvre et le chien n'étant nullement réfractaires à la tuberculose.

Faut-il vous parler de la lymphe de Koch? Quelques communications récentes semblant montrer qu'elle s'obstine à ne pas dormir son dernier sommeil, je suis obligé de vous en dire deux mots. Koch, renouvelant le sacrifice d'Abraham, avait eu, vous le savez, l'idée de tuer par la famine le bacille qui porte son nom. Mais il ne trouva pas de meilleur moyen d'y parvenir que de chercher à détruire le tissu tuberculeux. Il semble pourtant que le bacille se chargeait déjà suffisamment de cette destruction. Ces tentatives ont abouti, d'une part, à provoquer tous les accidents dus au sphacèle local et aux véritables empoisonnements que vous connaissez. D'autre part, dans bien des cas, le bacille ne trouvant plus sa nourriture dans les tissus détruits, a simplement émigré. A la suite de cette « mobilisation des bacilles », pour employer l'expression de Virchow, beaucoup de malades, épargnée par le traitement, ce qui fait honneur à leur force de résistance, sont morts de granulie.

La créosote et son principe actif, le gaïacol, sont, je crois, les meilleurs moyens que nous puissions actuellement opposer au développement des bacilles. Encore faut-il se demander si, au lieu de cette action prétendue, on n'a pas plutôt en les employant l'action ordinaire des balsamiques et de la médication substituée. En s'éliminant par le poumon, ces médicaments modifient les lésions de catarrhe chronique. Je ne crois pas que personne soutienne qu'ils peuvent modifier les parties atteintes de granulations ou de cavernes, parties dont il faut faire son deuil. Mais par leur

action sur le catarrhe, ces substances sont déjà fort utiles. Comment donc les administrer ? Leur ingestion par la voie stomacale exige un estomac fort complaisant. Il faut, je vous le répète souvent, entourer d'un soin pieux l'estomac des phthisiques, réserver toute sa tolérance pour l'alimentation et la suralimentation. La voie sous-cutanée est donc bien préférable, toutefois les doses ainsi injectées par la voix cutanée ne doivent pas être trop fortes. C'est par centigrammes et non, comme on l'a fait, par grammes qu'il faut faire ainsi absorber la créosote. La congestion que peut produire l'élimination de doses massives peut être redoutable. M. Ferrand, dans ses expériences faites à l'hôpital Laënnec, a souvent observé cette tendance aux poussées congestives et fluxionnaires. L'expectoration se tarit et l'observateur, non prévenu, s'applaudit du succès. Mais bientôt surviennent, si l'on insiste, des hémoptysies formidables, hémoptysies qui peuvent même être mortelles. Défiez-vous donc, surtout chez les sujets jeunes et dans les formes éréthiques, des doses par trop élevées.

Dans le service, bien qu'injectant au plus l'huile créosotée à dose de 40 à 50 grammes, soit au plus 2 grammes de créosote, nous avons observé chez deux malades des congestions et des hémoptysies. Ne négligez pas de faire l'injection très lentement. Piquez d'abord l'aiguille seule, et assurez-vous bien qu'il ne s'écoule pas de sang, que l'aiguille n'a pas pénétré dans une veine. Des accidents de dyspnée mortelle ont été observés par suite d'embolies graisseuses à la suite de ces injections intra-veineuses. En général, d'ailleurs, l'effet thérapeutique de ces injections a été satisfaisant au point de vue de la diminution des crachats, du retour de l'appétit, de l'augmentation du [illegible]

Chez deux malades, nous avons fait [illegible] nombre d'injections [illegible], 313 [illegible] ont encore produit une diminution réelle des crachats et des quintes de toux, une légère reprise de l'appétit sans augmentation notable de poids. Les bacilles n'ont pas disparu des crachats. Parfois, des doses un peu fortes ont été suivies de sueurs abondantes et d'un malaise assez marqué. La formule dont nous nous sommes servi était la suivante :

Huile d'amandes douces	100	grammes.
Gaïacol	10	—
Iodoforme.	1	—

On injectait chaque jour cinquante centimètres cubes de cette solution. Cette dose est déjà forte et je vous engage à commencer toujours par dix centimètres cubes seulement.

La créosote et le gaïacol paraissent, avec les précautions que je viens de vous indiquer, mériter d'être retenus dans le traitement de la tuberculose. Mais croyez bien que le fond même de ce traitement devra toujours être constitué par des conditions hygiéniques inverses de celles qui amènent la tuberculisation. La cure d'air, qu'on la fasse soit dans les stations hivernales, soit dans les stations d'altitude, soit à la campagne, soit simplement chez soi en ouvrant la fenêtre, est le moyen auquel il faut toujours viser. L'émigration à la campagne assurant un air plus pur avec des fatigues physiques et morales toujours moindres, donne aussi de nombreux succès. Une alimentation de choix n'est pas moins indispensable. L'huile de foie de morue quand elle est tolérée par l'estomac, qu'elle peut être prise à larges doses, à pleins verres, constitue un des aliments les plus favorables. La révulsion garde et gardera toujours, contre l'élément congestif, son utitité. Cure d'air par la quantité et la qualité de l'air, suralimentation, huile de foie de morue, quand l'estomac la tolère, révulsion, créosote en injections sous-cutanées. Voici actuellement nos principaux moyens d'aider le tuberculeux, dans la lutte qu'il soutient. S'il ne s'agit que d'une simple prédisposition, la formule thérapeutique peut être plus brève encore : « Faites de votre malade un paysan. »

HOPITAL BEAUJON. — M. Guyot.

Observations d'urémie.

(Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.)

Le 2 décembre, à neuf heures un quart, le garçon de l'hôpital Beaujon venait me prévenir que j'étais demandé le plus tôt possible chez une cliente qui, disait-on, était mourante ; je hâtai la fin de la visite et à neuf heures quarante-cinq j'étais chez la malade. Je fus reçu par le mari qui me dit que deux prêtres étaient auprès de sa femme et qui me fit le récit suivant :

Madame s'était levée avant sept heures, habillée, et se trouvait très bien quand, à huit heures, en prenant son chocolat, elle avait poussé un cri, laissé tomber sa tasse et avait eu une crise convulsive, puis était tombée sans connaissance. Un premier médecin, après un examen très superficiel et très rapide, avait dit qu'il n'y avait rien à faire et pronostiqué la mort dans un bref délai.

Un second médecin, plus consciencieux, avait examiné la malade et diagnostiqué une hémorrhagie cérébrale.

Mme X...., cinquante-deux ans, très sourde, atteinte de division [illegible]itale de la voûte palatine et du voile du palais, n'ayant [illegible] règles depuis plusieurs années, m'avait fait venir [illegible] libre d'an[illegible]re pour une violente névralgie faciale du côté droit [illegible] plusieurs observations d'albuminurie, dont la première manifestation a été une névralgie d'une branche du trijumeau, j'avais demandé l'envoi d'urine, ce qui n'avait pas été fait.

Au moment où je croisai les prêtres dans l'antichambre, leur physionomie exprimait que tout secours était inutile.

Je trouvai la malade dans le décubitus dorsal, la respiration très calme, le pouls petit à 108, les battements du cœur réguliers.

Ayant pincé le bras gauche, je fus très surpris de voir survenir de la contracture. Les lèvres étaient couvertes de sang desséché, provenant d'une morsure de la langue, les yeux fermés, mais les paupières écartées, je constatai l'étroitesse des pupilles, contractiles sous l'influence de la lumière.

Je songeai à une attaque d'urémie et demandai si la malade urinait bien ; il me fut répondu qu'elle allait toujours aux water closets et ne se servait pas de vase de nuit.

Je prescrivis l'application de sangsues et un lavement purgatif, mais survint alors une crise convulsive plus longue et plus intense que la première.

L'application des sangsues étant impossible, je donnai le lavement purgatif dont la malade cassa la canule en tirant de sa main droite sur le tube ; les convulsions persistant sans intermissions, je prescrivis l'application à la nuque de douze ventouses scarifiées et des bottes d'ouate. Deux heures plus tard, à une seconde visite, Mme X... dormait d'un sommeil tranquille, elle avait été à la selle et uriné dans son lit ; elle avait eu de nouveaux mouvements convulsifs lors de l'application des ventouses. Trois heures après la malade reconnaissait sa fille et disait quelques mots incompréhensibles : à sept heures du soir, elle était calme et avait bu un peu de lait.

A ma première visite, en face des accidents convulsifs et en l'absence de toute paralysie, j'avais diagnostiqué de l'urémie et l'analyse de l'urine permit de constater de l'albumine en petite quantité. Le 3 décembre, la malade a passé une excellente nuit, elle ne se plaint que d'une violente douleur de reins, de courba-

ture et de langue mordue en plusieurs points. Le 6, sous l'influence du régime lacté, il n'y a plus d'albumine. Le cri poussé par la malade, suivi d'une crise convulsive, m'avait conduit au diagnostic que j'ai porté, avant même d'assister à la seconde crise, parce que je me rappelais l'observation suivante :

Le 5 juillet 1891, à neuf heures du soir, on venait me chercher pour un client qui avait eu une attaque à six heures et demie, au cercle Volney, et qui, depuis lors, était sans connaissance. Je trouve M. X..., soixante-huit ans, assis dans un fauteuil, les pieds dans une mare d'urine, immobile, les yeux fixes, les pupilles dilatées, une salive sanglante sur les lèvres et ne répondant à aucune de mes questions : les membres étaient dans la résolution. Je constatai la contractilité des pupilles sous l'influence de la lumière, de l'analgésie et une morsure de la langue. Un confrère me dit qu'à six heures et demie, M. X..., se promenant dans le jardin du cercle, avait poussé un cri strident, semblable au cri de début d'une attaque d'épilepsie. Quand la crise avait cessé, on avait porté le malade dans la pièce où je le trouvais, on l'avait assis dans un fauteuil, et depuis M. X... n'avait eu que quelques mouvements nerveux. Mon confrère affirmait le diagnostic épilepsie sans réticence, opinion que, de prime abord, je ne pouvais partager, étant depuis trente ans le médecin du malade. Cependant, je ne pouvais le laisser dans cet position, et, à défaut de lit dans un cercle de Paris, je fis demander un brancard au commissaire de police. Celui qu'on apporta était cassé et sans brancardiers ; néanmoins, je me décidai à transporter mon client chez lui avec l'aide des domestiques qui, par parenthèse, ont montré pour cette dure besogne un dévouement que l'on constate si souvent envers les malades. En le portant du fauteuil sur le brancard, M. X... eut une crise violente, et je vous assure que traverser Paris, de la rue Volney à la rue La Bruyère, un dimanche soir, avec un malade ayant des attaques épileptiformes, est une singulière odyssée.

Après avoir déshabillé le malade, ce qui me fit constater qu'il y avait eu défécation et émission involontaire des urines, je le couchai ; le pouls était fréquent, la température normale, mais, de temps à autre, la respiration affectait le type Cheyne-Stokes. M. X... est ataxique depuis trente ans, il a une insuffisance mitrale. En 1870, il eut un hoquet qui dura plusieurs mois.

Ma première impression avait été que le malade avait eu une attaque d'urémie, et le mode respiratoire semblant affirmer ce diagnostic, je mis des sangsues derrière les apophyses mastoïdes et je donnai un lavement purgatif.

A deux heures du matin, je quittai le malade, après avoir assisté à plus de quinze attaques épileptiformes, convaincu qu'il ne survivrait pas.

Le 6, à sept heures et demie, je le trouvai dans le coma, ce qui confirmait mon pronostic; dix ventouses scarifiées à la région lombaire; à midi, il poussa un grognement quand je le pinçai; à quatre heures, il paraissait se réveiller d'un profond sommeil, et, à sept heures, il me reconnaissait.

Le 7, le malade avait en partie repris connaissance, se plaignait de sa langue coupée en plusieurs points pendant les crises et d'une courbature générale ; il reconnaissait ses enfants qui avaient quitté Paris quelques jours avant, mais sans témoigner d'étonnement de les revoir, alors que les uns étaient depuis deux jours partis pour la Suisse et les autres pour le département du Gard.

L'analyse de l'urine fit constater la présence de l'albumine en petite quantité, le malade fut mis au régime lacté pendant quelques jours, et, le 18, il partait pour la campagne, n'ayant plus trace d'albuminurie depuis le 10, bien qu'il eût repris l'alimentation ordinaire depuis trois jours.

Aujourd'hui, M. X... se porte bien et n'a pu me fournir aucune explication satisfaisante pour me rendre compte de cette étrange attaque d'urémie.

A la vérité, j'ai été moins surpris le 7 décembre, en constatant l'absence de toute lésion encéphalique chez une femme de quarante-cinq ans, atteinte d'hémiplégie droite, dans le cours d'un érysipèle survenu pendant que la malade était en traitement pour une maladie de Bright. Quoique j'aie vu plusieurs malades guérir d'hémiplégie urémique, et quelques autres succomber, je croyais à une hémorrhagie, en raison de la soudaineté de l'accident.

Je suppose que la plupart de mes collègues ont observé des faits analogues qui, néanmoins et malheureusement, sont peu connus.

Ainsi, le 22 novembre 1887, je voyais le soir, en consultation, un enfant qui, en déjeunant, avait eu une crise convulsive et était tombé dans le coma. Cet enfant, atteint de varicelle légère, avait continué d'aller au lycée, et, sans prodromes, sans œdème, sans troubles de la vue, avait eu cette crise dont je fis de l'urémie, diagnostic confirmé le lendemain par l'analyse de l'urine et par notre collègue, M. le docteur Labric, qui vit le malade le 23, à huit heures du matin ; ventouses scarifiées sur les reins ; lavement purgatif; le 23, à midi, l'enfant sortait du coma et la guérison fut très rapide.

J'avais observé un fait semblable, en 1878, chez un enfant de douze ans, dans la convalescence d'une scarlatine, alors que, deux jours avant, l'analyse avait permis de constater l'absence d'albumine et que l'enfant ne s'était pas encore levé. Une saignée avait mis fin au coma et l'enfant s'était rétabli promptement.

L'urémie, avec hémiplégie ou résolution complète, avec ou sans crises convulsives, sont des faits assez fréquents ; mais, le plus souvent méconnus, si j'en juge d'après mon expérience personnelle. Dans trois cas, les malades avaient accusé de la névralgie temporale ou frontale, comme dans ma première observation.

Il y a quinze ans, j'étais appelé en consultation pour une dame de quarante ans, dans le coma depuis vingt-quatre heures, et soignée depuis un mois pour une névralgie faciale que le médecin comparait au tic douloureux. Je diagnostiquai un coma urémique et, à la stupéfaction de mon confrère, praticien très occupé, je constatai qu'il y avait peu d'urine dans la vessie et que cette urine renfermait de l'albumine.

Je croyais ces manifestations urémiques connues, car, chaque année, je prie mon interne, lorsqu'il reçoit un malade dans le coma, admis sous la rubrique apoplexie, de s'assurer que le malade n'est pas atteint d'albuminurie, et s'il constate dans l'urine la présence d'albumine, de faire une saignée, mais je crains que la plupart des médecins les ignorent, d'après les quelques cas que j'ai observés en ville. Or, le salut de ces malades est dans une émission sanguine faite le plus rapidement possible après le début des accidents; j'ai eu le chagrin de voir succomber les malades auprès desquels j'ai été appelé tardivement et j'ai vu guérir les autres.

Si toute crise épileptiforme, suivie de coma, était de nature urémique, diagnostic et traitement seraient faciles; malheureusement, il n'en est pas ainsi.

Cette communication n'a pour but que de signaler la possibilité d'accidents très graves, survenant sans prodromes, alors que le malade ignore qu'il est atteint d'albuminurie et alors qu'il n'y a qu'une légère quantité d'albumine, accidents qui disparaissent avec une extrême rapidité sous l'influence d'émissions sanguines et du traitement de l'albuminurie, tandis qu'ils sont suivis de mort quand la maladie est méconnue.

J'ajouterai, en finissant, que je n'ai pas observé l'instantanéité de ces accidents chez les malades atteints de mal de Bright avec 13 et 20 grammes d'albumine, et, j'insiste sur ce point, ces accidents urémiques si graves ne sont que de peu de durée et ne laissent pas de traces, s'ils sont soignés. Aussi, aucun des malades ne croit-il à la gravité des accidents dont il a été atteint. J'ai observé plusieurs autres cas analogues, et je vois de temps à autre ces clients qui n'ont plus présenté d'accidents de nature urémique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1891. — Présidence de M. Terrier.

DISCUSSION SUR LES ACCIDENTS PRODUITS PAR LA COCAINE

M. Quénu a eu recours à la cocaïne 60 fois environ pour diverses opérations; il n'a pas dépassé 7 centigrammes. Trois fois seulement il a vu survenir des phénomènes d'intoxication chez deux malades qui avaient reçu l'un 5 centigrammes et l'autre 3 centigrammes et demi, les accidents ont consisté en larmoiement, légère dilatation de la pupille, accélération de la respiration et loquacité, mais ils ont été peu intenses et ils ont assez rapidement disparu.

Dans le troisième cas, il s'agissait de la cure radicale d'une hydrocèle simple. Après une injection de 4 centigrammes de cocaïne sous la peau et 1 centigramme dans la tunique vaginale, le malade a été immédiatement pris de fourmillements dans les membres, de douleurs, de contractures et d'excitation cérébrale; les pupilles se sont dilatées, la respiration est devenue irrégulière et il y a eu des menaces de syncope. Mais ces accidents n'ont heureusement pas persisté et ont été suivis seulement d'une faiblesse générale.

M. Quénu ne croit pas, cependant, que l'on doive se priver de l'usage de la cocaïne, qui est un excellent anesthésique, mais qui doit être manié avec prudence; il estime que l'on ne doit jamais dépasser la dose de 10 centigrammes.

M. Schwartz a fait environ 300 opérations avec le secours de la cocaïne, sans qu'il lui soit arrivé aucun accident sérieux. Une fois, chez un vieillard de soixante ans, atteint de deux kystes spermatiques du cordon, il a eu, à la suite d'une injection de 10 centigrammes de cocaïne dans l'une des poches, des accidents immédiats: pâleur, tremblement, etc., qui n'ont pas persisté, le liquide ayant été aspiré en totalité au bout de trois minutes.

En général il n'a pas dépassé la dose de 7 centigrammes. Relativement à l'effet de la cocaïne, il se produit, suivant les régions, une absorption plus ou moins rapide; c'est ainsi qu'on peut diviser ces régions en trois groupes.

Dans le premier se rangent les opérations pratiquées sur la tête, la face et le tronc, là où, en un mot, il est impossible d'appliquer la bande d'Esmarch; en pareil cas, il est prudent de ne pas dépasser la dose de 5 centigrammes, car on sait, ainsi que sont venues le confirmer les expériences de Kümmer (de Genève), que l'absorption est beaucoup plus active quand la bande élastique n'est pas mise en usage.

Dans un deuxième groupe se placent toutes les opérations sur les membres; là l'ischémie est possible et, par conséquent, on peut élever la dose de l'anesthésique. Restent, enfin, les interventions faites sur la tunique vaginale et les autres séreuses, pour lesquelles l'anesthésie ne devra être tentée qu'avec des doses de cocaïne inférieures à 10 centigrammes.

M. Reynier n'a jamais dépassé la dose de 5 centigrammes et il n'a eu à déplorer qu'un commencement de syncope chez un cardiaque, auquel il enlevait un épithélioma de la lèvre.

Dans un autre cas, il a été témoin d'un accident mortel, survenu chez un homme atteint d'une insuffisance mitrale avancée. On lui avait pratiqué une injection de 1 centigramme de cocaïne pour l'extraction d'une dent; celle-ci enlevée, survint une syncope et, après un mieux momentané, quelques accidents asphyxiques se montrèrent pendant plusieurs heures. Quelques jours plus tard, le malade tombait en asystolie et succombait au bout d'un mois.

Il y a donc une réserve à formuler dans l'emploi de la cocaïne chez les cardiaques.

M. Moty avait souvent employé, sans accident, les solutions de cocaïne à 5 p. 100, lorsque, tout récemment, deux de ses malades ont présenté des accidents. Il emploiera donc à l'avenir des solutions moins concentrées.

M. Reclus croit que ce qu'il importerait de bien déterminer c'est de savoir s'il existe des doses maniables, des doses avec lesquelles le chirurgien peut agir en toute sécurité. Il veut examiner ce qu'apprennent à ce sujet les cas malheureux publiés.

Tout d'abord, il rectifie une erreur qui a été commise dans la dernière séance : on a fait dire à M. Richardière qu'il avait pratiqué 11 autopsies médico-légales à la suite de mort par la cocaïne. En réalité, il n'a fait qu'une seule autopsie de ce genre, mais il a pu recueillir 11 faits de morts, dans diverses publications, auxquels il faut en ajouter 4 nouveaux, ce qui donne un total de 15 décès.

De ces 15 décès, M. Reclus en élimine d'abord 2, ayant trait à des injections de cocaïne; ces faits ne rentrent pas dans la question. Trois autres morts ne doivent pas entrer en ligne de compte : elles sont survenues à la suite de pulvérisation sur le pharynx et les doses de cocaïne absorbées sont restées inconnues; on doit toutefois en tirer cet enseignement que son usage est dangereux en pareille circonstance. Enfin, dans le cas cité par M. Labbé, la quantité injectée n'a pas été nettement déterminée; aussi doit-il être mis également de côté.

Restent 9 observations, dont 5 doivent être négligées pour cette raison que l'injection n'a pas été inférieure à 50 centigrammes et a atteint jusqu'à 1gr50. Tout le monde est d'accord pour rejeter de pareilles doses.

M. Reclus arrive à l'observation de M. Berger, qui mentionne la dose de 38 centigrammes et à cet autre fait, dénué de détails, qui relate une injection de 22 centigrammes. Or, pour produire l'anesthésie, il n'est pas besoin d'employer tant de cocaïne et il y a déjà longtemps qu'il a rapporté la relation d'opérations fort sérieuses pour lesquelles 10 et 12 centigrammes ont largement suffi. Il ne veut plus envisager que deux autres morts, l'une citée par M. Abadie et survenue chez un vieillard de 71 ans, à la suite d'une injection de 4 centigrammes de cocaïne dans la paupière; il est à remarquer que cet homme avait eu trois mois auparavant une attaque de congestion cérébrale. Quant à l'autre décès, que M. Bouchard a rapporté, si la dose exacte de cocaïne injectée n'a pas été connue, elle était du moins inférieure à 10 centigrammes; il ne faut pas omettre que la malade avait, au moment de l'injection, son thorax soumis à une telle striction que l'origine de la syncope est discutable.

En résumé, avec des doses maniables, il n'y a pas d'accidents sérieux; reste à savoir s'il n'est pas possible d'obtenir le résultat cherché avec des solutions moins concentrées, car, avec M. Moty, M. Reclus croit que la concentration de la cocaïne joue un rôle important dans la genèse des accidents. Aussi M. Reclus est-il disposé, à l'avenir, à n'employer que des solutions à 1 p. 100, et à abaisser ainsi de plus en plus la dose de cocaïne injectée. Il ajoute qu'il faut avoir bien soin de ne pas pousser l'injection dans les vaisseaux. Enfin quand il s'agit de la tunique vaginale, il conseille de pousser l'injection plus rapidement, afin d'éviter une trop grande absorption. Avec ces précautions on évitera les accidents et on pourra se servir, avec avantage, de cet anesthésique qui a donné de bons résultats à M. Reclus dans plus de 1600 cas.

M. Lucas-Championnière maintient l'opinion qu'il a exprimée dans la dernière séance, à savoir qu'il importe de donner la plus grande publicité aux faits malheureux semblables à celui de

[M]. Berger. Chaque fois que l'on discute les questions d'anesthésie, [o]n se trouve en présence de deux groupes d'orateurs, les uns qui [c]raignent d'effrayer le public et qui conseillent de passer sous [s]ilence les faits malheureux; les autres qui pensent, comme [M]. Championnière, qu'il importe de leur donner, au contraire, la [p]lus grande publicité possible. Or, il en est de même aujourd'hui [p]our la cocaïne que pour le chloroforme et d'autres anesthé[s]iques. M. Reclus a parfaitement indiqué les règles à suivre et les [p]récautions à prendre; mais actuellement, la cocaïne se trouve [e]ntre toutes les mains; dans les hôpitaux, elle est maniée par les [é]lèves; M. Championnière sait pertinemment que ses internes s'en [s]ervent et il trouve sa responsabilité plus lourdement engagée [e]ncore pour la cocaïne que pour le chloroforme, car, ainsi que [M]. Berger, ainsi que tous ses collègues des hôpitaux, il couvre ses [in]ternes. C'est ainsi qu'il a appris, par hasard, que, dans son [p]ropre service, un interne a injecté 1 gramme de cocaïne. Il y a [d]onc là une situation horriblement dangereuse, et l'on ne saurait [c]rier trop haut ces dangers. Tous les faits, tous les racontars, [t]els qu'ils soient, sont donc, en pareille matière, très instructifs, [et] l'on doit les encourager.

M. POZZI rappelle que, il y a deux ans, il indiquait 5 centi[g]rammes de cocaïne à injecter sous la peau comme dose maxi[m]a, alors que M. Reclus indiquait 25 centigrammes. Il est heu[re]ux de voir aujourd'hui M. Reclus se rallier à son opinion.

COMMUNICATION

De la méthode sclérogène appliquée au traitement de [la] luxation congénitale de la hanche. — M. LANNELONGUE [ra]ppelle que, sur les 60 malades qu'il a soumis à sa méthode, il [n']a jamais constaté le moindre accident; l'amélioration obtenue [ch]ez eux s'est maintenue et, chez plusieurs d'entre eux, les ré[su]ltats obtenus ont été des plus satisfaisants.

[illegible] il ne s'occupera que d[e] l'applica[illegible]s'est accentuée [illegible] lui, à mesure [illegible] [av]ançait en âge et que sa pratique devenait plus étendue. Avec [u]n sens critique des plus sûrs, il avait reconnu, dès le début de [se]s études, que la lésion locale n'était pas tout, qu'il fallait tenir [gr]and compte du terrain morbide et de la constitution du ma[la]de : « Nous avons toujours, dit-il dans la préface de la 2e édi[tio]n de son ouvrage, accordé beaucoup plus de valeur à l'altéra[tio]n de l'ensemble de la santé qu'à la maladie locale elle-même. » [Ce] n'était pas un mince mérite, à l'époque où ces lignes étaient [é]crites, que de se dégager de l'influence prépondérante des doc[tri]nes organiciennes.

[D]epuis, l'évolution des idées médicales et la conception que [l']on se fait actuellement des maladies générales montrent la jus[tes]se de ces vues de Barthez, qu'il a, du reste, éloquemment dé[vel]oppées dans une magistrale analyse du livre de Chauffard sur [la] vie.

[I]ndépendamment du « Traité des maladies des enfants », [Bar]thez a laissé un certain nombre de mémoires, tous marqués [au] coin d'un jugement sûr, et qui ont fait faire de réels progrès [à l]a science. Signalons, en première ligne, ses recherches sur la [pne]umonie des enfants, où pour la première fois est posée la [di]stinction entre la pneumonie franche et la broncho-pneumonie; [ce]lles sur la tuberculose des ganglions bronchiques, question [alo]rs absolument neuve et devenue, grâce à lui, classique : une [étud]e très étudiée sur les rapports de la scrofule et de la tubercu[lose], dont les conclusions ont été, depuis, pleinement confirmées [par] les découvertes modernes. A lui également, appartiennent [les] premières descriptions vraiment scientifiques des hémorrha[gies] méningées, celle de la méningite franche, et surtout de la [mé]ningite tuberculeuse, dont il analyse avec tant de sagacité les [sym]ptômes prodromiques : un mémoire sur les angines gangré[neu]ses et les amygdalites infectieuses, où, au nom de la clinique,

[1] Bouchut et Roger.

dure, au-dessus de la crête iliaque, sorte de rebord osseux limitant l'excursion de la tête fémorale.

Le 9 décembre, on a fait de nouveau 10 injections semblables, disposées sur deux plans, les unes sur le bourrelet osseux déjà formé par les injections précédentes, et les autres sur une ligne parallèle à la précédente et au-dessus d'elle. Sauf une légère tuméfaction des ganglions inguinaux, il n'est survenu aucun accident et, actuellement, on sent chez cet enfant un gonflement profond, très dur, nullement douloureux, formé en grande partie par de l'ostéite condensante.

M. Lannelongue, en terminant sa communication, présente deux enfants guéris par la méthode sclérogène; l'un était atteint de tumeur blanche suppurée du poignet, et l'autre de tumeur blanche suppurée du genou.

LECTURE

Traitement des abcès du foie. — M. FONTAN (de Toulon) fait, sur ce sujet, une communication qui a pour but de démontrer les avantages de la méthode suivante : 1° large laparotomie ou pleurotomie avec ou sans résection costale; 2° curetage de la cavité suppurante; 3° cautérisation.

M. POZZI rappelle que ce traitement est souvent usité en Égypte. Il ajoute qu'il n'est pas très partisan du curetage, à cause des hémorrhagies auxquelles il peut donner lieu.

La séance est levée.

BARTHEZ DE MARMORIÈRES

(Notice lue à la Société médicale des hôpitaux par M. Rendu, secrétaire général.)

Barthez de Marmoriè[res], qui vient de mourir à Excideuil, dans [sa] quatre-vingt-[illegible] [illegible] des maîtres de la mé[illegible]

l'Éta[illegible] [illegible]suivantes

MM. [illegible]on, Lambret, Laurent, Ladrière, Tonn[illegible] Soyez, Dufour, Dhaussy, Duflos, Marquant, Delbreil, Del[illegible] Van Heddeghem, Candelier, Yardin, Reniez et Névejean.

— Le concours de l'externat (services de la Faculté libre) s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Decherf, Mariage, Desbonnet, Delacour, Tahier, Poisson, Masson et Vienne.

— *Hôtel-Dieu de Reims.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Interne : M. Hanot.

Interne provisoire : M. Minelle.

Externes : MM. Saurain, Weill, Mimin, Marlier, Vaillant et Mathelin.

— Un concours pour l'emploi de médecin suppléant à l'infirmerie spéciale de la maison de correction de Saint-Lazare s'ouvrira, dans ledit établissement, le jeudi 28 janvier 1892, à midi, et se continuera les jours suivants. — Pour tous renseignements, s'adresser au Ministère de l'Intérieur (direction de l'administration pénitentiaire).

— Un concours public pour une place de médecin près les hospices civils de Saint-Étienne s'ouvrira, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le lundi 30 mai 1892. Ce concours durera cinq jours et se composera de cinq épreuves. Le médecin nommé entrera en fonctions le 1er juillet 1892. Son traitement sera de 1500 francs par an. — S'adresser pour les conditions particulières au Secrétariat des Hospices de Saint-Étienne, rue Valbenoite, n° 40.

— Le bureau de la Société de chirurgie est ainsi constitué pour l'année 1892.

Président : M. Chauvel; vice-président : M. Périer; premier secrétaire : M. Bouilly; deuxième secrétaire : M. Kirmisson; trésorier : M. Schwartz; archiviste : M. Reclus.

— MM. les docteurs Géraud, médecin principal du *Marengo*, et

Membre de l'Académie de médecine, il prenait rarement part aux discussions, mais sa parole était très écoutée, parce que l'on connaissait la rectitude de son jugement et l'étendue de son expérience.

M. Barthez a moins écrit que les deux maîtres (1) dont je viens de retracer la carrière ; mais il a laissé, en collaboration avec Rilliet, un monument impérissable qui sauvera son nom à tout jamais de l'oubli. Le « Traité des maladies des enfants » est une de ces œuvres personnelles, fruit d'un immense labeur et d'une observation persévérante, qui restera toujours un modèle de description didactique et de précision scientifique. A l'époque où parut cet ouvrage, il n'existait en France aucun livre complet sur les maladies infantiles, tandis que l'Allemagne et l'Angleterre en possédaient plusieurs. Dans le but de combler cette lacune, Barthez, dès son internat, se mit à recueillir des matériaux, et à publier des monographies isolées sur quelques points de la pathologie de l'enfance. Un travail analogue était poursuivi par Rilliet, son collègue et son ami. De leur collaboration féconde est sorti ce livre admirable, qui a été le guide de tous les médecins désireux d'apprendre la pathologie infantile, et qui sera toujours le point de départ des recherches à venir.

Cette œuvre magistrale, qui avait coûté aux deux collaborateurs six ans d'un travail assidu, a vu le jour en 1851 : mais ses auteurs ne la considéraient que comme une ébauche. Pendant dix ans encore, amassant laborieusement et patiemment les observations, compulsant les recueils étrangers, ils ont travaillé à compléter leur premier travail, et quand, en 1862, parut la 2e édition, ils purent sans paradoxe, la présenter presque comme une œuvre nouvelle. La part faite à l'anatomie pathologique était devenue moindre, la statistique ne tenait plus autant de place dans les chapitres : les doctrines médicales, au contraire, y étaient plus largement exposées. Tout en étant un des représentants les plus autorisés de [illegible] par [illegible]ique de Louis, Bar[illegible] appartenait par [illegible] doctrines [illegible] nne- [illegible] our am[illegible] [illegible] pelle les travaux de Dupuytren, de [illegible] n, de [illegible], de Malgaigne!

Dans ces derniers temps, on a fait de nouvelles tentatives. Hüeter et Roser ont conseillé la décapitation de la tête fémorale, méthode qui a été vulgarisée par M. Margary il y a sept ou huit ans. D'autres auteurs ont pratiqué la désinsertion de la capsule : Hoffa, en 1891, a désinséré les muscles pelvi-trochantériens pour permettre d'abaisser la tête, puis il a cherché à créer une barrière à l'élévation du fémur par la taille d'un lambeau périostique iliaque, qu'il décolle et fixe au grand trochanter et à la capsule.

De toutes ces tentatives aucune n'est arrivée à obtenir quelques résultats heureux, et cela est facile à comprendre quand on examine l'état anatomique des régions en cause. Cet examen montre en effet qu'il n'existe pas en réalité de cavité cotyloïde et que la tête fémorale est plus ou moins déformée. On comprend qu'en cherchant à mettre en contact de pareilles surfaces on échoue constamment. Par les méthodes opératoires les résultats ne sont pas meilleurs, car si l'on obtient parfois une ankylose, c'est avec accompagnement d'arrêt de développement et par conséquent de raccourcissement, ou, si l'on est parvenu à limiter le champ de mobilité de la tête du fémur, ce n'est toujours qu'en la mettant en rapport avec des parties molles.

M. Lannelongue a pensé que l'on pourrait limiter ce champ de mobilité et en solidifier les limites, pour ainsi dire, en provoquant, autour de la tête du sourcil cotyloïdien, un talus épais et résistant. C'est dans ce but qu'il a mis en pratique la méthode sclérogène chez un enfant de trois ans atteint de luxation de la hanche droite, de la variété iliaque.

Le 17 novembre, il a pratiqué 8 piqûres circonférentielles, chacune de 2 gouttes, avec la solution de chlorure de zinc au dixième ; aucune réaction fébrile ne s'est déclarée et dix jours plus tard, on percevait un gonflement profond, de consistance très

il dégage des entités morbides nouvelles que confirment aujourd'hui les études bactériologiques.

Enfin, au point de vue thérapeutique, il a fourni de nombreuses et importantes contributions à l'art de guérir. Un des premiers, il a montré que les résultats obtenus par l'expectation dans la pneumonie des enfants, étaient supérieurs à ceux de la méthode antiphlogistique. Dans une série de communications faites à la Société médicale des hôpitaux sur la diphthérie, il a précisé les périodes du croup, posé les indications de la trachéotomie, et mis en honneur le traitement par les pulvérisations médicamenteuses universellement adopté depuis. C'est également à lui que l'on doit d'avoir vulgarisé l'emploi du chlorate de potasse dans l'angine couenneuse, qui reste encore un des bons agents dont nous disposions contre cette terrible maladie.

Si l'on ajoute à ces titres scientifiques hors ligne le prestige que donne une vie sans tache, une haute valeur morale et une dignité de caractère qui n'a jamais eu de défaillance, on comprendra l'étendue de la perte que viennent de faire sa famille, ses amis et ses nombreux élèves, dont il était le maître affectueux et dévoué.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aujourd'hui ont eu lieu, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis, les obsèques de M. le docteur Moutard-Martin, médecin-honoraire des hôpitaux de Paris et ancien président de l'Académie de médecine.

— Par décision ministérielle, en date du 23 décembre 1891, M. Jacquin, médecin aide-major de première classe au 20e d'infanterie, a été désigné pour le 2e régiment d'artillerie, par permutation avec M. Mauroux, médecin aide-major d[illegible] [illegible] decine infantile, mais depuis qu'il avait qui[illegible], et pour plusieurs d'entre nous, il n'était connu que par le renom légitime qui s'attache à une grande situation professionnelle et à une vie exemplaire.

Né à Narbonne, en 1811, d'une famille noble du Languedoc, qui a fourni des diplomates, des magistrats, des littérateurs et des savants, il n'est pas le premier de sa race qui se soit distingué dans la médecine : son grand-père était l'illustre Barthez, le chef de l'école vitaliste de Montpellier. Son père, officier supérieur dans la garde du roi Charles X, vit sa carrière brisée en 1830 ; par sa mère, d'origine flamande, il descendait du célèbre Van Loo ; son oncle maternel était le professeur Pierre Pelletan, qui l'engagea dans la voie de la médecine et fut son premier guide.

L'élève répondit aux espérances du maître. Nommé le premier à l'internat, en 1834, il en sortit avec la médaille d'argent, devint chef de clinique de Chomel et fut nommé médecin des hôpitaux en 1846. C'est pendant cette période qu'il se lia avec Rilliet, de Genève, d'une étroite amitié qui ne se démentit jamais.

Esprit droit et juste, clinicien consommé, thérapeutiste prudent et habile, Barthez avait tout ce qu'il fallait pour réussir : néanmoins ses commencements furent laborieux, et la clientèle lui arriva tardivement, bien après que ses travaux sur la pathologie infantile avaient déjà rendu son nom célèbre. Il était de ces hommes rares qui ne vont pas au-devant de la renommée, et qui font plus volontiers des démarches pour leurs amis que pour eux-mêmes. Mais, par un juste retour, la fortune vint le trouver spontanément, car en 1856, sa notoriété seule lui valut le titre de médecin du prince impérial. Tout le monde sait avec quel tact, quelle dignité de caractère et quel talent il a rempli cette délicate mission, et avec quelle discrétion il a usé de la grande influence que lui donnait sa situation auprès de la famille impériale. Hautement estimé de l'empereur et de son entourage, il est re[illegible] l'ami dévoué des mauvais jours et s'est grandement honoré p[illegible] une fidélité constante à la dynastie déchue.

...intray, médecin de première classe à bord du *Marceau*, sont ...ommés chevaliers de l'Ordre de Wasa (Suède).

— M. le docteur Lassar, professeur agrégé de la Faculté de ...édecine de Berlin, est envoyé en mission à Paris pour y étudier ...a réglementation de la prostitution.

— M. le docteur de Lanessan, gouverneur général de l'Indo-...hine, vient de poser la première pierre de l'hôpital d'Hanoï.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs ...lliet (de Reims), Martin (de Landivisiau), Mathieu (de Tou-...ouse), G. Mayer (de Venissieux), A. Meunier (d'Aizenay), Th. Pe-...sse (de Sedan), Pons (de Bez-Esparon).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Nº 152. — JEUDI 31 DÉCEMBRE 1891. 64e ANNÉE. JEUDI 31 DÉCEMBRE 1891. — Nº 152.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.	3 mois : 10 fr.	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Un cas de rachitisme tardif des poignets. — Du tétanos puerpéral. — Deux observations de stomatite bromo-potassique traitées avec succès par le chlorate de potasse. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

...ent, ayant fait part à l'Académie de la mort de ... ancien président, lève la séance en ...

HOPITAL ... M. DUPLAY.

Un cas de rachitisme tardif des poignets.

Je viens d'examiner, avec vous, une jeune fille atteinte ...ne déformation très rare, très singulière, très intéressante des deux poignets. Cette jeune fille, âgée aujourd'hui de dix-sept ans, n'a, dans ses antécédents héréditaires ... personnels, rien de spécial à noter. Elle a eu, dans son ...fance, les fièvres intermittentes pendant trois ans, une ...ugeole assez grave à dix ans, mais son histoire pathologique se borne à ces affections accidentelles et sans rapport ...ec la maladie qui nous occupe. Elle n'a eu, en particulier, jamais de rhumatisme, ni d'accidents scrofuleux ; il ne ...mble même pas qu'elle ait eu, dans la première enfance, ... manifestations rachitiques. Elle ne se souvient pas ...voir jamais eu de traumatisme des poignets. Il y a trois ...s, elle commença à éprouver, dans le poignet gauche, des ...uleurs vagues, légères, irradiant dans les doigts. Le ...ignet ne tardait pas à se déformer et atteignait peu à peu ...aspect que vous avez vu et que je vais vous décrire dans ...n moment. A droite, c'est à quatre ou cinq mois seulement que remonterait le début des premiers accidents ; ...évolution de la déformation a donc été rapide, car, actuellement, elle est de ce côté plus prononcée que du côté ...auche, le premier atteint. Mais en dehors de cette différence de degré, vous trouvez des deux côtés le même type ...e déformation.

Cette déformation consiste surtout dans une incurvation ...égulière des extrémités inférieures du radius et du ...ubitus. Cette incurvation offre une concavité palmaire, ...ne convexité dorsale. Regardez le poignet par son côté ...xterne. Vous voyez le bord externe du radius, au lieu de continuer sa direction rectiligne pour s'articuler avec le carpe, s'infléchir à 4 ou 5 centimètres au-dessus. Par suite, la main, au lieu de continuer le plan de l'avant-bras, se trouve comme déjetée sur un plan antérieur ; l'avant-bras et la main se continuent par une ligne brisée formant une sorte de Z, rappelant, à certains égards, la déformation de la fracture de l'extrémité inférieure du radius, mais plus arrondie, moins anguleuse, à reliefs moins saillants.

En palpant le cubitus, vous constatez qu'il est également incurvé, mais que de plus il offre, à sa partie terminale, une sorte de prolongement en crochet. Enfin sa petite tête est gonflée, elle présente une hyperostose très manifeste ; elle est légèrement subluxée en arrière ; cette subluxation se corrige en partie quand on met la main en pronation.

... ...ées et si disgracieuses que soient ... ...mations, la gêne fonctionnelle est médiocre. Cette jeune fille éprouve, surtout quand elle a cousu ou brodé longtemps, un peu de fatigue, d'engourdissement, d'endolorissement. Elle a parfois une sorte de crampe dans l'annulaire et le petit doigt, la sphère du nerf cubital paraît donc un peu plus atteinte, mais tous ces symptômes restent entièrement légers.

Cette affection est rare et de nature encore bien obscure. J'ai vu, il y a quelques années, un cas analogue, dont j'ai retracé l'histoire dans les *Archives de médecine* de 1885. Il s'agissait d'une jeune fille de treize ans, présentant la même déformation, mais seulement à droite. Les accidents avaient évolué en cinq à six ans. Ils semblaient avoir eu pour origine une entorse du poignet, dans un effort violent pour ouvrir une porte. C'était la même incurvation, la même hyperostose du cubitus, la même subluxation. Le crochet cubital était cependant beaucoup moins prononcé. Il s'agissait d'une jeune fille de très grande famille et cette déformation éveillait des préoccupations extrêmes. Je la vis successivement en consultation avec Gosselin, MM. Verneuil, Labbé. Après bien des discussions, notre opinion fut qu'il fallait regarder cette singulière affection comme un cas de rachitisme tardif. On pourrait assez bien la comparer à ce qui se passe au genou dans le genu valgum ou le genu varum. Ces deux affections qui semblent incontestablement dues à un processus analogue au rachitisme, surviennent, elles aussi, à un âge déjà avancé, elles surviennent souvent chez des sujets qui n'ont pas d'antécédents rachitiques. A première vue, il semble qu'on pourrait songer à une ostéite juxta-épiphysaire pour expliquer la pathogénie de cette affection. Mais en dehors de l'évolution absolument

silencieuse, de l'absence de toute douleur, de tout gonflement, de toute inflammation, une raison capitale permet d'écarter cette hypothèse. Si vous examinez bien la déformation, vous verrez qu'elle remonte et commence au-dessus de la ligne dia-épiphysaire.

En dehors de ces deux malades, j'en ai vu ou plutôt entrevu une troisième, à Lariboisière. Cette malade était également une jeune fille. Les lésions étaient chez elle beaucoup moins avancées. Mon examen fut très rapide et beaucoup moins complet que chez les deux autres. Gosselin, MM. Verneuil et Labbé n'avaient jamais, eux non plus, rencontré que très exceptionnellement cette affection.

Son pronostic, bénin au point de vue fonctionnel, est fâcheux au point de vue de la difformité. Cette difformité ne s'arrête que lorsqu'elle est parvenue à un degré assez avancé pour être extrêmement choquante.

Les malades atteintes semblant être plus particulièrement des jeunes filles, cette difformité devient pour elles un véritable souci. Chez ma première malade, j'ai vainement essayé d'obtenir le redressement au moyen d'appareils orthopédiques repoussant le talon de la main en arrière, l'extrémité inférieure du radius et du cubitus en avant.

Chez notre malade, je ne crois pas non plus que ces appareils puissent être utiles en raison de l'ancienneté des accidents. A une époque, plus voisine du début, peut-être ces appareils combinés avec le massage pourraient-ils rendre quelques services. J'ajouterai que, chez ma première malade, les parents avaient cherché par toutes sortes d'artifices de toilette, bracelets et bijoux, à masquer la difformité et cela sans grand succès.

L'opération reste donc à peu près la seule ressource. D[illegible]cédés sont à notre disposition, l'o[illegible]stéoclasie [illegible]t l'ostéotomie. Même pour le genu valgum, je suis, vous le savez, peu partisan de l'ostéoclasie. Au poignet plus encore, où les rapports sont plus complexes et plus importants, où, d'ailleurs, aucune tentative d'ostéoclasie n'a encore, je crois, été faite dans une affection de ce genre et pour lequel il n'existe pas d'appareils ostéoclasiques spéciaux ayant fait leurs preuves, j'hésiterais encore plus à la pratiquer. Reste donc l'ostéotomie. C'est à cette intervention que je me suis décidé chez ma première malade. Après de nombreuses expériences et opérations d'essai sur le cadavre, je me décidai au manuel opératoire suivant. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, c'est non par la face dorsale, mais par la face palmaire qu'on peut le mieux aborder le radius pour en faire l'ostéotomie. Sur la face dorsale les gouttières ostéofibreuses des tendons extenseurs gênent beaucoup dans l'application de l'ostéotome. Sur la face palmaire, au contraire, l'écartement des tendons fléchisseurs de l'artère et du nerf radial est relativement facile. Voici donc la technique de l'opération. Sur le vivant, vous commencez naturellement par appliquer la bande d'Esmarch. Une incision de 2 à 3 centimètres, verticale, longeant le bord externe du grand palmaire, est faite à un travers de doigt au-dessus de l'interligne articulaire. C'est à peu près, vous le voyez, la même incision que pour la ligature de la radiale. Les vaisseaux radiaux, le nerf radial, les tendons fléchisseurs et le grand palmaire étant écartés, on peut appliquer l'ostéotome sur la face antérieure de l'os. Une fois qu'on lui a fait subir le mouvement de rotation destiné à le rendre perpendiculaire à l'os, sa lame se trouve à peu près au point où finissent les fibres du carré pronateur. Le membre étant placé sur un sac de sable mouillé, on sectionne l'os prudemment à petits coups. La section doit être incomplète pour ménager plus sûrement les gaines ostéofibreuses de la face postérieure. La section du radius a suffi chez ma première malade pour permettre la réduction. Chez notre malade actuelle, le crochet cubital est bien plus marqué et peut-être l'ostéotomie du cubitus serait-elle également nécessaire. L'opération est faite, bien entendu, avec toutes les précautions antiseptiques. Un appareil plâtré inamovible est appliqué par-dessus le pansement antiseptique. Cet appareil doit être enlevé dès le vingtième jour pour commencer les mouvements des doigts.

Telle est l'opération qui m'a parfaitement réussi dans un premier cas et qui réussirait, sans aucun doute, également chez notre malade. Toutefois, si minimes que soient les risques opératoires, je ne me crois pas autorisé à intervenir pour une difformité qui n'entraîne presque aucune gêne fonctionnelle sans que la malade ne m'exprime, plus catégoriquement qu'elle ne l'a fait jusqu'ici, son désir absolu d'être débarrassée de sa difformité.

De plus, comme elle est encore mineure, je ne consentirai, même en ce cas, à l'opérer qu'avec le plein assentiment de ses parents. Ces précautions sont toujours nécessaires dans ces opérations qui n'offrent pas le moindre caractère d'urgence, pour vous mettre, en cas de mécompte ou d'incident, à l'abri de tout reproche.

DU TÉTANOS P[illegible]

Par Ch. Vinay, médecin de l[illegible]

M. Ch. V[illegible]ay ex[illegible] dans le *Lyon médical*, le traitem[illegible]tanos puerpéral :

En face d'une accouchée atteinte de tétanos, l'indication est triple ; il faut à la fois : 1° agir localement sur la plaie pour éliminer ou détruire les agents pathogènes; 2° modifier l'état du sang altéré par la toxine; 3° diminuer le pouvoir excito-moteur de la moelle.

1° L'action locale sur la plaie utérine ne laisse pas d'être décevante ; on ne peut guère espérer de résultat favorable par l'emploi des procédés de l'antisepsie quand les premiers symptômes ont apparu. A ce moment déjà, le sang a été envahi par le poison tétanique, les centres nerveux sont atteints et la gravité existe d'emblée sans atténuation possible par les agents de désinfection. Cependant, on fera bien de ne pas se désintéresser absolument de tout traitement local, la maladie semble revêtir une gravité insolite lorsqu'elle se développe conjointement avec des accidents de septicémie; en luttant contre cette dernière, on pourrait peut-être atténuer l'intensité de l'affection principale. Mais il est recommandé d'agir avec la plus grande douceur, on évitera surtout de dilater le col par des moyens violents, l'excitation de cet organe provoque facilement des réflexes et amène ces accès de contracture qu'il faut éviter à tout prix.

2° Les tentatives faites jusqu'à ce jour pour modifier l'état du sang sont restées infructueuses ; elles méritent cependant autre chose que le dédain. On sait qu'il est possible de conférer aux lapins l'immunité contre le tétanos, soit en injectant dans le sang une certaine quantité de culture tétanique filtrée et chauffée ensuite à 60 degrés, selon le procédé de Vaillard, soit encore, comme l'ont pratiqué Behring et Kitasato, au moyen du trichlorure d'iode introduit sous la peau. Or, ces derniers observateurs ont affirmé que la guérison du tétanos pouvait être obtenue par l'injection du sérum sanguin provenant d'animaux rendus au préalable réfractaires à cette maladie. Une seule tentative a été faite par Baginsky pour vérifier sur un enfant atteint de trismus la valeur de cette méthode. Le résultat a été mauvais, la marche

de la maladie n'a nullement paru influencée par les injections et le petit malade a succombé. Il y aurait peut-être quelques tentatives nouvelles à faire dans cette voie, mais il semble que si l'on veut obtenir quelques résultats, on doive recourir à des doses assez fortes de sérum sanguin.

3° On a employé de nombreux médicaments dans le but d'enrayer les contractures et de diminuer l'exagération énorme du pouvoir excito-moteur des centres nerveux; on a utilisé l'opium et la morphine, la belladone et l'atropine, le chloral et le chloroforme, le bromure de potassium, le curare, la fève de Calabar, le haschich, le nitrite d'amyle, le tabac, la ciguë, le veratrum viride, etc.; cette longue nomenclature indique déjà l'inutilité des efforts tentés. Les rares cas de guérison qu'on a signalés ont été obtenus par des médications variées : sangsues, musc, valériane, bains chauds, lavements de térébenthine, injections de morphine, chloral; il est à peine besoin de faire remarquer que tous ces agents thérapeutiques, employés de la même façon dans d'autres cas analogues, sont restés sans effets.

Le médicament qui semble avoir donné les meilleurs résultats, c'est le chloroforme administré en inhalations; mais ce traitement doit être dirigé avec prudence et seulement par une main exercée; les menaces d'asphyxie sont permanentes dans le tétanos et le chloroforme, à lui seul, peut la provoquer. Les inhalations devront être continuées pendant plusieurs heures, la narcose doit être profonde et prolongée.

A côté du chloroforme il faut placer le chloral qui jouit de propriétés analogues et que les physiologistes considèrent comme l'antidote par excellence de la strychnine. Si l'on veut obtenir quelques résultats avec ce médicament, il faut l'administrer à larges doses comme dans l'éclampsie : 1 gramme par heure, 10, 12, 14 grammes dans la journée; on doit toujours pousser jusqu'au sommeil et à la résolution musculaire; c'est avec des doses massives que M. Verneuil a pu guérir un de ses blessés. L'introduction se fera par la bouche tant que ce sera possible, car la voie buccale est la meilleure; mais si le resserrement des maxillaires est extrême et que la déglutition devienne difficile, il faudra utiliser la voie rectale et donner des lavements avec 4 grammes de chloral. Les injections intra-veineuses ne sauraient être conseillées, il serait préférable de recourir à la morphine en injections hypodermiques si les lavements étaient rejetés. La morphine présente des avantages incontestables, elle agit rapidement et amoindrit la douleur, et puis elle procure quelque sommeil aux malheureux tétaniques; je la crois, cependant, inférieure au chloral.

Une méthode qui mérite toute l'attention du praticien est celle qui consiste à administrer le chloral conjointement avec le chloroforme, le premier comme médicament ordinaire, le second étant réservé pour les accès paroxystiques.

Les bains chauds prolongés suivis de l'enveloppement avec des compresses humides ont une action sédative incontestable, ils activent aussi les fonctions de la peau avec une grande énergie et favorisent, par cette voie, l'élimination du poison, mais leur emploi doit être réglé sur l'état des forces et la résistance des malades, il faudra y renoncer si les pratiques de la balnéation provoquent un redoublement des contractures.

Enfin, on veillera scrupuleusement sur l'hygiène des accouchées, on les préservera de toute agitation physique ou morale. Dupuytren voulait placer les tétaniques « dans une chambre obscure, éloignée du bruit, du mouvement et de la société ». Il sera nécessaire de maintenir le corps dans une température douce et uniforme par l'enveloppement dans l'édredon ou l'ouate. Il faudra recourir aux lavements s'il existe une accumulation de matières dans l'intestin, mais avec défense de tout mouvement, de toute tentative pour se lever. On luttera contre la soif et on usera d'une alimentation aussi tonique que possible, mais il serait absurde de tenter l'écartement brutal des mâchoires. De cette façon, on pourra soutenir les forces de la patiente et la mettre à même de supporter la durée parfois longue de la maladie. Le séjour au lit sera prolongé fort avant dans la convalescence, par crainte des rechutes.

DEUX OBSERVATIONS DE STOMATITE BROMO-POTASSIQUE

TRAITÉES AVEC SUCCÈS PAR LE CHLORATE DE POTASSE

Par le docteur E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Deux faits, dont j'ai été témoin, sembleraient établir que la médication par le bromure de potassium, même à des doses relativement modérées, peut déterminer, *rarement* il est vrai, une stomatite offrant les plus grandes analogies avec la stomatite mercurielle, à la localisation près. En effet, tandis que celle-ci envahit toute la bouche et ne manque jamais d'atteindre la langue, celle-là ne dépasserait pas les régions alvéolo-dentaires, et se fixerait même plus particulièrement sur les inférieures. Ces deux faits tendraient, en outre, à démontrer que le chlorate de potasse, si souverain contre la stomatite mercurielle, aurait la même heureuse influence sur la stomatite bromo-potassique.

Observation I. — Henri M..., vingt-six ans, employé de commerce, célibataire, est entré à Ville-Evrard, le 5 janvier 1891, atteint de lypémanie dégénérative avec impulsions érotiques et idées de culpabilité imaginaire. Il s'était fait arrêter en se dénonçant à la police comme l'assassin de la petite Neu et envoyer dans mon service en demandant, dès son arrivée au Dépôt, à coucher avec Gabrielle Bompard en récompense de son aveu. En dehors de la névropathie très accusée chez la mère et dans toute la ligne maternelle, aucune autre affection héréditaire, pas de diathèse, du moins au dire du malade, la seule personne à laquelle nous ayons pu demander des renseignements; aucune tendance aux inflammations de la bouche, notre sujet n'a jamais eu d'autres stomatites que celles dont nous allons parler.

Sous l'influence d'un traitement par l'hydrothérapie et les toxiques, le délire d'Henri M... s'était, à Ville-Evrard, assez rapidement apaisé. En avril, il ne souffrait plus que d'une excessive émotivité et d'une insomnie opiniâtre que le somnal, à ce moment expérimenté dans mon service, avait avantageusement combattue, pendant quelques semaines, puis l'accoutumance était survenue. Comme Henri M... était redevenu calme et raisonnable, que je le savais très intelligent et très instruit, je le plaçai dans les bureaux de la direction où il rendit, en effet, d'importants services, dans l'espoir que le travail ramènerait le sommeil. Il n'en fut rien, aussi le malade me pria de lui donner un nouvel hypnotique, car, depuis la suppression du sommeil qui remontait à une douzaine de jours, il n'avait eu que des nuits blanches. Afin de combattre son éréthisme nerveux, auquel je rattachais ses insomnies, je lui conseillai de prendre, le soir en se couchant, 3 grammes de bromure de potassium. Aussitôt il s'écria : « Vous allez me donner mal à la bouche. » Moi, de rire de ses craintes et de me porter garant des heureux résultats, qu'au contraire, il en retirerait. En effet, en une quinzaine, le malade fut transformé; son excessive émotivité était à peu près éteinte, les nuits étaient excellentes; en conséquence, il n'éleva aucune objection quand je lui proposai de porter la dose quotidienne à 4 grammes. Mais, trois semaines après, il se présentait à la visite avec une stomatite intense.

Le mal avait débuté, nous raconta-t-il, huit jours auparavant par un mal de dents à la partie postérieure de la mâchoire inférieure gauche. Quarante-huit heures après, la douleur s'était étendue à toutes les gencives qui étaient desséchées, sensibles et brûlantes, en même temps que l'haleine acquérait une fétidité repoussante qui incommodait le malade lui-même et cor

laquelle il employait des ablutions répétées. Les dents étaient, elles aussi, agacées et douloureuses. Il me semblait, dit Henri M..., qu'elles s'étaient allongées et qu'elles se touchaient. A cette sécheresse succéda, au bout de deux jours, une salivation infecte qui, rapidement, devint si abondante pendant la nuit que le traversin, sur lequel reposait malade, en était tout imprégné et qu'il dut, chaque soir, le changer pour ne pas être incommodé par l'humidité et la mauvaise odeur. La salive coulait à flots. Alors il s'aperçut que ses dents se déchaussaient, car à chaque instant il examinait sa bouche à l'aide d'une glace de poche. Les gencives ne tardèrent pas à devenir saignantes à la moindre pression et la mastication impossible, tant à cause de la vive douleur qu'elle éveillait qu'à cause d'une sorte de trismus qui tenait serrées les mâchoires. Fort des assurances que je lui avais malheureusement données, Henri M... continua à prendre sa potion bromurée et se lava la bouche avec du citron, mais trois jours après, la situation était devenue intolérable; la salive contenait des fragments de dents. C'est à ce moment qu'il abandonna son travail des bureaux et resta à la visite. Un examen local me permit tout de suite d'apprécier que le mal était localisé : les lèvres, les joues, la langue, le voile du palais, la gorge et les amygdales étaient absolument intacts; l'inflammation, très intense, était limitée aux régions alvéolo-dentaires, principalement aux inférieures, surtout à gauche, aux parties les plus postérieures et les plus antérieures. Les gencives étaient boursouflées, tuméfiées, rougeâtres et facilement saignantes. Les dents étaient déchaussées et quelques-unes même branlantes, le corps était intact et aucun enduit ne le recouvrait, mais le collet était tapissé d'un liséré blanchâtre que le malade enlevait, sans difficulté, avec une spatule de bois et qui répandait une odeur infecte. « Vous voyez bien, soupira le patient, que j'avais raison de vous prévenir que j'allais avoir mal à la bouche. »

Alors, sur nos questions, il nous apprit que c'était la troisième fois que le bromure déterminait, chez lui, de tels accidents. En 1882, il avait alors dix-huit ans, il eut, à la suite de la mort de sa mère, sa première crise de folie qui fut traitée pendant trois mois par ce remède à la dose quotidienne, croit-il, de 1gr50 à 2 grammes, mais il ne saurait, à cet égard, rien affirmer. La stomatite débuta, dans le cours du troisième mois de la médication bromurée, par un abcès de la dernière molaire de la mâchoire inférieure gauche, puis l'inflammation gagna toutes les régions alvéolo-dentaires, mais en attaquant, comme cette fois, beaucoup plus violemment la mâchoire inférieure gauche en avant et en arrière et en laissant intactes les autres régions de la bouche. Cette première stomatite fut plus violente encore que celle de Ville-Evrard, puisque le sujet perdit deux dents dont une canine, à son grand désespoir, car il était fier de sa belle dentition dont il prenait le plus grand soin. Le médecin traitant n'incrimina pas du tout le bromure de potassium; il crut, tout d'abord, à des accidents syphilitiques et malgré les dénégations énergiques du malade, l'examina minutieusement à ce point de vue. Ne trouvant rien de ce côté, il diagnostiqua le scorbut, et, en conséquence, il interdit l'usage des aliments salés et épicés, du café et des alcools, et conseilla le citron et les légumes frais. Malgré ces prescriptions, tant que Henri M... continua le bromure de potassium pour son état nerveux, la stomatite empira. Il arriva un moment où heureusement l'état de la bouche ne permit plus de prendre le remède qui, par son contact avec les parties enflammées, occasionnait d'intolérables cuissons. Le malade le supprima; d'ailleurs, les accidents nerveux contre lesquels il était dirigé avaient presque complètement disparu. A partir de cette suppression, l'amélioration de la stomatite se dessina et une guérison assez rapide s'ensuivit. Néanmoins, ni le médecin, ni le malade ne furent éclairés par cette évolution, [illegible]t aucun rapport entre la médication bromique et [illegible]ccale. C'est seulement quatre ans après, tandis [illegible]ce, qu'Henri M... soupçonna cette relation. [illegible] persistantes d'origine neuropathique, il con[illegible] l'infirmerie, le major qui lui conseilla de prendre, le soir en se couchant, 2 grammes de bromure de potassium. Il ne suivait pas ce traitement depuis quinze jours, affirme-t-il, qu'il commença à souffrir des dents et des gencives, puis à saliver. Effrayé à l'idée d'un retour de son ancien mal, cause de si vives souffrances, il retourna vers le major qui, lui non plus, ne vit pas dans le bromure la cause du mal, il prescrivit un collutoire au borax. L'inflammation s'aggravait de plus en plus, quand Henri M..., se trouvant mieux de son nervosisme et sans argent pour acheter une nouvelle provision de remède, cessa d'en prendre. De suite, l'état de la bouche s'améliora, si rapidement que le malade en fut frappé et, se souvenant que jadis les mêmes effets heureux avaient aussi vite suivi la cessation de la médication bromique, il n'hésita pas à attribuer à celle-ci les accidents éprouvés, de là son cri d'alarme que nous eûmes grand tort de ne pas écouter.

Ces renseignements si précis et si instructifs nous indiquaient que la suppression du bromure de potassium était la première des indications à remplir. En même temps, nous prescrivîmes, en collutoire pour badigeonnage dans la journée et en potion à prendre le soir, du chlorate de potasse, si précieux dans la stomatite mercurielle avec laquelle celle que nous avions à traiter offrait tant de points de ressemblance. Une alimentation liquide compléta le traitement. A cinq jours de là, le malade revint à la visite : il souffrait toujours beaucoup. « En me badigeonnant toute la journée avec le collutoire, me dit-il, je me sens très soulagé et le soir je vais mieux, mais le matin au réveil j'ai la bouche en feu, car le mal récupère, pendant la nuit, toute son intensité. Je crois, ajouta-t-il, que je n'ai point cessé de prendre le bromure, je le crois parce que ma bouche reste malade et que la potion prise en me couchant a le même goût qu'autrefois. » Immédiatement, je contrôlai le cahier de pharmacie et ce contrôle lui donna raison. Ayant mal compris ma prescription, l'interne du service avait cru que, pour le soir, je maintenais le bromure et il n'avait porté que le collutoire au chlorate de potasse. Certes, cette erreur était regrettable puisqu'elle avait prolongé les souffrances du patient, mais elle apporta une nouvelle preuve en faveur de l'origine bromo-potassique de la stomatite, car le remède, cette fois, dûment supprimé, l'amélioration s'ensuivit sans retard, marchant rapidement des parties les moins touchées aux parties les plus atteintes. En six jours, la mastication de la mie de pain trempée dans du lait ou du bouillon était redevenue possible, en moins d'une quinzaine la guérison était complète.

Ce n'était pourtant pas la première fois que pareil fait se présentait à mon observation. Le cas de H. M... me remet, en effet, en mémoire un autre analogue, dont j'avais été témoin à Marseille, en 1880, et dont je n'avais point compris la valeur.

Obs. II. — En juillet 1880, entrait au pensionnat des Dames de l'asile Saint-Pierre, dont j'étais alors le médecin en chef, une grande et belle jeune fille, d'une vingtaine d'années, en proie à une manie épileptique des plus violentes. Elle était une héréditaire vésanique par la ligne maternelle. La mère, très forte et très vigoureuse, jouissait à tous égards d'une excellente santé, mais un de ses frères tombait du haut mal et l'autre était un débile dégénéré avec un trouble des plus bizarres dans l'articulation des mots. A part la névropathie, tous ceux de cette famille que j'ai connus se portaient très bien. Aucune diathèse, aucune tendance aux inflammations de la bouche. A la puberté, la jeune P... avait eu sa première attaque d'épilepsie. Soit par suite d'une évolution naturelle de la maladie, soit grâce aux traitements variés que lui firent suivre ses parents dont elle était [illegible] enfant, la névrose, deux années après, resta trois an[illegible] par montrer, puis un jour les attaques reparurent. Néanmo[illegible] avait jamais eu de troubles intellectuels aigus, quand, bru[illegible]ment, éclata la crise de manie qui nécessita l'isolement. Le bromure de potassium à la dose de 3 grammes en eut vite raison, et

au bout d'un mois, la famille reprit la jeune fille redevenue calme, pour la placer aux environs sur une propriété où on me pria de lui continuer mes soins. Je demandai le concours de mon collègue de la section des hommes, qui était alors M. le docteur Bouteille, et nous tombâmes d'accord pour maintenir le traitement bromo-potassique en augmentant de 1 gramme tous les trente jours. La malade arriva ainsi au bout de deux mois à la dose quotidienne de 6 grammes, mais déjà avait commencé à se développer, du côté de la bouche, une inflammation qui s'accrut sans cesse. Ce fut d'abord une fétidité excessive de l'haleine sur laquelle nous rassurâmes les parents en la rattachant à la médication, puis survint une salivation abondante et ensuite une gengivite alvéolo-dentaire que nous n'y rattachâmes pas et contre laquelle nous prescrivîmes le chlorate de potasse en badigeonnage et en potion comme le meilleur des remèdes à opposer aux inflammations buccales de toute provenance, mais en continuant le bromure de potassium auquel nous ne songeâmes pas du tout à attribuer le mal. Nous cherchâmes ailleurs, sans la trouver, la cause de cette stomatite qui se montrait, pour la première fois, chez cette jeune personne, et dont il nous fut impossible d'établir la pathogénie soit par le genre de vie et l'alimentation, soit par les antécédents personnels ou de famille, soit par la dentition qui était, au contraire, remarquablement belle. Le chlorate de potasse, sous les deux formes indiquées, en contrecarrant l'inflammation, permit de continuer encore, pendant quelques semaines avec des alternatives de haut et de bas, la médication bromique sans de trop grands dommages du côté de la bouche, mais en dépit de tout la stomatite finit par prendre des allures suraiguës : la mastication devint impossible, les dents se déchaussèrent, les gencives, boursouflées, saignèrent à la moindre pression. La mère qui, à toute heure du jour, examinait la bouche de sa fille, remarquait elle-même que l'inflammation ne siégeait qu'aux gencives, plus particulièrement aux inférieures et que [illegible]es les autres parties étaient sa[illegible] Est-ce possible, disait-[illegible], que le mal soit précisément autour des dents qui sont si [illegible]elles! » Elle ne se gênait pas, d'ailleurs, pour accuser ferme notre [illegible]édication d'engendrer toutes ces complications; mais fort de ce que nous pensions savoir, nous insistions pour la continuation du bromure dont la jeune fille, en ce qui concernait l'épilepsie, retirait d'incontestables avantages. Et la stomatite s'accrut encore. L'état de la bouche, en entravant de plus en plus l'alimentation, finit par retentir sur la santé générale qui s'affaiblit; en outre, la malade tomba dans une sorte d'hébétude, de torpeur cérébrale, et cette fois la famille refusa net de continuer le bromure qu'elle accusa aussi de cette dépression mentale, qu'en effet il amène quelquefois. Si l'état intellectuel ne parut pas beaucoup bénéficier de cette suppression, il en fut tout différemment de la stomatite. Elle s'améliora de suite et rapidement sous la seule influence du collutoire chloraté, car la potion, elle aussi, avait été mise de côté et une guérison complète ne tarda pas à survenir.

J'avoue n'avoir pas alors soupçonné une stomatite bromo-potassique et je doute que M. le docteur Bouteille, qui traitait la jeune fille avec moi, ait eu plus de perspicacité. Il ne saurait en être de même aujourd'hui. Le cas de Henri M... si net, si caractéristique, si probant, venant s'ajouter à celui-ci, porte la lumière dans mon esprit et je crois qu'une grave stomatite peut être une complication très rare, exceptionnelle même, mais incontestable de la médication par le bromure de potassium. Il n'y a là rien que de très facile à expliquer. N'est-ce pas, en effet, par les glandes buccales en même temps que par les reins que cette [illegible]ce s'élimine de l'organisme? On en avait déjà la [illegible] dans l'odeur si spéciale imprimée à l'haleine, même [illegible] doses quotidiennes faibles, avant que l'analyse chi[illegible] eût démontré la présence du remède dans la salive, [illegible]mme elle l'a démontrée dans les urines. Donc, à cet égard, pas l'ombre d'un doute et cela fournit la pathogénie du mal, puisque le bromure de potassium, qui transsude aussi des glandes de la bouche et se trouve contenu dans les liquides qui baignent cette cavité, a une action irritante parfaitement établie, acceptée de tous. Mais il y a plus, il y a que la stomatite, dont nous avons été deux fois témoin, n'est, en somme, qu'un degré de plus de deux états, amenés par le médicament au su de chacun et qui sont : le premier, la fétidité de l'haleine, laquelle ne manque jamais même avec des doses très faibles, ainsi que je viens de le rappeler, à ce point que, dans certains milieux, elle constitue un obstacle très sérieux à son emploi, souvent d'une incontestable utilité; le second, plus rare, est une salivation profuse et amère qui peut, plus rarement encore, dégénérer en sialorrhée gênante par son abondance. Ces deux complications que tous nous avons plus ou moins souvent rencontrées ne sont-elles pas les preuves d'une irritation de la muqueuse buccale? L'air expiré acquerrait-il dans tous les cas cette odeur, l'hypersécrétion salivaire s'établirait-elle dans quelques-uns, si un travail inflammatoire, anodin pour ceux-ci, déjà plus accusé pour ceux-là, ne s'opérait point? Certes non, eh bien! que ce travail s'accentue et on aura la stomatite aiguë de nos deux malades.

Je crois, en conséquence, que l'action du bromure de potassium sur la bouche, due à son élimination par les sécrétions de cette cavité, se présente à trois degrés : la simple fétidité de l'haleine, la sialorrhée et la stomatite, et que ces différences d'intensité dépendent plutôt des dispositions individuelles que des doses employées, puisque la plus accusée se montre avec des quantités faibles comme en témoignent mes deux cas et que la moins accentuée a été vue par tous exister seule avec des quantités même exagérées.

Ces dispositions individuelles susceptibles d'amener de telles variations, quelles sont-elles? Pour[illegible] tous [illegible] qui prennent du bromure de [illegible]sium, ont-ils l'haleine empoisonnée, tandis que quelques-uns seulement salivent avec abondance et qu'exceptionnels sont ceux dont les gencives s'enflamment? Il me serait, aujourd'hui, impossible de répondre à ces questions, car j'ai trop le respect des lecteurs de ce journal pour leur parler d'idiosyncrasie. Je crois pourtant d'ores et déjà qu'il faut chercher, ailleurs que dans un état local, la raison de cette variété dans les phénomènes, car si mes deux malades différaient en tout comme par le sexe, l'une étant grande et forte, l'autre petit et gringalet, celle-là d'une constitution robuste et d'un tempérament placide malgré son épilepsie, celui-ci chétif et d'un nervosisme outré, ils avaient néanmoins ce point commun, de n'avoir jamais souffert d'inflammations buccales et d'être porteurs de dents superbes. Je ne crois pas davantage qu'on puisse invoquer l'influence saisonnière comme pour les éruptions bromiques, rares en hiver, fréquentes en été, car un de mes cas eut lieu en décembre-janvier, l'autre en avril-mai. Je serais plutôt porté à penser que l'origine de ces différences se retrouvera de préférence dans les antécédents héréditaires diathésiques et que, de ce côté, devront surtout être dirigées les recherches.

Le fait que, dans mes deux cas, l'inflammation est restée localisée aux régions alvéolo-dentaires, paraît indiquer que le bromure de potassium ne s'élimine pas indifféremment par toutes les glandes de la cavité buccale, mais bien par celles qui siègent aux gencives. Dans ce cas, comme la sialorrhée si abondante implique à coup sûr une hypersécrétion des glandes salivaires, car les glandules de la mu-

queuse seraient impuissants à l'alimenter; cette suractivité serait le résultat, non d'une action directe, mais d'une action réflexe. Peut-être aussi les régions alvéolo-dentaires sont-elles les seules à s'enflammer parce qu'elles sont les plus sensibles, l'irritation déterminée par le bromure n'étant pas suffisante à entamer les autres. J'hésite pourtant à l'accepter quand je songe que l'inflammation dans mes cas a été assez forte pour ébranler les dents et même pour déterminer leur chute.

En ce qui concerne le traitement à opposer à la stomatite bromo-potassique quand, par exception, elle se développe, les heureux effets du chlorate de potasse me semblent incontestables. Chez notre jeune malade de Marseille, ce médicament est parvenu, pendant plusieurs semaines, à enrayer le mal malgré la continuation de la médication bromurée et il a vite amené la guérison dès la suppression de celle-ci. Notre aliéné de Ville-Évrard ne s'en est pas moins bien trouvé et comme il en était à sa troisième récidive, qu'il avait l'expérience de plusieurs traitements, peut-être n'est-il pas inutile d'ajouter, que le meilleur de tous ceux qu'il a suivis est, à son avis, celui par le chlorate de potasse, opinion qui a sa valeur, vu l'intelligence et l'esprit d'observation dont ce jeune homme nous a donné les preuves par les détails mêmes de son cas. Enfin, je rappellerai que c'est aussi à ce remède que Fonssagrive recourut avec plein succès, pour combattre la sialorrhée très abondante, que le bromure de potassium avait occasionnée à un de ses malades.

En conséquence, je tirerai des faits et des considérations qui précèdent les conclusions suivantes :

1° L'action du bromure de potassium sur la bouche, due à l'élimination de cette substance par les glandes buccales, se présente à trois degrés différents engendrant : le premier, l'[illegible]cidité de l'[illegible] qui est [illegible]ante; le second, la sialorrhée qui est rare; le troisième, la stomatite qui est exceptionnelle;

2° La stomatite bromo-potassique offre les plus grandes analogies avec la stomatite mercurielle dont elle diffère néanmoins par la localisation exclusive aux régions alvéolo-dentaires, plus particulièrement encore aux inférieures et par l'absence de tout enduit pultacé sur les dents, dont le collet seul est entouré d'un liséré blanchâtre infect, facile à enlever;

3° Les différences dans le degré d'action du bromure de potassium sur la bouche ne paraissent dépendre, ni des doses, ni d'un état local, ni d'une influence saisonnière. Il y aurait lieu de rechercher si elles ne seraient pas plutôt la conséquence de dispositions générales diathésiques;

4° La localisation de la stomatite bromo-potassique aux régions alvéolo-dentaires semble indiquer que l'élimination de la substance s'effectue plus spécialement à ce niveau;

5° Le chlorate de potasse paraît avoir contre la stomatite bromo-potassique la même action thérapeutique, que contre la stomatite mercurielle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 27 décembre 1891, M. Febvre, médecin-major de première classe au 69e d'infanterie, a été désigné pour le 71e régiment de même arme, par permutation avec M. Ga, dit Gentil, médecin-major de première classe.

— Un concours public pour une place de médecin suppléant s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu de Reims, le lundi 29 février 1892 à huit heures et demie; s'adresser pour les conditions au secrétariat des hospices de Reims.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. André est nommé préparateur de thérapeutique, en remplacement de M. Colin, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — Sont institués chefs de clinique : MM. Rispal, médecine; Destarac, médecine; Chamayon, chirurgie; Stiéber, obstétrique; Batut, ophthalmologie; Chabaud, maladies des enfants.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Goinard est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Chalançon, dont le temps d'exercice est expiré.

— La souscription pour l'érection d'un buste au regretté professeur Damaschino sera close le 31 janvier 1892. Les cotisations sont reçues chez MM. Letulle, 124, boulevard Saint-Germain, et Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune, secrétaires du comité.

— *Statistique de la tuberculose.* — Dans le but de connaître le chiffre de la mortalité par tuberculose dans les grandes villes de France, pendant l'année 1891, M. le docteur L.-H. Petit, secrétaire général de l'œuvre de la tuberculose, 76, rue de Seine, a envoyé aux maires des préfectures et sous-préfectures une circulaire pour les prier de demander aux médecins de l'état civil le relevé exact de la mortalité par cette cause et de la forme de tuberculose qui a déterminé la mort.

Nous prions ceux de nos confrères qui sont maires ou médecins de l'état civil de ces villes, de vouloir bien prêter leur concours à la solution de cette importante question.

— Une nouvelle Société médicale vient de se fonder à Bordeaux, pour l'étude de l'obstétri[illegible] de la gyn[illegible] et des [illegible] des enfants. La Société se réunira une fois par mois. Le nomb[re] [illegible] membres titulaires est fixé à trente; la Société admettra [illegible] membres correspondants nationaux et étrangers.

Le bureau est constitué de la manière suivante : Président, M. Dubreuilh; Vice-présidents : MM. Lanelongue et R. Saint-Philippe; Secrétaire général, M. Lefour; Secrétaires des séances, MM. André Boursier et Piéchaud; Trésorier, M. Rivière.

— Postes médicaux. — Aisne : s'adresser à Me Farcy, 66, boulevard Edgar-Quinet, Paris. — Calvados : s'adresser au maire de Saint-Martin-de-Besaces. — Cher : s'adresser à M. Job, 119, rue Saint-Maur, Paris. — Eure : s'adresser au maire de Tillières-sur-Avre. — Loire : s'adresser au docteur Chaber, à Saint-Galmier. — Mayenne : s'adresser à M. Briand, président de la Société de secours mutuels à Daon. — Nord : s'adresser : 1° au maire de Marcoing; 2° au maire de Walincourt. — Oise : s'adresser au maire de Baron. — Sarthe : s'adresser à M. le docteur Codet, à Conlie. — Savoie : s'adresser au maire de Bourg-Saint-Maurice. — Seine-et-Oise : s'adresser : 1° au docteur Crimail, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, à Pontoise; 2° rue Vital, 26, à Paris. — Seine-Inférieure : s'adresser au maire de Saint-Nicolas-d'Aliermont.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à [illegible] lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite [illegible] M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de sa[illegible] Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).